

NURSING EDUCATION

**Sutarmi
Puji Astuti Wiratmo
Frana Andrianur
M Iqbal Angga Kusuma
Nurmah Rachman
Kasmawati
Nandar Wirawan
Yannerith Chintya
Mariam Dasat**



GETPRESS INDONESIA

NURSING EDUCATION

Penulis : Sutarmi
Puji Astuti Wiratmo
Frana Andrianur
M Iqbal Angga Kusuma
Nurmah Rachman
Kasmawati
Nandar Wirawan
Yannerith Chintya
Mariam Dasat

ISBN :

Editor : Dr. Neila Sulung, N.S., S.Pd. , M.Kes.
Ilda Melisa, A.M.d.Kep.

Penyunting: Mila Sari, M.Si.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

Penerbit: GETPRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, September 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan Judul Nursing Education dapat diselesaikan dengan baik atas kerjasama tim penulis. Buku ini dibuat untuk mahasiswa Keperawatan yang mempelajari terkait Nursing Education. Buku ini bertujuan untuk memahami pendidikan kesehatan, pembelajaran praktikum laboratorium, problem based learning dalam keperawatan, teknologi untuk pengajaran klinis, strategi belajar mengajar dalam lingkungan klinik, strategi evaluasi dalam pengajaran klinis, perspektif masa depan lingkungan klinis, pendidikan kesehatan perencanaan pulang dalam persiapan perawatan di rumah, sistem ronde keperawatan, pengelolaan rumah sakit pendidikan dan komunitas profesional.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami.

Padang, Mei 2023
Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	ii
BAB I KONSEP PENDIDIKAN KESEHATAN.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Pendidikan Kesehatan	2
1.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan	4
1.4 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan.....	5
1.5 Prinsip – Prinsip Pendidikan Kesehatan.....	6
1.6 Komponen - komponen Pendidikan Kesehatan	8
1.7 Metode Pendidikan Kesehatan	9
1.8 Peran Pendidikan Kesehatan dalam Masyarakat.....	12
1.9 Tantangan dalam Pendidikan Kesehatan	13
1.10 Kesimpulan.....	14
DAFTAR PUSTAKA	15
BAB 2 PEMBELAJARAN PRAKTIKUM LABORATORIUM.....	19
2.1 Pendahuluan.....	19
2.2 Konsep Pembelajaran Laboratorium	20
2.3 Tujuan Pembelajaran Laboratorium	21
2.4 Strategi Pembelajaran dan Evaluasi Praktek Laboratorium Keterampilan Klinis	27
DAFTAR PUSTAKA	35
BAB 3 PROBLEM BASED LEARNING DALAM KEPERAWATAN	37
3.1 Pendahuluan.....	37
3.2 Pengenalan <i>Problem Based – Learning</i> dalam Keperawatan	37
3.3 Prinsip – Prinsip Dasar PBL	39
3.4 Langkah – Langkah PBL dalam Keperawatan	44
3.5 Peran Mahasiswa dalam PBL.....	54
3.6 Peran instruktur dalam PBL	59
3.7 Manfaat PBL dalam Keperawatan	64
3.8 Hasil-hasil positif dari penggunaan PBL.....	65
3.9 Rekomendasi untuk Implementasi PBL yang Sukses dalam Keperawatan.....	69

3.10 Kesimpulan.....	71
DAFTAR PUSTAKA.....	73
BAB 4 TEKNOLOGI UNTUK PENGAJARAN KLINIS.....	77
4.1 Pendahuluan.....	77
4.2 Teknologi untuk pengajaran klinis	77
DAFTAR PUSTAKA.....	93
BAB 5 STRATEGI BELAJAR MENGAJAR DALAM	
 LINGKUNGAN KLINIK	97
5.1 Pengenalan Konsep Lingkungan Klinik.....	97
5.2 Pentingnya Strategi Belajar Mengajar Dalam	
Lingkungan Klinik.....	99
5.3 Prinsip-Prinsip Dasar dalam Strategi Belajar Mengajar	100
5.4 Strategi Pembelajaran Dalam Lingkungan Klinik	105
DAFTAR PUSTAKA.....	113
BAB 6 STRATEGI EVALUASI DALAM PENGAJARAN KLINIS	117
6.1 Pendahuluan.....	117
6.2 Strategi Pengajaran Klinis.....	120
6.3 Evaluasi Pengajaran Klinis	138
BAB 7 PERSPEKTIF MASA DEPAN LINGKUNGAN KLINIS	151
7.1 Pendahuluan.....	151
7.2 Lingkungan Pembelajaran Klinis	151
7.3 Masa Depan Lingkungan Klinis.....	154
DAFTAR PUSTAKA.....	158
BAB 8 PENDIDIKAN KESEHATAN PERENCANAAN PULANG	
 DALAM PERSIAPAN PERAWATAN DI RUMAH	161
8.1 Pendahuluan.....	161
8.2 Metode dan Media Pendidikan Kesehatan perencanaan	
Pulang	169
8.3 Isi dan Materi Pendidikan Kesehatan Perencanaan	
Pulang	174
8.4 Evaluasi Pendidikan Kesehatan Perencanaan Pulang	186
DAFTAR PUSTAKA.....	191
BAB 9 SISTEM RONDE KEPERAWATAN	203
9.1 Pendahuluan.....	203
9.2 Manajemen Pelayanan Keperawatan.....	204
9.3 Fungsi Manajemen Pelayanan Keperawatan	205

9.4 Prinsip yang Mendasari Manajemen Keperawatan.....	208
9.5 Lingkup Manajemen Keperawatan	212
9.6 Standar Pelaksanaan Penetapan Tim Manajemen Keperawatan	213
9.7 Manajemen Asuhan Keperawatan.....	214
9.8 Fungsi Manajemen Asuhan Keperawatan.....	215
9.9 Prinsip Manajemen Asuhan Keperawatan.....	215
9.10 Peran dan Tugas Manajemen Asuhan Keperawatan.....	217
9.11 Tujuan Ronde Keperawatan.....	220
9.12 Jenis Ronde Keperawatan	220
9.13 Karakteristik Ronde Keperawatan.....	221
9.14 Peran dalam Ronde Keperawatan	221
9.15 Langkah-Langkah Ronde Keperawatan.....	223
DAFTAR PUSTAKA	225
BAB 10 PENGELOLAAN RUMAH SAKIT PENDIDIKAN DAN KOMUNITAS PROFESIONAL.....	227
10.1 Standar Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia	227
10.2 Pengelolaan Pendidikan Klinis.....	233
10.3 Pengelolaan Profesional Komunitas	244
DAFTAR PUSTAKA	255
BIODATA PENULIS	257

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Pembelajaran Lab Keterampilan Klinis	21
Gambar 2.2	Simulasi lab keterampilan klinis	28
Gambar 2.3	Dosen sebagai fasilitator.....	29
Gambar 2.4	Debriefing setelah simulasi	31
Gambar 2.5	Pasien standar dalam simulasi lab.....	32
Gambar 2.6	OSCE mahasiswa keperawatan	34
Gambar 4.1.	Penerapan simulasi 3D virtual reality.....	79
Gambar 4.2.	Pembelajaran Online	80
Gambar 4.3.	Pembentukan rak manajemen cloud platform.....	81
Gambar 4.4.	EHR SIM untuk mahasiswa keperawatan	82
Gambar 4.5.	Konsep Telemedicine	85
Gambar 4.6.	Telenursing dalam keperawatan.....	86
Gambar 4.7.	<i>Artificial Intelligence (AI)</i>	87
Gambar 4.8.	<i>Evidence-based practice</i>	89
Gambar 4.9.	<i>Wearable devices</i>	91
Gambar 4.10.	Keuntungan Teknologi Wearable devices... ..	91
Gambar 6.1.	Siklus PDSA	124
Gambar 6.2.	simulasi pasien	129

BAB I

KONSEP PENDIDIKAN KESEHATAN

Oleh Sutarmi

1.1 Pendahuluan

Pendidikan kesehatan adalah suatu pendekatan yang sangat penting dalam usaha untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran individu maupun masyarakat tentang pentingnya kesehatan. Melalui pendidikan kesehatan, individu dan komunitas diberikan informasi, keterampilan, dan dukungan yang diperlukan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka.

Konsep pendidikan kesehatan didasarkan pada keyakinan bahwa pengetahuan yang tepat, perilaku yang sehat, dan akses terhadap informasi medis adalah faktor-faktor kunci dalam mencegah penyakit, mengurangi risiko, dan meningkatkan kualitas hidup.

Pendidikan kesehatan adalah cara yang sangat penting untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan. Pendidikan kesehatan memberikan individu dan komunitas informasi, keterampilan, dan dukungan yang diperlukan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka.

Konsep pendidikan kesehatan didasarkan pada keyakinan bahwa pengetahuan yang tepat, perilaku yang sehat, dan akses ke informasi medis adalah faktor penting untuk mencegah penyakit, mengurangi risiko, dan meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan kesehatan berperan penting dalam menciptakan masyarakat yang lebih sadar akan kesehatan mereka, mampu mencegah penyakit, dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Dengan

pemahaman yang benar tentang kesehatan, individu dan komunitas dapat mengambil tindakan yang mendukung kesehatan mereka dan mengurangi beban penyakit dalam masyarakat.

1.2 Pengertian Pendidikan Kesehatan

1.2.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah istilah yang diterapkan pada penggunaan proses pendidikan secara terencana untuk mencapai tujuan kesehatan yang meliputi beberapa kombinasi dan kesepakatan belajar atau aplikasi pendidikan didalam bidang kesehatan. Sedangkan menurut Martina dkk (2021) pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku secara terencana pada diri individu, kelompok atau masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat.

Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar ada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu menjadi tahu, dan dari tidak mampu mengatasi masalah kesehatan sendiri menjadi mandiri. Sehingga pendidikan kesehatan merupakan suatu usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap maupun ketrampilan agar tercapai hidup sehat secara optimal (Karen, 2008)

Konsep pendidikan kesehatan bagi perawat sangat penting, karena perawat adalah salah satu komponen utama dalam pemberian perawatan kesehatan kepada pasien. Pendidikan kesehatan bagi perawat berfokus pada pengembangan pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan untuk memberikan asuhan kesehatan yang holistik dan efektif kepada pasien.

Berikut adalah konsep pendidikan kesehatan bagi perawat (Effedi, 2008)

1.2.2 Pemahaman Terhadap Pasien dan Keluarga

1. Empati: Perawat perlu memiliki empati terhadap pasien untuk memahami perasaan dan kebutuhan mereka.
2. Komunikasi Efektif: Perawat harus mampu berkomunikasi dengan jelas dan terbuka dengan pasien dan keluarganya.

1.2.3 Pengetahuan Medis

1. Pemahaman Anatomi dan Fisiologi: Perawat harus memiliki pengetahuan yang kuat tentang struktur dan fungsi tubuh manusia.
2. Penyakit dan Proses Penyakit: Perawat harus memahami berbagai penyakit, diagnosis, dan prognosis.

1.2.4 Keterampilan Klinis

1. Pemberian Asuhan Kesehatan: Perawat harus mampu melakukan evaluasi klinis, merencanakan perawatan, dan memberikan perawatan yang aman dan efektif.
2. Keterampilan Keperawatan Profesional: Termasuk pengelolaan obat, perawatan luka, pemantauan vital sign, dan lainnya.

1.2.5 Pendidikan Pasien

1. Edukasi Kesehatan: Perawat harus mampu memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang kondisi kesehatan, perawatan, dan pencegahan penyakit.
2. Perencanaan Perawatan Pasien: Merancang rencana perawatan yang dapat dipahami oleh pasien dan keluarga.

1.2.6 Promosi Kesehatan dan Pencegahan

1. Mengedukasi Pasien tentang Gaya Hidup Sehat: Perawat harus mempromosikan gaya hidup sehat dan memberikan informasi tentang diet, aktivitas fisik, dan lainnya.
2. Pencegahan Penyakit: Melakukan tindakan pencegahan seperti vaksinasi, pemeriksaan berkala, dan tindakan preventif lainnya.

1.2.7 Kolaborasi Tim Kesehatan

1. Kerja Sama dengan Tim Medis: Perawat bekerja sama dengan dokter dan anggota tim kesehatan lainnya untuk memberikan perawatan yang terkoordinasi.
2. Pelaporan dan Dokumentasi: Merupakan bagian penting dari kolaborasi tim untuk memantau perkembangan pasien.

1.2.8 Etika dan Kode Etik

1. Prinsip Etika: Perawat harus mengikuti prinsip-prinsip etika dalam memberikan perawatan.
2. Kerahasiaan: Menjaga kerahasiaan informasi pasien adalah kunci.

Pendidikan kesehatan bagi perawat adalah proses berkelanjutan, dan perawat perlu terus mengikuti perkembangan ilmu kedokteran, perawatan kesehatan, dan peraturan terkait etika profesi. Hal ini memastikan bahwa perawat dapat memberikan perawatan yang berkualitas tinggi kepada pasien mereka.

1.3 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan dan manfaat pendidikan kesehatan secara umum yaitu untuk mengubah perilaku individu atau masyarakat dalam bidang kesehatan. Disamping itu, tujuan dari pendidikan

kesehatan adalah untuk menciptakan kesadaran, pengetahuan, dan keterampilan yang diperlukan untuk menjaga kesehatan individu dan masyarakat. Lebih lanjut tujuan pendidikan kesehatan dapat dijabarkan sebagai berikut.

1. Menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat.
2. Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
3. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.
4. Agar penderita (masyarakat) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya).
5. Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi parah dan mencegah penyakit menular.
6. Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat bagi pribadi, keluarga dan masyarakat umum sehingga dapat memberikan dampak yang bermakna terhadap derajat kesehatan masyarakat.
7. Meningkatkan pengertian terhadap pencegahan dan pengobatan terhadap berbagai penyakit yang disebabkan oleh perubahan gaya hidup dan perilaku sehat sehingga angka kesakitan terhadap penyakit tersebut berkurang.

1.4 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan melibatkan berbagai aspek yang dirancang untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, dan keterampilan individu dan masyarakat dalam rangka meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit (Decy, 2020). Ruang lingkup pendidikan kesehatan yaitu:

1.4.1 Dimensi Sasaran

1. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu,
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

1.4.2 Dimensi Tempat Pelaksanaannya

1. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid yang pelaksanaannya diintegrasikan dengan Upaya Kesehatan Sekolah (UKS).
2. Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di Pusat Kesehatan Masyarakat, Balai Kesehatan, Rumah Sakit Umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.
3. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

1.4.3 Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan

1. Promosi kesehatan (*Health Promotion*).
2. Perlindungan khusus (*Specific Protection*).
3. Diagnosa dini dan pengobatan segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*).
4. Pembatasan cacat (*Disability Limitation*).
5. Rehabilitasi (*Rehabilitation*).

1.5 Prinsip – Prinsip Pendidikan Kesehatan

1.5.1 Partisipatif

Prinsip partisipatif menekankan pentingnya melibatkan individu dan masyarakat dalam proses pengambilan keputusan terkait dengan kesehatan mereka. Ini mencakup mendengarkan pandangan, kebutuhan, dan keinginan mereka, sehingga program pendidikan kesehatan dapat lebih relevan dan efektif.

Prinsip partisipatif dalam pendidikan kesehatan menyoroti pentingnya melibatkan individu dan masyarakat secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan. Pendekatan ini diarahkan pada pemberdayaan masyarakat, mengakui bahwa partisipasi mereka bukan hanya hak tetapi juga merupakan kunci keberhasilan program kesehatan. Dengan mendengarkan pandangan, kebutuhan, dan keinginan masyarakat, program pendidikan kesehatan dapat lebih sesuai dengan konteks lokal dan memberikan dampak yang lebih signifikan.

1.5.2 Holistik

Prinsip holistik mengakui bahwa kesehatan adalah hasil dari interaksi kompleks antara berbagai aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Pendekatan holistik dalam pendidikan kesehatan mempertimbangkan seluruh aspek ini dalam merancang intervensi kesehatan.

1.5.3 Berkesinambungan

Prinsip berkesinambungan menekankan pentingnya menjalani pendidikan kesehatan secara berkelanjutan sepanjang siklus kehidupan. Pendidikan kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit, tetapi juga pada pencegahan dan pemeliharaan kesehatan sepanjang hidup (Ade, 2017).

1.5.4 Kontekstual

Prinsip kontekstual mengakui bahwa pendidikan kesehatan perlu disesuaikan dengan budaya, nilai, norma, dan kondisi khusus masyarakat yang menjadi targetnya. Pendekatan ini memastikan bahwa program pendidikan kesehatan relevan dan diterima oleh populasi sasaran (Sobry, 2019).

1.5.5 Empowerment

Prinsip *empowerment* bertujuan untuk memberdayakan individu dan komunitas dalam mengambil kontrol atas kesehatan mereka sendiri. Ini mencakup memberikan pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya yang diperlukan agar individu dapat membuat keputusan yang tepat tentang kesehatan mereka (Sobry, 2019).

Prinsip-prinsip ini menjadi pedoman dalam merancang program pendidikan kesehatan yang efektif dan berkelanjutan. Referensi tersebut dapat digunakan untuk mendalami pemahaman tentang prinsip-prinsip ini dalam konteks pendidikan kesehatan.

1.6 Komponen - komponen Pendidikan Kesehatan

1.6.1 Pendidikan Promosi Kesehatan

Prinsip-prinsip ini menjadi pedoman dalam merancang program pendidikan kesehatan yang efektif dan berkelanjutan. Referensi tersebut dapat digunakan untuk mendalami pemahaman tentang prinsip-prinsip ini dalam konteks pendidikan kesehatan.

1.6.2 Pendidikan Pencegahan Penyakit

Komponen ini berfokus pada pendidikan yang membantu individu menghindari risiko penyakit dan infeksi. Ini termasuk edukasi tentang imunisasi, deteksi dini penyakit, praktik kebersihan, dan perilaku sehat lainnya yang mencegah penyakit (Francisco, 2016).

1.6.3 Pendidikan Gizi

Pendidikan gizi membantu individu memahami pentingnya makanan yang seimbang, nutrisi, dan pentingnya memilih makanan yang mendukung kesehatan. Ini melibatkan pemahaman tentang nutrisi, diet sehat, dan pengelolaan berat badan.

1.6.4 Pendidikan Seksualitas

Pendidikan seksualitas membantu individu memahami aspek-aspek penting terkait seksualitas, termasuk perlindungan terhadap penyakit menular seksual, kontrasepsi, kehamilan, dan pemahaman tentang hubungan yang sehat (Karen, 2008).

1.6.5 Pendidikan Narkoba

Komponen ini fokus pada edukasi tentang bahaya narkoba, penyalahgunaan obat-obatan terlarang, dan pengaruh negatifnya terhadap kesehatan fisik dan mental. Tujuannya adalah mencegah penyalahgunaan narkoba dan adiksi (Francisco, 2016).

1.6.7 Pendidikan Lingkungan Hidup

Pendidikan lingkungan hidup mengajarkan individu tentang pentingnya menjaga lingkungan dan dampaknya terhadap kesehatan. Ini mencakup isu-isu seperti polusi udara, air, pengelolaan sampah, dan perlindungan alami (Malikaho, 2020).

1.7 Metode Pendidikan Kesehatan

1.7.1 Metode Ceramah

Ceramah ialah cara menyajikan pelajaran melalui penuturan secara lisan atau penjelasan langsung pada sekelompok peserta didik. Metode ceramah melibatkan penyampaian informasi oleh seorang pemimpin kepada

sekelompok peserta. Pemimpin memberikan penjelasan, informasi, dan contoh untuk mendukung pemahaman peserta tentang topik kesehatan tertentu (Saguni, 2019)

1.7.2 Metode Diskusi

Metode diskusi melibatkan interaksi aktif antara pemimpin dan peserta serta antar peserta sendiri. Peserta berpartisipasi dalam berbagai percakapan dan pertukaran gagasan terkait topik kesehatan yang sedang dibahas (Saguni, 2019).

1. Metode diskusi kelompok

Diskusi kelompok ialah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara tiga orang atau lebih tentang topik tertentu dengan seorang pemimpin, untuk memecahkan suatu permasalahan serta membuat suatu keputusan.

2. Metode panel

Panel adalah pembicara yang sudah direncanakan di depan pengunjung tentang sebuah topik dan diperlukan tiga panelis atau lebih serta diperlukan seorang pemimpin. Dalam diskusi panel audiens tidak terlibat secara langsung, tetapi berperan sebagai peninjau para panelis yang sedang berdiskusi.

3. Metode forum panel

Forum panel adalah panel yang didalamnya pengunjung berpartisipasi dalam diskusi, misalnya audiens disuruh untuk merumuskan hasil pembahasan dalam diskusi.

4. Metode symposium

Symposium adalah metode mengajar dengan membahas suatu persoalan dipandang dari berbagai sudut pandang berdasarkan keahlian. Setelah para penyaji memberikan pandangannya tentang masalah yang dibahas, maka simposium diakhiri dengan pembacaan kesimpulan.

1.7.3 Metode Demonstrasi

Metode Demonstrasi adalah metode penyajian pembelajaran dengan memperagakan dan mempertunjukkan kepada peserta didik tentang suatu proses, situasi atau benda tertentu, baik sebenarnya atau hanya sekadar tiruan. Metode demonstrasi melibatkan pemutaran praktik atau tindakan fisik yang menunjukkan bagaimana melaksanakan prosedur kesehatan dengan benar. Ini memungkinkan peserta untuk melihat dan memahami langkah-langkah yang diperlukan (Decy, 2020).

1.7.4 Metode Permainan Edukasi

Metode permainan peran. Bermain peran adalah metode pembelajaran sebagai bagian dari simulasi yang diarahkan untuk mengkreasi peristiwa sejarah, mengkreasi peristiwa-peristiwa aktual, atau kejadian-kejadian yang mungkin muncul pada masa mendatang. Metode permainan edukatif memanfaatkan elemen-elemen permainan untuk memfasilitasi pembelajaran. Ini mencakup penggunaan permainan, permainan peran, permainan papan, dan lainnya untuk menyampaikan pesan kesehatan dengan cara yang interaktif dan menyenangkan (Said, 2017).

1.7.5 Metode Studi Kasus

Metode studi kasus melibatkan penyajian situasi atau skenario nyata yang melibatkan masalah kesehatan. Peserta diminta untuk menganalisis, memecahkan masalah, dan membuat keputusan berdasarkan situasi yang diberikan.

1.8 Peran Pendidikan Kesehatan dalam Masyarakat

1.8.1 Peningkatan Kesadaran Kesehatan

Pendidikan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan kesadaran masyarakat tentang masalah kesehatan, risiko, dan cara menjaga kesehatan. Ini membantu individu dan komunitas untuk memahami pentingnya pencegahan, deteksi dini, dan perawatan kesehatan (Decy, 2020).

1.8.2 Pencegahan Penyakit

Salah satu peran utama pendidikan kesehatan adalah pencegahan penyakit. Ini mencakup memberikan informasi dan pendidikan tentang langkah-langkah preventif, seperti vaksinasi, praktik kebersihan, dan gaya hidup sehat, yang dapat membantu mengurangi angka penyakit (Decy, 2020).

1.8.3 Meningkatkan Gaya Hidup Sehat

Pendidikan kesehatan memainkan peran kunci dalam memotivasi masyarakat untuk mengadopsi gaya hidup sehat. Ini mencakup edukasi tentang diet seimbang, aktivitas fisik, menghindari merokok dan alkohol berlebihan, serta manajemen stres (Decy, 2020).

1.8.4 Mengurangi Beban Sosial dan Ekonomi Akibat Penyakit

Dengan memberikan informasi tentang cara mencegah penyakit dan mengelola kesehatan dengan baik, pendidikan kesehatan dapat membantu mengurangi beban sosial dan ekonomi akibat penyakit. Ini termasuk biaya perawatan medis yang tinggi, hilangnya produktivitas, dan dampak sosial penyakit. Peran-peran ini dalam pendidikan kesehatan membantu masyarakat untuk memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan mereka sendiri dan memungkinkan mereka untuk membuat pilihan yang lebih baik untuk kesejahteraan mereka.

Dengan melakukan hal ini, pendidikan kesehatan berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup individu dan mengurangi beban penyakit dalam masyarakat (Decy, 2020).

1.9 Tantangan dalam Pendidikan Kesehatan

1.9.1 Ketidaksetaraan Akses Pendidikan Kesehatan

Tantangan utama dalam pendidikan kesehatan adalah ketidaksetaraan akses terhadap informasi dan layanan kesehatan. Banyak komunitas yang tidak memiliki akses yang sama ke sumber daya pendidikan kesehatan, seperti fasilitas kesehatan, tenaga medis, atau informasi kesehatan. Ini dapat menyebabkan kesenjangan dalam pemahaman kesehatan dan akses perawatan.

1.9.2 Perubahan Perilaku

Mengubah perilaku individu dan masyarakat untuk mendukung kesehatan seringkali merupakan tantangan yang rumit. Merangsang perubahan perilaku yang positif memerlukan pendekatan yang berkelanjutan dan strategi komunikasi yang efektif untuk memotivasi orang untuk mengadopsi gaya hidup sehat.

1.9.3 Perkembangan Teknologi

Sementara teknologi memberikan peluang besar dalam pendidikan kesehatan, perkembangan teknologi juga membawa tantangan baru. Penyebaran informasi kesehatan yang cepat dan luas melalui media sosial dan internet dapat menyebabkan penyebaran informasi yang salah dan berpotensi merugikan

Perkembangan teknologi yang pesat, terutama di bidang komunikasi dan media sosial, dapat memengaruhi bagaimana informasi kesehatan disebarkan dan diterima. Informasi yang salah atau tidak akurat dapat menyebar dengan cepat, dan ini

dapat membingungkan masyarakat atau bahkan merugikan kesehatan mereka jika tidak dikoreksi dengan informasi yang benar.

Mengatasi tantangan-tantangan ini memerlukan kerja sama antara lembaga pendidikan kesehatan, pemerintah, dan organisasi kesehatan masyarakat. Strategi yang inklusif, berbasis bukti, dan berfokus pada masyarakat dapat membantu mengatasi tantangan ini. Selain itu, terus mengikuti perkembangan dalam pendidikan kesehatan dan memanfaatkan teknologi untuk menyampaikan pesan kesehatan yang benar juga merupakan bagian penting dalam mengatasi tantangan ini.

1.10 Kesimpulan

Pendidikan kesehatan adalah bidang penting dalam meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan pencegahan penyakit. Pendidikan kesehatan mencakup serangkaian aktivitas yang bertujuan untuk memberi orang dan komunitas pengetahuan, keterampilan, dan insentif untuk mendukung kesehatan mereka sendiri..

Dengan memberikan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk menjaga kesehatan dan mencegah penyakit, pendidikan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade Haerullah; Said Hasan. (2017). *MODEL PENDEKATAN PEMBELAJARAN INOVATIF* (Vol. 1).
- Antara Pengetahuan Tentang Pendidikan Kesehatan Dengan Perilaku Sehat Siswa, H., Oktavia Aryawati, L., Dolores Hasiane Nasution, J. S., Jasmani, P., dan Rekreasi, K., & Ilmu Olahraga, F. (n.d.). *HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN TENTANG PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN PERILAKU SEHAT SISWA*.
<http://ejournal.unesa.ac.id/index.php/jurnal-pendidikan-jasmani/issue/archive>
- Decy Situngkir. (2020). Modul Dasar - Dasar Promosi Kesehatan. In *2020* (Vol. 1).
- Efendi, F. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*.
<https://www.researchgate.net/publication/237845334>
- Francisco, S. (2016). *Nursing & Healthcare*. 5(10), 4172.
- HCPC. (2016). Professionalism in Healthcare Professionals. *Health & Care Professions Council*, 64.
<https://doi.org/10.4103/1008-682X.125902>
- Institute of Medicine (U.S.). Committee on Planning a Continuing Health Care Professional Education Institute. (2010). *Redesigning continuing education in the health professions*. National Academies Press.
- Jacobs, a D. (1981). Holistic health care. *International Journal of Orthodontics*, 19(4), 15–16.

- Jesus, Â., & Gomes, M. J. (n.d.). *Case-Studies, Problem Based Learning and Simulations in Biomedical Teaching-A Literature Review Aprendizagem Baseada em Casos, Problemas e Simulações No Ensino Das Profissões Biomédicas-Uma Revisão Da Literatura*. 5(1), 2013. <http://www.eduser.ipb.pt>
- Karen Glanz, B. K. R. K. V. (2008). *Health Behavior and Health Education_ Theory, Research, and Practice* (Vol. 4).
- MacFadyen, J. S. (2013). Holistic Nursing. *Holistic Nursing Practice*, 27(1), 4–5. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e31827938c7>
- Malikaho Patchanee. (2020). *Health Communication: Approaches and Ways to Sustainability on Health for All* (Vol. 1). https://doi.org/10.1007/978-981-15-2014-3_137
- Martina Pakpahan; Deborah Siregar; Andi Susilawaty; Tasnim; Mustar; Marianna Rebecca. (2021). *Promosi Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan* (Vol. 1).
- Putri, S. T., & Sumartini, S. (2021). Integrating Peer Learning Activities and Problem-Based Learning in Clinical Nursing Education. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211000262>
- Saguni, F. (2019). *PENGARUH METODE PEMBELAJARAN TERHADAP HASIL BELAJAR* (Vol. 1).
- Sobry Sutikno. (2019). *Metode dan Model - Model Pembelajaran* (Vol. 1).
- Torgerson, D. J., & Torgerson, C. J. (n.d.). *Designing Randomised Trials in Health, Education and the Social Sciences*.
- Yang, J. S. (2010). School Health Education. *International Encyclopedia of Education, Third Edition*, 547–553. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.01733-4>

- Yuberti. (2014). *Teori Pembelajaran dan Pengembangan Bahan Ajar* (Vol. 1).
- Zhang, W. (2014). Problem Based Learning in Nursing Education. *Advances in Nursing*, 2014, 1–5.
<https://doi.org/10.1155/2014/125707>

BAB 2

PEMBELAJARAN PRAKTIKUM LABORATORIUM

Oleh Puji Astuti Wiratmo

2.1 Pendahuluan

Pengalaman belajar mengajar di laboratorium (lab) keterampilan klinis merupakan komponen penting dalam pendidikan keperawatan, mengingat keperawatan merupakan profesi berbasis praktik yang membutuhkan praktisi perawat yang kompeten untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas kepada pasien dan keluarga.

Tujuan dari pengalaman pembelajaran lab adalah untuk meningkatkan keterampilan psikomotorik keperawatan dalam memberikan intervensi keperawatan yang aman dan efektif pada pasien dan keluarga dalam tatanan klinis. Para pendidik keperawatan menggunakan laboratorium keterampilan klinis untuk mendemonstrasikan, melatih dan menilai kompetensi mahasiswa dalam melakukan prosedur yang diperlukan dalam berbagai disiplin ilmu keperawatan. Oleh karena itu, penting bagi pendidik dapat menyusun terkait bagaimana lab keterampilan klinis dapat mengoptimalkan pembelajaran untuk peningkatan pengetahuan dan keterampilan profesional yang diperlukan untuk praktik keperawatan yang berkualitas dan untuk keselamatan pasien.

2.2 Konsep Pembelajaran Laboratorium

Laboratorium keterampilan klinis merupakan salah satu metode pembelajaran untuk mempersiapkan mahasiswa keperawatan sebelum penempatan praktek klinik dan membantu mereka mempraktikkan suatu skenario kasus dengan menggunakan keterampilan keperawatan yang ditemui di lingkungan praktek klinik. Dalam pendidikan keperawatan, mahasiswa pertama kali belajar keterampilan klinis dalam situasi simulasi di laboratorium keperawatan di kampus sebelum mereka terjun ke lapangan untuk pembelajaran lebih lanjut dalam kesehatan klinis “dunia nyata”. Secara etis, perlu bagi mahasiswa untuk menguasai prosedur-prosedur keperawatan dasar sebelum berlatih pada pasien sesungguhnya (Toriente Relloso et al., 2021). Lab keterampilan klinis digambarkan sebagai ruang latihan yang dilengkapi dengan fasilitas latihan yang menyerupai lahan praktek sehingga memfasilitasi mahasiswa untuk mempraktikkan keterampilan klinis sebelum aplikasi sebenarnya di lahan praktek (Madlala & Mvandaba, 2023).

Pembelajaran lab klinis menjadi salah satu pilihan strategi program pendidikan keperawatan dalam mengintegrasikan teori dan praktik di area klinis, sehingga mahasiswa dapat mengasah keterampilan klinis sebelum melakukan pembelajaran di lahan praktek tatanan kehidupan nyata. Contoh kegiatan pembelajaran lab klinis dapat dilihat pada Gambar 2.1 dimana dosen memfasilitasi pembelajaran mahasiswa sebelum mahasiswa menjalani stase praktek klinik.



Gambar 2.1 Pembelajaran Lab Keterampilan Klinis
(Sumber : Dokumentasi pribadi)

Laboratorium keterampilan klinis dilengkapi dan diperlengkapi dengan baik seperti layaknya ruang rawat rumah sakit untuk praktik mahasiswa keperawatan. Masing-masing ruang rawat memiliki tempat tidur, perlengkapan ruang rawat dan sistem audio-visual terkomputerisasi untuk memfasilitasi pengajaran, demonstrasi dan redemonstrasi.

2.3 Tujuan Pembelajaran Laboratorium

2.3.1 Menjembatani Gap antara Teori dan Praktek

Dalam upaya menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik, dosen sebagai fasilitator dapat memfasilitasi proses transfer dari teori ke praktik dengan berfokus pada simulasi realitas yang terkontrol di lab. Strategi pengajaran tertentu yang terkait dengan penggunaan lab keterampilan klinis memfasilitasi pembelajaran praktek dan peningkatan kepercayaan diri (Faulcon, 2015). Mahasiswa memperoleh pengalaman belajar yang unik dengan waktu dengan peralatan yang memadai untuk mendapatkan pengalaman praklinis secara langsung dan visual. Dalam lingkungan yang kondusif dan aman, melalui pembelajaran simulasi di lab maka pengalaman mahasiswa dapat

menstimulasi pembelajaran dengan menjembatani kesenjangan antara hal yang mereka 'tahu' dan 'lakukan'.

2.3.2 Memahami Konsep dan Pengetahuan Dasar dari Sebuah Teori Prosedur Keperawatan

Pembelajaran lab memberikan koneksi yang penting antara pembelajaran teori dengan persiapan sebelum praktek klinik (Eyikara & Baykara, 2017). Bahkan pada tahap awal pendidikan keperawatan, mahasiswa perlu menyadari bahwa ketrampilan klinis bergantung pada sejumlah pengetahuan mendasar terhadap prosedur-prosedur keterampilan klinis. Melalui pemahaman yang baik, mahasiswa dapat mengerti rasionalisasi dari tindakan atau prosedur keperawatan, tidak hanya dari aspek sistematika prosedur namun juga pengetahuan mendasar lainnya meliputi prinsip-prinsip biologis dan psikososial yang perlu diterapkan dalam penerapan prosedur dengan mempertimbangkan kondisi dan situasi tertentu.

Penerapan pengetahuan tentang kasus tertentu pada pasien membantu mahasiswa agar dapat lebih mengenal kebutuhan pasien dan dengan menggunakan pengetahuan tersebut dapat memberikan tindakan keperawatan yang tepat. Mahasiswa dapat memahami, melatih dan menerapkan pengetahuan dasar tersebut selama pembelajaran lab. Misalnya saat mahasiswa belajar lab praktek cuci tangan, maka dibutuhkan pengetahuan dasar mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi, *universal* dan *standar precaution*, ilmu dasar sains, dan penyakit infeksi. Beberapa contoh kasus penyakit infeksi dapat diberikan pada sesi pre-conference sebagai latihan untuk mahasiswa dapat mengintegrasikan dan menerapkan pemahaman dasar mereka dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi melalui praktek cuci tangan.

2.3.3 Mengembangkan Keterampilan Kognitif dan Psikomotor serta Membentuk Perilaku Profesional

Metode pembelajaran lab memberikan kesempatan bahwa mahasiswa untuk betul-betul dapat belajar dengan cara mempraktekkan sendiri prosedur-prosedur keperawatan. Namun, mengajarkan mahasiswa di lab untuk dapat memahami tindakan keperawatan merupakan hal yang penting disadari oleh seorang pendidik. Hal ini dikarenakan mahasiswa perlu melewati tahapan-tahapan dalam menerapkan pengetahuan prosedural keperawatan (Al Gharibi Msn & Arulappan, 2020) Dimulai dari tahapan awal atau kognitif dimana mahasiswa mempelajari definisi, tujuan, prinsip, langkah-langkah tindakan dan pengetahuan lainnya yang berkaitan. Tahap selanjutnya adalah tahap intermediate atau asosiasi dan tahap terakhir adalah tahap final atau autonomi. Agar mahasiswa mampu memahami, mengintegrasikan konsep dan teori pada performa keterampilan klinis mereka, maka dibutuhkan pengalaman pembelajaran hingga tahap final atau autonomi (Ewertsson et al., 2015). Hingga terbentuk pola performa klinis yang diharapkan maka mahasiswa dapat membangun hubungan terapeutik yang efektif dengan pasien. Misalnya pada saat mahasiswa melakukan pemberian terapi inhalasi, selain mahasiswa dapat melakukan pemberian terapi inhalasi secara sistematis, mahasiswa juga mampu menilai kondisi dan respon pasien terkait dengan status pernapasannya.

Maka didalam pembelajaran lab mahasiswa harus tahu capaian pembelajaran yang harus mereka capai, tahu bagaimana melakukan keterampilan prosedur, melatih keterampilan dan menerima *feedback* dari performa mereka.

Pembentukan perilaku professional juga menjadi fokus yang penting dalam pembelajaran lab. Meskipun mahasiswa belajar pada *setting* buatan, rancangan pembelajaran lab dapat menunjukkan model perilaku professional yang diinginkan melalui adanya *role model* dari dosen pengajar, demonstrasi tindakan atau video, perilaku caring, empati dan tanggung jawab

yang ditunjukkan oleh dosen saat melakukan pengajaran. Begitu juga saat mahasiswa melakukan penugasan rekaman video keterampilan lab dimana hasil rekaman tersebut dapat dijadikan alat pembelajaran yang baik untuk menelaah perilaku profesional mahasiswa yang sudah baik atau yang masih perlu peningkatan.

2.3.4 Mengeksplorasi Prinsip-Prinsip dan Wawasan melalui Latihan Praktik untuk Menerapkan Ilmu-Ilmu Dasar dalam Praktik Keperawatan

Pada awalnya, pembelajaran mahasiswa di pendidikan tinggi keperawatan dilakukan berdasarkan pada asumsi teoritis. Kemudian, mereka mentransfer pengetahuan dan keterampilan yang diajarkan selama praktik klinis mereka dengan cara mempraktikkannya dalam situasi klinis dalam lingkungan klinis.

Sebagian besar juga akan mendukung penggunaan laboratorium sebagai mekanisme pengintegrasian untuk mendekatkan teori dan praktik. Tujuan kurikulum seringkali mengharuskan mahasiswa mengintegrasikan dan menerapkan konsep, prinsip dan teori dari ilmu pengetahuan (fisik, biologis, sosial yang relevan) dan dalam beberapa kasus juga pendekatan spiritual untuk praktik klinis.

Perlu diingat bahwa praktik keperawatan lebih dari sekedar mendapatkan teori dan menggunakannya untuk meningkatkan praktik. Pembelajaran praktik keperawatan juga untuk menyiapkan mahasiswa sebagai praktisi profesional untuk meningkatkan kemampuan penalaran klinis yang dapat diperoleh dari praktik klinis. Meskipun keterampilan penalaran klinis dikembangkan dari waktu ke waktu sejalan dengan peningkatan pengalaman klinik, pembelajaran di lab bagi mahasiswa dapat menstimulasi kemampuan penalaran klinis dengan menelaah lebih mendalam keilmuan yang mendasari prosedur keperawatan yang dipelajari di lab (Madlala & Mvandaba, 2023). Misalnya, saat mahasiswa mempelajari prosedur pengambilan darah arteri untuk pemeriksaan analisa

gas darah maka akan ada banyak prinsip dan pengetahuan yang perlu dieksplorasi mahasiswa terkait prosedur tersebut meliputi pengkajian sirkulasi dan perfusi, sistem buffer, interpretasi gangguan keseimbangan asam basa dan lain sebagainya.

2.3.5 Mengimplementasikan Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu bentuk penalaran ilmiah dan memerlukan pemikiran kritis perawat untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien dan keluarga (Brito et al., 2018). Meskipun fokus pembelajaran lab adalah pada peningkatan keterampilan klinis, akan lebih bermakna bila tindakan atau prosedur yang diajarkan dilab diintegrasikan kedalam kasus pasien sehingga akan tergambar bagi mahasiswa kondisi pasien secara umum dan menstimulasi proses berpikir kritis terhadap kebutuhan tindakan keperawatan tertentu pada kasus pasien tersebut. Misalnya, saat mengajarkan prosedur fisioterapi dada, dosen bisa melakukan pendekatan pembelajaran *problem based learning* melalui sebuah gambaran kasus pasien dengan Bronkitis kronik. Maka mahasiswa akan distimulus untuk memahami patofisiologi dan manifestasi klinis gambaran pasien yang memiliki penyakit tersebut. Selanjutnya, mahasiswa dapat melakukan pengkajian, perumusan masalah keperawatan hingga melakukan tindakan fisioterapi dada pada manekin lab. Mahasiswa juga dapat mengidentifikasi hal-hal yang harus dievaluasi setelah tindakan keperawatan tersebut. Oleh karena itu, pemilihan metode pembelajaran lab sangat menentukan capaian pembelajaran mahasiswa dimana misalkan pada metode *problem based learning* memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk mengembangkan metode penyelidikan yang merupakan bagian integral dari laboratorium dan tutorial mengajar dan yang menjadi model praktik klinik mahasiswa.

2.3.6 Mengajarkan Seni Keperawatan Profesional (*Art of Professional Nursing*)

Asuhan keperawatan yang berkualitas merupakan hal yang kompleks untuk diajarkan, dipelajari dan diimplementasikan di dalam praktek klinik (Brito et al., 2018). Pembelajaran lab klinis yang dilakukan pada pendidikan keperawatan merupakan sebuah upaya untuk menyiapkan mahasiswa dengan berbagai keterampilan klinis agar nantinya dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas pada pasien. Meskipun pembelajaran lab digunakan untuk meningkatkan kemampuan psikomotorik klinis, mahasiswa dapat belajar lebih dari sekedar melatih keterampilan prosedur. Karena laboratorium merupakan tempat pertama kali bagi mahasiswa tingkat awal untuk mendapatkan pengalaman klinis, sehingga *art of nursing* perlu diperkenalkan dan secara berkesinambungan dicontohkan and dibangun oleh pendidik keperawatan. *Art of nursing* adalah inti dari ilmu keperawatan yaitu humanis dan caring (Motter et al., 2021). Asuhan keperawatan lebih dari sekedar pemberian prosedur dan penggunaan teknologi. Ilmu pengetahuan dan kecanggihan teknologi tidak cukup untuk merepresentasikan kualitas dari asuhan keperawatan. Apabila dilakukan substitusi nilai-nilai caring dengan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka asuhan keperawatan tidak lagi memandang manusia sebagai karakter manusia yang unik (Motter et al., 2021). Caring sebagai ruh asuhan keperawatan merupakan hal yang sangat mendasar bagi praktek dan pendidikan keperawatan, yang dimulai dari pembelajaran di lab.

2.4 Strategi Pembelajaran dan Evaluasi Praktek Laboratorium Keterampilan Klinis

Beberapa strategi pengajaran yang banyak dilakukan di lab antara lain demonstrasi , role play dan simulasi.

2.4.1 Simulasi

Dalam pendidikan keperawatan, pembelajaran keterampilan klinis di lab didesain dengan cara yang berbeda-beda dengan pendekatan pendidikan dan tingkat simulasi yang berbeda. Secara definisi, simulasi adalah aktifitas pembelajaran yang dirancang menyerupain realitas lingkungan klinik (Jefferies, 2005). Simulasi sebagai suatu kegiatan pembelajaran dalam pendidikan keperawatan memungkinkan dosen/fasilitator memberikan skenario yang meniru realitas lingkungan klinis. Berbeda dengan ruang kelas tradisional, dimana pengajaran berpusat pada dosen, simulasi berpusat pada mahasiswa dengan dosen berperan sebagai fasilitator dalam proses pembelajaran mahasiswa (Faulcon, 2015). Simulasi seperti terlihat pada Gambar 2.2 mendorong mahasiswa untuk mengembangkan keterampilan psikomotorik, kognitif, dan afektif sebelum masuk pengaturan klinis dunia nyata. Dosen menjadi fasilitator dan mempunyai kesempatan untuk menilai dan mengevaluasi tingkat keterampilan dan kemampuan mahasiswa dalam pencapaian hasil pembelajaran. Remediasi terhadap mahasiswa dapat dilakukan dengan segera di lab sehingga menurunkan resiko kesalahan saat praktek klinik di tatanan nyata.



Gambar 2.2 Simulasi lab keterampilan klinis
(Sumber : Dokumentasi pribadi)

Salah satu teori pembelajaran yang melandasi pembelajaran simulasi lab yaitu teori pembelajaran berdasarkan pengalaman (*experiential learning*). Berdasarkan teori *experience learning*, kemampuan untuk mentransfer pengetahuan teoritis dan menerapkannya dalam pengaturan praktis mengarah pada perolehan pengetahuan. Pembelajaran mahasiswa akan meningkat ketika mereka secara aktif terlibat dalam perolehan pengetahuan melalui pengalaman dalam pemecahan masalah dan pengambilan keputusan klinis (Ewertsson et al., 2015).

Skenario kasus dapat dikembangkan oleh dosen berdasarkan kasus-kasus nyata pasien di rumah sakit yang telah dimodifikasi (Campbell, 2010). Skenario kasus dapat terdiri dari sinopsis singkat kondisi klien beserta tujuan pembelajaran Manekin dan penataan lab akan melengkapi skenario, sehingga mengharuskan mahasiswa untuk merefleksikan pasien secara holistik dan tidak fokus pada diagnosa penyakitnya saja. Skenario kasus memberikan kesempatan kepada peserta didik untuk mengimplementasikan keterampilan psikomotorik seperti tanda-tanda vital, penilaian kesehatan, perawatan luka, terapi intravena, perawatan trakeostomi, dan masih banyak lagi. Mahasiswa juga dapat meningkatkan domain pembelajaran

kognitif dan afektif seperti keselamatan pasien, gangguan psikologis, komunikasi terapeutik, duka, kematian dan menjelang ajal (Hamash, 2020). Di dalam lingkungan laboratorium, mahasiswa berada diperkenalkan dengan keterampilan psikomotorik sebagai bagian dari skenario role play. Selain itu, simulasi kasus dapat untuk melatih keterampilan komunikasi mahasiswa dan memungkinkan integrasi kemampuan kognitif dan psikomotorik.

Agar hasil pembelajaran menjadi optimal, setiap mahasiswa harus memiliki motivasi diri dan pengarahan diri sendiri selama pembelajaran melalui simulasi. Sebagaimana dinyatakan, dosen adalah fasilitator pembelajaran dan tanggung jawab belajar terletak pada mahasiswa (Hamash, 2020). Peran fasilitator seperti ditampilkan pada Gambar 2.3 saat dosen bersama-sama mahasiswa mendampingi pembelajaran keterampilan lab.



Gambar 2.3 Dosen sebagai fasilitator
(Sumber : Dokumentasi pribadi)

Simulasi lab keterampilan klinis yang dilakukan oleh dosen pada mahasiswa membantu mengurangi kecemasan pada mahasiswa sebelum melakukan kontak fisik dengan pasien.

Kerangka simulasi berdasarkan *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning Simulation*, dapat dilakukan dalam tiga tahap (Al Gharibi Msn & Arulappan, 2020) antara lain :

1. Tahap persiapan diawali dengan pembahasan skenario kasus, mereview peran masing-masing mahasiswa, dan meninjau keterampilan yang perlu dilakukan mahasiswa selama simulasi.
2. Tahap implementasi adalah ketika mahasiswa menyelesaikan skenario dengan melakukan keterampilan kinis melalui simulasi dan mencapai tujuan tindakan.
3. Debriefing merupakan tahap krusial di mana fasilitator/dosen memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk melakukan refleksi secara terpandu setelah simulasi (Campbell, 2010).

Evaluasi terhadap kegiatan simulasi memiliki beberapa komponen, karena setiap tahapan mulai dari persiapan hingga debriefing harus ditinjau ulang memastikan bahwa simulasi mencerminkan pencapaian performa klinis mahasiswa yang efektif dan hasil pembelajaran telah tercapai (Campbell 2010; Jefferies 2005).

Selama proses simulasi, mahasiswa bertanggung jawab atas pembelajarannya dengan menunjukkan keterampilan demonstrasi psikomotorik, komunikasi terapeutik dan kemampuan berpikir kritis. Sementara dosen sebagai fasilitator, memberikan beberapa petunjuk dan arahan untuk memastikan berjalannya skenario kasus selama tahap implementasi. Dosen membantu mengarahkan mahasiswa untuk berperan sebagai perawat, anggota keluarga dan tim kesehatan lainnya.

Banyak penelitian menekankan bahwa pembelajaran yang signifikan terjadi selama periode debriefing yang dilakukan setiap setelah selesai kegiatan simulasi seperti ditunjukkan oleh Gambar 2.4. Debriefing meliputi praktik reflektif dan diskusi antara dosen dan mahasiswa. Sehingga melalui refleksi dan diskusi, kemampuan untuk berpikir kritis, melakukan refleksi, mengulangi tindakan dan memecahkan masalah dapat

membantu mahasiswa menjadi lebih mahir dan memungkinkan mereka untuk menambah pemahaman dan wawasan (Faulcon, 2015).



Gambar 2.4 Debriefing setelah simulasi
(Sumber : Dokumentasi pribadi)

Simulasi dijalankan oleh dosen fasilitator yang berperan untuk mengelola dan mengatur sesi simulasi serta memberikan umpan balik dan pembekalan yang efektif pada pembelajaran lab keterampilan klinis. Dosen fasilitator juga berperan dalam mengelola pengalaman belajar mahasiswa dengan menyediakan lingkungan yang nyaman dan teknik manajemen waktu yang efektif. Dosen bertanggung jawab untuk membantu mahasiswa menerapkan pengetahuan yang diperoleh dari skenario klinis yang berbeda untuk membuat penilaian klinis yang aman dan membangun keterampilan dasar dan lanjutan yang diperlukan untuk merawat pasien di lingkungan klinis. Kesiapan dosen fasilitator dan penggunaan waktu praktikum simulasi secara efektif dapat mengubah cara pandang mahasiswa tentang efektivitas praktikum simulasi. Oleh karena itu, dosen fasilitator perlu mengintegrasikan hasil belajar mahasiswa dalam mata kuliah didaktik dengan kegiatan praktikum simulasi untuk memastikan kesesuaiannya dengan hasil pembelajaran praktikum simulasi.

Di akhir simulasi, saat debriefing mahasiswa dapat mengajukan pertanyaan, mendiskusikan tindakan yang telah dilakukan ataupun tindakan yang bisa dilakukan secara berbeda yang memungkinkan mahasiswa untuk berpikir lebih kritis terhadap tindakan yang dilakukan dan melakukan penilaian klinis yang dibuat selama simulasi serta mendiskusikan dampak dari tindakan tersebut dan apa yang dapat dilakukan secara berbeda (Eun & Hye Young, 2017).

2.4.2 Penggunaan Pasien Standar

Salah satu sarana penunjang pembelajaran simulasi lab adalah dengan penggunaan pasien standar. Pasien standar adalah orang awam non medisa yang sengaja direkrut dan dilatih untuk berperan sebagai pasien berdasarkan scenario kasus (Kowitlawakul et al., 2015). Penggunaan pasien standar cukup banyak digunakan karena efektifitasnya dalam kegiatan belajar dan mengajar di pendidikan keperawatan. Contoh pasien standar dapat dilihat pada Gambar 2.5. Interaksi mahasiswa dengan pasien standar dalam simulasi lab dapat meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik, respon emosional, psikososial dan keterampilan psikomotorik (Mueller, 2017). Selain itu penggunaan pasien standar terbukti secara efektif meningkatkan kemampuan kognitif dan afektif (Eun & Hye Young, 2017).



Gambar 2.5 Pasien standar dalam simulasi lab
(Sumber : Dokumentasi pribadi)

2.4.3 Video

Di laboratorium, mahasiswa dan dosen mampu untuk mengevaluasi kinerja dalam lingkungan pembelajaran yang terkendali daripada mengandalkan paparan ujian klinis. Rekaman video dari sesi tersebut telah dibuat digunakan untuk menyediakan sumber pengajaran untuk mata kuliah lain komponen seperti etika, psikologi dan masalah penyelesaian.

Penilaian penampilan klinis mahasiswa secara individu dapat dilakukan secara umum dengan menggunakan alat ukur seperti checklist, rubrik, skala penilaian dan bentuk lainnya. Merekam video atau menggunakan kamera video *smartphone* dapat dilakukan untuk merekam simulasi dan untuk dapat diputar kembali sehingga dapat memberikan umpan balik terhadap kemampuan mahasiswa dalam mendemonstrasikan tindakan (Campbell, 2010).

2.4.2 OSCE

Meskipun mahasiswa diberikan umpan balik atas kinerja mereka di laboratorium baik oleh dosen fasilitator maupun rekan-rekannya, bentuk penilaian ini merupakan penilaian formatif. Perlu dilakukan penilaian sumatif terhadap tingkat kompetensi mereka dilakukan oleh dosen sebagai bagian dari penilaian keterampilan klinis yang berkelanjutan. Salah satu metode penilaian sumatif yang saat ini banyak digunakan adalah *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE).

OSCE merupakan sebuah metode penilaian yang valid dan reliable dalam menilai kompetensi klinis dan telah banyak digunakan di bidang pendidikan kesehatan termasuk pendidikan keperawatan (McWilliam, 2012). OSCE merupakan satu bentuk ujian praktek dengan menekankan pada kompetensi di beberapa prosedur keperawatan secara terstruktur melalui beberapa stasiun tindakan. Melalui OSCE kemampuan mahasiswa dapat

dilakukan penilaian baik pada aspek pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, implementasi tindakan dan evaluasi tindakan. Selain itu kemampuan komunikasi dan perilaku professional juga dapat dinilai melalui OSCE (Kelly et al., 2016).

OSCE yang didesain dan diimplementasikan dengan baik memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk dapat mendemonstrasikan keterampilan interpersonal dan komunikasi, kemampuan menyelesaikan masalah, keterampilan pengkajian dan penerapan ilmu dasar klinis (McWilliam, 2012) .

OSCE seperti yang terlihat pada Gambar 2.6 dikembangkan untuk mahasiswa program sarjana keperawatan dengan tujuan menekankan perlunya mahasiswa keperawatan untuk kompeten dalam keterampilan klinis dan menjadikan standarisasi penilaian keterampilan klinis. OSCE juga bertujuan untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan performa klinis mahasiswa dan mengidentifikasi kebutuhan pembelajaran selanjutnya. Yang lebih penting lagi, OSCE mengidentifikasi mahasiswa yang mencapai standar kelulusan dalam keterampilan klinis dan menentukan mahasiswa yang dapat melanjutkan ke program pendidikan mereka selanjutnya (Traynor and Galanouli, 2015).



Gambar 2.6 OSCE mahasiswa keperawatan
(Sumber : Dokumentasi pribadi)

DAFTAR PUSTAKA

- Al Gharibi Msn, K. A., & Arulappan, M. N. P. D. J. (2020). Repeated Simulation Experience on Self-Confidence, Critical Thinking, and Competence of Nurses and Nursing Students-An Integrative Review. *SAGE Open Nurs*, 6, 2377960820927377. <https://doi.org/10.1177/2377960820927377>
- Brito, F. M. M., Rozendo, C. A., & Melo, P. O. C. (2018). Nursing laboratory and critical education of nurses: approaches and distances. *Rev Bras Enferm*, 71(suppl 4), 1500-1506. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0339>
- Campbell, S.H. (2010). Clinical Simulation. In K.B. Gaberson and M.H. Oermann (eds) *Clinical Teaching Strategies in Nursing* (3rd ed.) (pp. 151-81). New York: Springer.
- Eun, K., & Hye Young, K. (2017). Effects of Simulation-based Education Combined Team-based Learning on Self-directed Learning, Communication Skills, Nursing Performance Confidence and Team Efficacy in Nursing Students. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 24(1), 39-50. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2017.24.1.39>
- Ewertsson, M., Allvin, R., Holmstrom, I. K., & Blomberg, K. (2015). Walking the bridge: Nursing students' learning in clinical skill laboratories. *Nurse Educ Pract*, 15(4), 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.03.006>
- Eyikara, E., & Baykara, G., Z. (2017). The importance of simulation in nursing education. *World Journal on Educational Technology: Current Issues*, 9(1), 6.
- Faulcon, R. Y. (2015). Innovative Teaching Strategies with Simulation Technology in Nursing Education. *Innovative Teaching Strategies with Simulation Technologies*, 1.
- Galanouli, T. a. (2015). Have OSCEs Come of Age in Nursing Education. *British Journal of Nursing*, 24.
- Hamash, K. (2020). Student Evaluation of Nursing Simulation Lab Learning Experience. *Iris Journal of Nursing & Care*, 3(2). <https://doi.org/10.33552/ijnc.2020.03.000559>

- Jefferies, P.R. (2005) A Framework for designing, implementing, and evaluating, simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives* 26(2): 96-103.
- Kelly, M. A., Mitchell, M. L., Henderson, A., Jeffrey, C. A., Groves, M., Nulty, D. D., Glover, P., & Knight, S. (2016). OSCE best practice guidelines-applicability for nursing simulations. *Adv Simul (Lond)*, 1, 10. <https://doi.org/10.1186/s41077-016-0014-1>
- Kowitlawakul, Y., Chow, Y. L., Salam, Z. H., & Ignacio, J. (2015). Exploring the use of standardized patients for simulation-based learning in preparing advanced practice nurses. *Nurse Educ Today*, 35(7), 894-899. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.004>
- Madlala, S. T., & Mvandaba, A. N. (2023). Experiences of nurse educators regarding the use of the clinical skills laboratory at the School of Nursing in the Free State province. *Health SA*, 28, 2077. <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2077>
- McWilliam, P. L. a. B., P.A. (2012). Identifying Strength and Weaknesses in the Utilization of Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in a Nursing Program. *Nursing Education Research*, 33.
- Motter, T., Hassler, D., & Anthony, M. (2021). The Art of Nursing Becomes a Celebration of Nurses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 26(2). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol26No02PPT72>
- Mueller, A. (2017). *The Impact of Standardized Patients on Physical Assessment Skills, Clinical Judgement, and Self-Efficacy in Undergraduate Nursing Students* (Publication Number 2169) South Dakota State University].
- Toriente Relloso, J., Abdullah AbuAlula, N., Magtalas Medina, J., & Gatioan Manood, E. (2021). Nursing Skills Laboratory as Milieu of Clinical Learning and Practice. *American Journal of Nursing Research*, 9(4), 112-117. <https://doi.org/10.12691/ajnr-9-4-2>

BAB 3

PROBLEM BASED LEARNING DALAM KEPERAWATAN

Oleh Sutarmi

3.1 Pendahuluan

Buku mengenai *Problem-Based Learning* (PBL) dalam keperawatan adalah sumber yang bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan dan praktisi keperawatan yang ingin memahami dan mengimplementasikan pendekatan PBL dalam pendidikan dan praktik keperawatan.

Buku PBL dalam konteks Keperawatan akan membahas mengenai konsep-konsep kunci dalam keperawatan., meliputi: pengenalan PBL, prinsip-prinsip PBL, Langkah-langkah PBL dalam keperawatan, peran mahasiswa, peran instruktur, manfaat PBL, tantangan dan hambatan dalam implemntasi PBL, studi kasus atau contoh penerapan PBL dalam keperawatan dan rekomendasi untuk implementasi PBL yang sukses dalam keperawatan serta kesimpulan.

3.2 Pengenalan *Problem Based – Learning* dalam Keperawatan

3.2.1 Definisi PBL dalam konteks keperawatan

Problem-Based Learning (PBL) dalam konteks keperawatan adalah metode pembelajaran yang berpusat pada pemecahan masalah klinis. Dalam PBL, mahasiswa keperawatan

dihadapkan pada skenario masalah klinis atau kasus pasien. Mereka bekerja dalam kelompok kecil untuk memecahkan masalah, mencari informasi, dan mengembangkan rencana perawatan berdasarkan kasus tersebut. Tujuan utama adalah memotivasi pembelajaran mahasiswa dan mengembangkan pemahaman mereka tentang praktik keperawatan melalui pemecahan masalah yang relevan. (Glen, 2000; Zhang, 2014a)

3.2.2 Tujuan PBL dalam pendidikan keperawatan

Menurut (Ehrenberg & Häggblom, 2007), tujuan PBL dalam Keperawatan yaitu:

1. Pengembangan Keterampilan Pemecahan Masalah: Mahasiswa keperawatan belajar mengidentifikasi, menganalisis, dan memecahkan masalah klinis dalam konteks perawatan pasien Sejarah perkembangan PBL
2. Peningkatan Pemahaman Klinis: Mahasiswa memperoleh pemahaman yang lebih mendalam tentang prinsip-prinsip ilmu keperawatan dan aplikasinya dalam praktik klinis
3. Pembelajaran Aktif: PBL mendorong mahasiswa untuk aktif mencari informasi, berkolaborasi dalam kelompok, dan mengambil tanggung jawab atas pembelajaran mereka sendiri
4. Peningkatan Keterampilan Komunikasi: Mahasiswa mengembangkan keterampilan komunikasi yang diperlukan untuk berinteraksi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan
5. Pemahaman Berbasis Bukti: PBL membantu mahasiswa memahami praktik keperawatan yang didasarkan pada bukti ilmiah (*evidence-based practice*) dan cara menggunakannya dalam perawatan pasien

3.2.3 Sejarah Perkembangan PBL

PBL pertama kali dikembangkan di Sekolah Kedokteran Universitas McMaster di Kanada pada tahun 1960-an. Pendekatan ini kemudian menyebar ke berbagai disiplin ilmu, termasuk keperawatan. Tujuan utama pendekatan PBL adalah menggantikan pendidikan tradisional yang berpusat pada kuliah dengan metode yang lebih berfokus pada pemecahan masalah dan pembelajaran mandiri. (Ehrenberg & Häggblom, 2007)

3.3 Prinsip – Prinsip Dasar PBL

PBL memiliki prinsip – prinsip dalam pembelajaran yaitu Pembelajaran berbasis masalah (*Problem-Centered Learning*), pembelajaran aktif dan kolaboratif, Pemecahan masalah sebagai fokus utama dan pendorong motivasi belajar. Berikut prinsip PBL menurut (Servant & Schmidt, 2016) tersebut:

3.3.1 Pembelajaran Berbasis Masalah (*Problem – Centererd Learning*)

PBL didasarkan pada pemahaman bahwa pembelajaran lebih efektif ketika Mahasiswa dihadapkan dengan masalah atau situasi yang mirip dengan dunia nyata. Mahasiswa belajar melalui pemecahan masalah dan pemahaman masalah-masalah yang relevan dengan konteks mereka. Mereka belajar melalui eksplorasi masalah tersebut, identifikasi solusi, dan pengembangan pemahaman mereka. Ini merangsang pemikiran kritis dan memungkinkan Mahasiswa untuk menghubungkan teori dengan praktik.

Pembelajaran berbasis masalah dalam PBL membantu Mahasiswa mengembangkan keterampilan pemecahan masalah yang kuat dan memahami bagaimana menerapkan pengetahuan dalam konteks dunia nyata, yang merupakan kualitas penting

dalam pendidikan keperawatan dan berbagai disiplin ilmu lainnya.

3.3.2 Pembelajaran aktif dan kolaboratif

PBL mendorong Mahasiswa untuk terlibat secara aktif dalam proses pembelajaran mereka. Mereka tidak hanya mendengarkan kuliah, tetapi juga mencari informasi, berkolaborasi dalam kelompok, berdiskusi, dan merumuskan solusi bersama. Kolaborasi dalam kelompok membantu Mahasiswa untuk mengembangkan keterampilan sosial dan komunikasi.(Naufal Habib et al., n.d.)

3.3.3 Pembelajaran Aktif:

Dalam PBL, Mahasiswa tidak hanya mendengarkan kuliah atau membaca materi secara pasif. Mereka diberi tugas untuk mencari informasi, menganalisis masalah, dan mengembangkan solusi. Ini mendorong Mahasiswa untuk terlibat secara aktif dalam pemecahan masalah dan pemahaman materi.(Fitria et al., n.d.)

1. Kolaborasi dalam Kelompok

Mahasiswa bekerja dalam kelompok kecil, yang sering disebut sebagai kelompok PBL. Mereka berkolaborasi dalam mencari solusi untuk masalah yang diberikan. Kolaborasi ini memungkinkan berbagi ide, diskusi, dan refleksi bersama, yang dapat memperkaya pemahaman Mahasiswa.(Naufal Habib et al., n.d.)

2. Diskusi dan Debat

Mahasiswa seringkali terlibat dalam diskusi dan debat di dalam kelompok PBL. Mereka berbagi perspektif mereka, berdebat tentang solusi yang mungkin, dan mencapai pemahaman yang lebih dalam melalui interaksi dengan rekan-rekan mereka.(Nurhidayah & Hendrawati Fakultas Keperawatan, 2017)

3. Pembelajaran Sosial

Prinsip ini mengakui pentingnya pembelajaran sosial. Mahasiswa tidak hanya belajar dari instruktur tetapi juga dari satu sama lain. Kolaborasi dalam kelompok PBL menciptakan lingkungan di mana Mahasiswa dapat belajar satu sama lain. (Hidayati & Wagiran, 2020)

4. Pemahaman yang Lebih Mendalam

Melalui kolaborasi dan diskusi aktif, Mahasiswa dapat mencapai pemahaman yang lebih mendalam tentang materi. Mereka dapat melihat masalah dari berbagai sudut pandang dan menggabungkan berbagai konsep dalam pemecahan masalah. (Fitria et al., n.d.; Thabet et al., 2017)

Pembelajaran aktif dan kolaboratif dalam PBL memberikan pengalaman pembelajaran yang lebih mendalam dan menekankan pentingnya keterampilan sosial, komunikasi, dan kerja sama, yang merupakan kualitas yang sangat berharga dalam praktik keperawatan dan kehidupan profesional.

3.3.4 Pemecahan masalah sebagai fokus utama

Pemecahan masalah adalah inti dari PBL. Mahasiswa diberi tugas untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mencari solusi untuk masalah atau kasus yang diberikan. Pemecahan masalah ini memerlukan pemahaman mendalam tentang materi yang dipelajari dan mendorong pemikiran kritis.

Pemecahan masalah sebagai fokus utama adalah salah satu prinsip dasar *Problem-Based Learning* (PBL). Prinsip ini menekankan bahwa dalam PBL, pemecahan masalah adalah inti dari proses pembelajaran. Berikut adalah beberapa poin kunci terkait dengan prinsip pemecahan masalah sebagai fokus utama dalam PBL: (Celia & Gordon, 2001; Hidayati & Wagiran, 2020; Nurhidayah & Hendrawati Fakultas Keperawatan, 2017)

1. Pengidentifikasian Masalah

Mahasiswa dalam PBL diberikan skenario masalah klinis atau kasus pasien yang mereka perlu identifikasi. Ini bisa menjadi gejala pasien, masalah kesehatan, atau situasi medis yang memerlukan pemecahan.

2. Analisis Masalah

Setelah masalah diidentifikasi, Mahasiswa melakukan analisis terperinci tentang masalah tersebut. Mereka mengumpulkan data yang relevan, menganalisis informasi, dan mencari penyebab akar masalah.

3. Pencarian Solusi

Mahasiswa berkolaborasi untuk mencari solusi yang paling tepat untuk masalah yang diberikan. Mereka mungkin perlu merumuskan rencana perawatan atau tindakan yang sesuai dengan situasi.

4. Pemikiran Kritis

Pemecahan masalah mendorong pemikiran kritis. Mahasiswa harus mengevaluasi berbagai opsi, mempertimbangkan bukti ilmiah, dan mengambil keputusan yang rasional berdasarkan informasi yang ada.

5. Pengembangan Kemampuan Pemecahan Masalah

Melalui latihan berulang dalam pemecahan masalah, Mahasiswa mengembangkan kemampuan pemecahan masalah yang kuat. Mereka menjadi mahir dalam mengatasi tantangan di dunia nyata.

3.3.5 Pendorong motivasi belajar

PBL menciptakan motivasi intrinsik untuk belajar. Mahasiswa merasa lebih terlibat dan bersemangat dalam mencari solusi untuk masalah yang mereka hadapi. Keterlibatan dalam pemecahan

masalah yang menantang meningkatkan motivasi belajar dan pemahaman yang lebih dalam. Pendorong motivasi belajar adalah salah satu prinsip dasar dalam Problem-Based Learning (PBL). Prinsip ini menekankan bahwa PBL menciptakan motivasi intrinsik bagi Mahasiswa untuk belajar. (Fitriana et al., 2017) Berikut adalah beberapa poin kunci terkait dengan prinsip pendorong motivasi belajar dalam PBL:

1. Kasus Pasien yang Menarik

Dalam PBL, Mahasiswa dihadapkan dengan kasus pasien atau masalah klinis yang menarik dan relevan dengan praktik keperawatan. Kasus-kasus ini memicu minat Mahasiswa karena mereka melihat relevansi dan dampak praktis dari pembelajaran mereka.

2. Tanggung Jawab Pribadi

Dalam PBL, Mahasiswa memiliki tanggung jawab pribadi dalam mencari informasi, menganalisis masalah, dan mengembangkan solusi. Rasa tanggung jawab ini dapat meningkatkan motivasi karena Mahasiswa merasa memiliki kendali atas pembelajaran mereka. (Asniyati & Rismawati Kusuma, n.d.)

3. Pengalaman Pembelajaran Aktif

PBL mendorong Mahasiswa untuk terlibat secara aktif dalam pemecahan masalah dan kolaborasi dengan rekan-rekan mereka. Aktivitas pembelajaran yang interaktif ini dapat meningkatkan motivasi belajar karena Mahasiswa merasa terlibat dan terlibat secara langsung. (Baker, 2000)

4. Relevansi dengan Praktik Klinis

Mahasiswa menyadari bahwa pemahaman dan keterampilan yang mereka kembangkan melalui PBL akan memiliki dampak langsung pada praktik keperawatan mereka di masa depan. Hal ini dapat meningkatkan motivasi

karena Mahasiswa melihat nilai nyata dari pembelajaran mereka.(Fitria et al., n.d.; Mulyati Tahisa & Kusumawati, 2020; Putri & Sumartini, 2021)

5. Keterlibatan Sosial

Kolaborasi dalam kelompok PBL memungkinkan Mahasiswa untuk berinteraksi sosial dan berbagi ide dengan rekan-rekan mereka. Keterlibatan sosial ini dapat meningkatkan motivasi karena Mahasiswa merasa mendapatkan dukungan dari teman-teman mereka.

Pendorong motivasi belajar dalam PBL membantu Mahasiswa menjadi lebih bersemangat dan berfokus dalam pembelajaran mereka. Motivasi intrinsik yang dibangun melalui pengalaman PBL dapat mendorong Mahasiswa untuk terus belajar dan mengembangkan pemahaman serta keterampilan mereka.(Celia & Gordon, 2001; Hugo-Van Dyk et al., 2022; Mulyati Tahisa & Kusumawati, 2020)

3.4 Langkah – Langkah PBL dalam Keperawatan

PBL dalam keperawatan melibatkan serangkaian langkah-langkah yang terstruktur untuk memfasilitasi pemecahan masalah berbasis kasus pasien. Berikut adalah langkah-langkah PBL dalam keperawatan menurut(Baker, 2000; Servant & Schmidt, 2016)

3.4.1 Identifikasi masalah atau kasus

Identifikasi masalah atau kasus dalam keperawatan merupakan langkah awal dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) atau pemecahan masalah klinis dalam praktik keperawatan. (Ehrenberg & Häggblom, 2007; Fitria et al., n.d.)Langkah ini melibatkan pemilihan kasus pasien atau situasi klinis yang relevan untuk pembelajaran Mahasiswa keperawatan. Berikut adalah beberapa langkah yang terkait dengan identifikasi

masalah atau kasus dalam keperawatan:(Fitriana et al., 2017; Musiana, 2013)

1. Pemilihan kasus yang relevan

Memilih kasus pasien atau masalah klinis yang relevan dengan tujuan pembelajaran dan kebutuhan Mahasiswa. pemilihan kasus pasien atau masalah klinis yang relevan dengan tujuan pembelajaran adalah langkah kunci. Kasus yang dipilih seharusnya mencerminkan situasi dunia nyata yang dapat dihadapi oleh perawat. Kasus yang relevan akan membuat pembelajaran lebih bermakna bagi Mahasiswa.(Jesus & Gomes, n.d.)

2. Penentuan Masalah Utama

Setelah deskripsi kasus pasien disediakan, Mahasiswa kemudian menentukan masalah utama atau pertanyaan yang perlu dijawab dalam konteks kasus tersebut. Ini adalah langkah penting untuk mengarahkan fokus pembelajaran.(Wahyuningsih & Santoso, 2013; Zhang, 2014a)

3. Identifikasi Tujuan Pembelajaran

Berdasarkan masalah utama yang diidentifikasi, tujuan pembelajaran yang spesifik dan terukur dapat dirumuskan. Tujuan ini harus mencerminkan apa yang diharapkan Mahasiswa pelajari dan capai melalui analisis kasus pasien.(Baker, 2000; Mulyati Tahisa & Kusumawati, 2020)

4. Penyusunan Kasus atau Scenarios

Setelah identifikasi masalah utama dan tujuan pembelajaran, kasus pasien atau skenario perawatan dapat disusun secara rinci. Ini termasuk menambahkan detail lebih lanjut tentang pasien, riwayat, hasil tes, dan sebagainya yang akan membantu Mahasiswa dalam pemahaman dan analisis kasus.(Merritt, 2001)

5. Pembuatan narasi kasus

Membuat deskripsi naratif kasus pasien, termasuk riwayat medis, gejala, dan kondisi pasien. Setelah kasus dipilih, langkah berikutnya adalah membuat deskripsi kasus pasien atau narasi kasus. Deskripsi ini harus mencakup informasi tentang riwayat medis pasien, gejala, kondisi fisik, dan data penting lainnya yang relevan dengan kasus tersebut. Ini membantu Mahasiswa untuk memahami latar belakang kasus dengan baik.(Servant & Schmidt, 2016)

Identifikasi masalah atau kasus yang baik adalah kunci dalam memulai pendekatan PBL atau pembelajaran berbasis masalah dalam keperawatan. Ini memberikan dasar yang kuat untuk pembelajaran Mahasiswa yang berpusat pada pemecahan masalah dan aplikasi konsep keperawatan dalam konteks nyata.(Jesus & Gomes, n.d.)

3.4.2 Pembentukan kelompok belajar

Membentuk kelompok belajar kecil yang terdiri dari Mahasiswa-Mahasiswa yang akan bekerja sama dalam menganalisis dan memecahkan masalah kasus pasien.

Pembentukan kelompok belajar merupakan langkah penting dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) dalam keperawatan. Kelompok belajar yang terdiri dari Mahasiswa bekerja sama dalam menganalisis dan memecahkan masalah kasus pasien. (Putri & Sumartini, 2021; Servant & Schmidt, 2016)

Berikut adalah beberapa langkah yang terkait dengan pembentukan kelompok belajar dalam PBL:

1. Penentuan Jumlah Anggota Kelompok:

Biasanya, kelompok belajar dalam PBL terdiri dari sejumlah anggota, yang dapat bervariasi tergantung pada kebijakan program atau instruktur. Jumlah anggota yang umum adalah sekitar 5-8 orang per kelompok. Tujuannya

adalah untuk menciptakan lingkungan yang kolaboratif dan mendukung.

2. Pemilihan Anggota Kelompok

Ada beberapa metode untuk memilih atau menentukan anggota kelompok. Seringkali, instruktur dapat secara acak atau berdasarkan karakteristik tertentu membagi Mahasiswa ke dalam kelompok. Selain itu, beberapa program PBL mengizinkan Mahasiswa untuk membentuk kelompok mereka sendiri. Metode ini dapat bervariasi tergantung pada kebijakan program pendidikan.(Naufal Habib et al., n.d.)

3. Berkenalan dengan Anggota Kelompok

Setelah kelompok terbentuk, Mahasiswa biasanya berkenalan satu sama lain. Ini adalah langkah penting untuk membangun hubungan kerja sama dan komunikasi yang efektif di dalam kelompok.

4. Penunjukan Pemimpin Kelompok (*Facilitator*)

Dalam beberapa kelompok PBL, seorang Mahasiswa dapat ditunjuk sebagai pemimpin kelompok atau fasilitator. Tugas fasilitator adalah memastikan bahwa kelompok tetap berfokus, berjalan sesuai jadwal, dan memfasilitasi diskusi yang produktif.

5. Pengaturan Jadwal Pertemuan:

Kelompok perlu mengatur jadwal pertemuan mereka untuk berdiskusi tentang kasus pasien dan progres pembelajaran. Ini harus menjadi jadwal yang nyaman bagi semua anggota kelompok.

6. Pembagian Tugas

Seringkali, anggota kelompok akan membagi tugas atau peran tertentu dalam proses pemecahan masalah. Ini bisa termasuk pencarian informasi tambahan, presentasi, atau mengkoordinasikan komunikasi dengan instruktur.

7. Pemantauan Progress:

Selama proses pemecahan masalah, kelompok dapat memantau progress mereka dan memastikan bahwa mereka mencapai tujuan pembelajaran yang ditetapkan.

8. Evaluasi Kinerja Kelompok:

Setelah penyelesaian kasus atau proyek, kelompok dapat dievaluasi untuk mengukur hasil belajar dan kontribusi individu ke dalam kelompok.

Pembentukan kelompok belajar yang efektif dalam PBL adalah kunci keberhasilan pendekatan ini. Ini menciptakan lingkungan kolaboratif di mana Mahasiswa dapat saling mendukung, berbagi pengetahuan, dan memecahkan masalah bersama. Proses pembentukan kelompok dapat bervariasi tergantung pada kebijakan program dan preferensi instruktur.(Putri & Sumartini, 2021)

3.4.3 Penentuan masalah utama (problem identification)

Mengidentifikasi masalah utama atau pertanyaan yang akan dijawab oleh kelompok terkait kasus pasien yang diberikan. Penentuan masalah utama adalah langkah penting dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL). Ini melibatkan identifikasi masalah sentral atau pertanyaan yang perlu dijawab oleh kelompok Mahasiswa dalam konteks kasus pasien atau situasi klinis yang diberikan. Masalah utama ini akan menjadi fokus dari upaya pemecahan masalah dan pembelajaran selanjutnya. (Fitriana et al., 2017; Mulyati Tahisa & Kusumawati, 2020)

Berikut adalah beberapa informasi tambahan mengenai penentuan masalah utama dalam PBL:

1. Relevansi dengan Tujuan Pembelajaran:

Masalah utama yang dipilih harus relevan dengan tujuan pembelajaran yang telah ditetapkan. Ini akan

memastikan bahwa pembelajaran Mahasiswa akan mengarah pada pencapaian tujuan tersebut.

2. Spesifik dan Terukur

Masalah utama sebaiknya dirumuskan secara spesifik dan dapat diukur. Ini membantu dalam mengevaluasi apakah masalah tersebut telah dijawab dengan memadai setelah analisis kasus pasien selesai.

3. Mendorong Pemikiran Kritis

Masalah utama yang baik akan mendorong pemikiran kritis dan analisis mendalam. Ini seharusnya bukan pertanyaan yang memiliki jawaban langsung dan sederhana, tetapi pertanyaan yang mengharuskan Mahasiswa untuk mempertimbangkan berbagai faktor dan bukti.

3.4.4 Pencarian informasi

Mahasiswa mencari informasi terkait kasus pasien, termasuk literatur ilmiah, buku teks, panduan klinis, dan sumber informasi lainnya. Pencarian informasi adalah langkah penting dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) dalam keperawatan. Mahasiswa perlu mencari sumber-sumber informasi yang relevan untuk mendukung pemecahan masalah dalam kasus pasien atau situasi klinis yang diberikan. Berikut adalah beberapa informasi tambahan mengenai pencarian informasi dalam PBL keperawatan:

1. Identifikasi Sumber Informasi:

Mahasiswa perlu mengidentifikasi sumber-sumber informasi yang dapat digunakan dalam analisis kasus pasien. Ini termasuk buku teks, artikel jurnal ilmiah, panduan klinis, basis data medis, penelitian terbaru, dan sumber informasi lainnya yang relevan dengan masalah klinis yang dihadapi.

2. Evaluasi Sumber Informasi

Mahasiswa juga perlu mempelajari keterpercayaan dan relevansi sumber informasi yang mereka temukan. Ini termasuk mengevaluasi apakah sumber tersebut diterbitkan oleh lembaga yang terkemuka, apakah informasi tersebut terkini, dan sejauh mana informasi tersebut relevan dengan masalah yang sedang dibahas.

3. Pemilihan Sumber Informasi yang Tepat

Mahasiswa perlu memilih sumber-sumber informasi yang paling relevan dan penting untuk mendukung analisis kasus pasien mereka. Mereka harus memilih sumber yang dapat memberikan wawasan dan bukti yang diperlukan untuk mengembangkan pemahaman tentang masalah klinis.

4. Penggunaan Teknik Pencarian yang Efektif

Mahasiswa juga perlu menguasai teknik pencarian yang efektif, seperti penggunaan kata kunci yang sesuai, pencarian dalam basis data medis, dan analisis hasil pencarian untuk menemukan informasi yang paling relevan.

5. Analisis informasi dan diskusi dalam PBL Keperawatan

Kelompok belajar menganalisis informasi yang telah dikumpulkan, membandingkannya dengan masalah yang diidentifikasi, dan berdiskusi untuk mengembangkan pemahaman yang lebih dalam tentang kasus.

Setelah Mahasiswa keperawatan melakukan pencarian informasi yang relevan, langkah selanjutnya dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) adalah menganalisis informasi yang telah dikumpulkan dan berpartisipasi dalam diskusi kelompok. Ini merupakan tahap kunci dalam pemecahan masalah dan pembelajaran berbasis masalah. (Asniyati & Rismawati Kusuma, n.d.; Pratiwi & Wuryandani, 2020)

Berikut adalah beberapa informasi tambahan mengenai analisis informasi dan diskusi dalam PBL keperawatan beserta referensi:

1. Pengumpulan Data yang Relevan:

Mahasiswa harus mengumpulkan data dan informasi yang relevan dengan kasus pasien atau situasi klinis yang diberikan. Ini termasuk data dari berbagai sumber, termasuk literatur medis, hasil tes, riwayat medis pasien, dan informasi lain yang relevan.

2. Analisis Mendalam

Setelah data terkumpul, Mahasiswa perlu menganalisis informasi tersebut secara mendalam. Mereka harus mempertimbangkan bukti-bukti, memahami hubungan antara data-data yang berbeda, dan mencoba mengidentifikasi penyebab masalah atau gejala yang dihadapi pasien.

3. Diskusi Kelompok

Analisis individu kemudian diikuti dengan diskusi kelompok. Mahasiswa berbagi hasil analisis mereka, bertukar ide, dan berdebat tentang kemungkinan diagnosis atau rencana perawatan. Diskusi kelompok membantu dalam mengembangkan berbagai sudut pandang dan memperkaya pemahaman kasus.

4. Pemecahan Masalah Bersama

Mahasiswa berkolaborasi untuk merumuskan diagnosis, rencana perawatan, atau solusi berdasarkan analisis dan diskusi mereka. Ini merupakan langkah penting dalam PBL, di mana pemecahan masalah dilakukan secara kolaboratif

3.4.5 Pembentukan rencana perawatan atau solusi dalam PBL Keperawatan

Setelah Mahasiswa keperawatan menganalisis informasi yang relevan dan berpartisipasi dalam diskusi kelompok, langkah selanjutnya dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) adalah pembentukan rencana perawatan atau solusi untuk kasus pasien atau situasi klinis yang diberikan. Berikut adalah beberapa informasi tambahan mengenai pembentukan rencana perawatan atau solusi dalam PBL keperawatan.(Mulyati Tahisa & Kusumawati, 2020; Musiana, 2013)

Kelompok merumuskan rencana perawatan atau solusi berdasarkan pemahaman mereka tentang kasus pasien. Ini mungkin mencakup diagnosa, intervensi, dan evaluasi perawatan.(Fitriana et al., 2017; Musiana, 2013; Putri & Sumartini, 2021)

1. Diagnosis yang Akurat

Berdasarkan analisis data dan diskusi kelompok, Mahasiswa perlu membuat diagnosis yang akurat terkait dengan kasus pasien. Diagnosis ini merupakan langkah penting dalam perencanaan perawatan yang tepat.

2. Penentuan Rencana Perawatan

Setelah diagnosis ditegakkan, Mahasiswa perawatan perlu menentukan rencana perawatan yang sesuai. Ini mencakup langkah-langkah perawatan yang perlu diambil, pengobatan yang mungkin diperlukan, pemantauan pasien, dan intervensi perawatan lainnya.

3. Evaluasi Risiko dan Manfaat

Mahasiswa juga perlu mengevaluasi risiko dan manfaat dari berbagai tindakan yang mereka rekomendasikan dalam rencana perawatan. Ini termasuk mempertimbangkan efek samping potensial dan dampak jangka panjang dari pengobatan.

4. Rencana Tindak Lanjut

Selain rencana perawatan langsung, Mahasiswa perlu merencanakan tindak lanjut. Ini termasuk pemantauan pasien, penilaian hasil perawatan, dan perubahan yang diperlukan dalam rencana perawatan jika kondisi pasien berubah.

3.4.6 Evaluasi dan Refleksi

Kelompok belajar mengevaluasi rencana perawatan atau solusi yang mereka buat dan merenungkan proses pembelajaran serta pemecahan masalah yang mereka lakukan.

Evaluasi dan refleksi adalah langkah penting dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) dalam keperawatan. Setelah Mahasiswa keperawatan membentuk rencana perawatan atau solusi untuk kasus pasien, mereka perlu mengevaluasi hasilnya dan merenungkan proses pembelajaran mereka. Berikut adalah beberapa informasi tambahan mengenai evaluasi dan refleksi dalam PBL keperawatan:

1. Evaluasi Hasil Perawatan

Mahasiswa perlu mengevaluasi hasil dari rencana perawatan yang mereka terapkan dalam kasus pasien. Ini mencakup penilaian apakah tujuan perawatan telah tercapai, apakah tindakan perawatan telah berdampak positif pada pasien, dan bagaimana pemantauan pasien berjalan.

2. Pemikiran Kritis tentang Proses

Selain evaluasi hasil, Mahasiswa juga perlu memikirkan kritis tentang proses pemecahan masalah yang mereka terapkan. Mereka dapat mempertimbangkan apakah ada langkah-langkah atau informasi yang mereka lewatkan, apakah ada alternatif perawatan yang mungkin lebih baik, dan apa yang bisa dipelajari dari pengalaman tersebut.

3. Refleksi atas Pembelajaran

Refleksi adalah langkah penting dalam PBL yang membantu Mahasiswa mengidentifikasi apa yang telah mereka pelajari selama proses pembelajaran. Mahasiswa dapat merenungkan pemahaman baru yang mereka peroleh, keterampilan yang mereka kembangkan, dan bagaimana pengalaman ini akan berguna dalam praktik keperawatan mereka di masa depan.

4. Penilaian terhadap Kelompok

Dalam beberapa program PBL, kelompok Mahasiswa juga dinilai. Ini mencakup evaluasi bagaimana kelompok bekerja sama, kontribusi individu, dan kualitas presentasi hasil kerja kelompok.

3.5 Peran Mahasiswa dalam PBL

Dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) dalam keperawatan, mahasiswa memiliki peran yang aktif dalam pembelajaran mereka. Berikut adalah beberapa peran Mahasiswa dalam PBL keperawatan. (Baker, 2000; Mulyati Tahisa & Kusumawati, 2020; Putri & Sumartini, 2021)

3.5.1 Pembelajaran mandiri

Mahasiswa diharapkan untuk menjadi pembelajar mandiri dalam PBL. Mereka bertanggung jawab untuk mencari informasi, merumuskan pemahaman, dan mengembangkan solusi untuk masalah klinis yang dihadapi. Pembelajaran mandiri adalah aspek sentral dalam PBL yang memungkinkan mahasiswa untuk mengambil peran aktif dalam pendidikan mereka. (Savin-Baden & Major, 2004).

Pembelajaran mandiri adalah kemampuan untuk belajar secara independen tanpa bergantung sepenuhnya pada instruktur. Ini adalah aspek penting dalam pendekatan *Problem-*

Based Learning (PBL) dan pendidikan keperawatan, di mana mahasiswa dituntut untuk aktif dalam pencarian informasi, pemecahan masalah, dan pengembangan pemahaman mereka sendiri. Berikut adalah beberapa referensi yang relevan tentang pembelajaran mandiri.

Pembelajaran mandiri adalah keterampilan penting yang mahasiswa keperawatan dapat kembangkan selama pembelajaran PBL dan akan bermanfaat dalam praktik keperawatan mereka di masa depan. Referensi ini dapat memberikan panduan yang lebih dalam tentang konsep dan strategi pembelajaran mandiri.

3.5.2 Kerjasama dalam kelompok

Mahasiswa bekerja dalam kelompok kecil untuk menganalisis kasus pasien dan memecahkan masalah. Kolaborasi dalam kelompok memungkinkan mereka untuk berbagi perspektif, memecahkan masalah bersama, dan mengembangkan keterampilan komunikasi dan kerja tim. (Musiana, 2013; Naufal Habib et al., n.d.)

Kerjasama dalam kelompok adalah aspek penting dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) dalam keperawatan. Dalam PBL, mahasiswa bekerja dalam kelompok kecil untuk menganalisis kasus pasien atau situasi klinis, memecahkan masalah, dan mengembangkan pemahaman mereka. Berikut adalah beberapa poin penting tentang kerjasama dalam kelompok dalam PBL:

1. Pembelajaran Kolaboratif

Kerjasama dalam kelompok mendorong pembelajaran kolaboratif di mana mahasiswa saling berbagi ide, pengetahuan, dan pandangan mereka. Ini memungkinkan mereka untuk belajar satu sama lain dan mengembangkan pemahaman yang lebih mendalam tentang masalah yang dihadapi.

2. Pengembangan Keterampilan Sosial:

Kerjasama dalam kelompok membantu mahasiswa mengembangkan keterampilan sosial yang penting dalam praktik keperawatan. Ini termasuk kemampuan berkomunikasi, berkolaborasi, dan bekerja sama dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya.

3. Pemecahan Masalah Bersama:

Kelompok bekerja sama untuk merumuskan diagnosis, rencana perawatan, atau solusi untuk masalah klinis. Ini melibatkan pemecahan masalah bersama, di mana berbagai sudut pandang dan pendekatan dieksplorasi untuk mencapai solusi yang paling tepat.

4. Diskusi dan Debat

Dalam kelompok, mahasiswa berpartisipasi dalam diskusi dan debat tentang kasus pasien. Ini membantu mereka mengembangkan keterampilan berargumentasi dan mempertimbangkan berbagai faktor sebelum mencapai kesimpulan.

5. Pembagian Tugas

Dalam beberapa kasus, kelompok dapat membagi tugas dan tanggung jawab yang berbeda kepada anggota kelompok. Ini memungkinkan efisiensi dalam pemecahan masalah dan pembelajaran.

6. Penilaian Kelompok

Dalam beberapa program PBL, kelompok juga dinilai. Ini mencakup penilaian atas kontribusi individu, kualitas diskusi, dan kemampuan kelompok dalam mencapai solusi yang tepat. Kerjasama dalam kelompok adalah cara yang efektif untuk mempromosikan pembelajaran aktif, pengembangan keterampilan sosial, dan pemecahan masalah kolaboratif dalam konteks pendidikan keperawatan.

3.5.3 Aktivitas penelusuran informasi

Mahasiswa perlu melakukan pencarian informasi yang relevan untuk mendukung analisis kasus pasien. Ini mencakup pencarian literatur medis, buku teks, panduan klinis, dan sumber-sumber informasi lainnya (Booth et al., 2003).

Aktivitas penelusuran informasi adalah salah satu komponen kunci dalam pendekatan Problem-Based Learning (PBL) dalam keperawatan. Mahasiswa diharapkan untuk mencari dan mengumpulkan informasi yang relevan untuk mendukung pemecahan masalah dalam kasus pasien atau situasi klinis yang diberikan. Berikut adalah beberapa poin penting tentang aktivitas penelusuran informasi dalam PBL keperawatan (Harun et al., 2012)

1. Identifikasi Sumber Informasi

Mahasiswa perlu mengidentifikasi sumber-sumber informasi yang dapat digunakan dalam analisis kasus pasien. Ini termasuk buku teks, artikel jurnal ilmiah, panduan klinis, basis data medis, penelitian terbaru, dan sumber-sumber informasi lainnya yang relevan dengan masalah klinis yang dihadapi.

2. Evaluasi Sumber Informasi

Mahasiswa juga perlu mempelajari keterpercayaan dan relevansi sumber informasi yang mereka temukan. Ini termasuk mengevaluasi apakah sumber tersebut diterbitkan oleh lembaga yang terkemuka, apakah informasi tersebut terkini, dan sejauh mana informasi tersebut relevan dengan masalah yang sedang dibahas.

3. Pemilihan Sumber Informasi yang Tepat

Mahasiswa perlu memilih sumber-sumber informasi yang paling relevan dan penting untuk mendukung analisis kasus pasien mereka. Mereka harus memilih sumber yang dapat memberikan wawasan dan bukti yang diperlukan

untuk mengembangkan pemahaman tentang masalah klinis.

4. Penggunaan Teknik Pencarian yang Efektif

Mahasiswa juga perlu menguasai teknik pencarian yang efektif, seperti penggunaan kata kunci yang sesuai, pencarian dalam basis data medis, dan analisis hasil pencarian untuk menemukan informasi yang paling relevan.

5. Pencatatan dan Referensi

Selama penelusuran informasi, mahasiswa harus mencatat informasi yang relevan dan merujuknya dengan benar. Ini penting untuk menghindari plagiarisme dan memfasilitasi penggunaan informasi dalam analisis kasus.

Aktivitas penelusuran informasi dalam PBL membantu mahasiswa mengembangkan keterampilan penelitian yang penting, meningkatkan pemahaman mereka tentang masalah klinis, dan mengajarkan mereka bagaimana mengevaluasi sumber informasi secara kritis.

Referensi yang relevan tentang aktivitas penelusuran informasi dalam konteks PBL keperawatan dapat mencakup buku teks tentang metode penelitian, panduan tentang pencarian literatur medis, dan artikel ilmiah yang membahas penggunaan sumber informasi dalam pendidikan kesehatan.(Chen, 2011; Hidayati & Wagiran, 2020)

3.5.4 Kemampuan pemecahan masalah

Salah satu tujuan utama PBL adalah mengembangkan kemampuan pemecahan masalah mahasiswa. Mahasiswa harus mampu mengidentifikasi masalah klinis, menganalisis data, dan merumuskan rencana perawatan atau solusi yang tepat . Kemampuan pemecahan masalah adalah keterampilan penting dalam pendidikan keperawatan, terutama dalam pendekatan

Problem-Based Learning (PBL). Mahasiswa keperawatan perlu mengembangkan kemampuan ini untuk merumuskan diagnosis yang akurat, merencanakan perawatan yang efektif, dan mengatasi masalah klinis dalam praktik keperawatan. Berikut adalah beberapa referensi yang relevan tentang kemampuan pemecahan masalah dalam PBL keperawatan.(Anis Yuliasutik, 2010; Celia & Gordon, 2001)

3.5.5 Keterampilan komunikasi

Keterampilan komunikasi sangat penting dalam praktik keperawatan. Mahasiswa PBL perlu mengembangkan kemampuan berkomunikasi secara efektif dengan anggota kelompok, instruktur, dan pasien. Ini mencakup keterampilan mendengarkan, bertanya, dan berkomunikasi secara tertulis.(Harun et al., 2012; Mulyati Tahisa & Kusumawati, 2020; Setiawan, 2022). Keterampilan komunikasi adalah aspek penting dalam pendidikan keperawatan, terutama dalam pendekatan Problem-Based Learning (PBL). Mahasiswa keperawatan perlu mengembangkan kemampuan ini untuk berinteraksi dengan pasien, tim perawatan, dan rekan seprofesi dengan efektif.(Celia & Gordon, 2001; Fitria et al., n.d.)

3.6 Peran instruktur dalam PBL

Instruktur memainkan peran kunci dalam pendekatan PBL keperawatan. Mereka bertanggung jawab untuk membimbing, mendukung, dan memfasilitasi pembelajaran mahasiswa selama proses PBL. Berikut adalah beberapa peran penting instruktur dalam PBL.

3.6.1 Fasilitasi Pembelajaran

Instruktur berperan sebagai fasilitator pembelajaran dalam PBL. Mereka membantu mahasiswa dalam menjalankan proses pemecahan masalah, merangsang diskusi, dan mengarahkan

pembelajaran ke arah yang tepat. Instruktur harus memastikan bahwa pembelajaran berlangsung secara efisien dan sesuai dengan tujuan pembelajaran (Dolmans et al., 2015).

Fasilitasi pembelajaran adalah peran kunci instruktur dalam pendekatan Problem-Based Learning (PBL) dalam keperawatan. Seorang fasilitator PBL membantu mahasiswa dalam menjalankan proses pemecahan masalah, memfasilitasi diskusi kelompok, dan mendukung pembelajaran yang aktif. Instruktur yang efektif dalam PBL keperawatan memiliki keterampilan dalam mendukung pembelajaran mandiri, memfasilitasi diskusi kelompok, dan membimbing mahasiswa dalam pemecahan masalah klinis. Referensi di atas dapat memberikan wawasan lebih lanjut tentang peran dan praktik yang efektif dalam fasilitasi pembelajaran PBL (Asniyati & Rismawati Kusuma, n.d.; Fitria et al., n.d.; Mulyati Tahisa & Kusumawati, 2020)

3.6.2 Menyediakan Panduan

Instruktur memberikan panduan awal kepada mahasiswa tentang bagaimana melaksanakan PBL, memahami tujuan pembelajaran, dan menavigasi kasus pasien atau masalah klinis. Mereka juga dapat memberikan arahan tentang bagaimana mengembangkan pemecahan masalah dan mencari informasi yang relevan (Savin-Baden & Major, 2004).

Dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) dalam keperawatan, instruktur memainkan peran penting dalam menyediakan panduan kepada mahasiswa. Panduan yang tepat membantu mahasiswa memahami tujuan pembelajaran, merumuskan pemecahan masalah, dan mengembangkan pemahaman mereka tentang masalah klinis yang dihadapi. (Glen, 2000; Zhang, 2014b)

Berikut adalah beberapa poin tentang peran instruktur dalam menyediakan panduan dalam PBL keperawatan:(Zhang, 2014a)

1. Menjelaskan Tujuan Pembelajaran:

Instruktur harus menjelaskan dengan jelas tujuan pembelajaran yang ingin dicapai melalui kasus pasien atau masalah klinis yang diberikan. Hal ini membantu mahasiswa memahami tujuan mereka dalam analisis kasus.

2. Mengarahkan Proses Pemecahan Masalah:

Instruktur dapat memberikan panduan tentang langkah-langkah yang perlu diambil dalam pemecahan masalah. Mereka dapat mengarahkan mahasiswa untuk mengidentifikasi masalah, mengumpulkan informasi relevan, merumuskan diagnosis, merencanakan perawatan, dan mengevaluasi solusi.

3. Memberikan Konteks Klinis: I

Instruktur dapat memberikan konteks klinis yang diperlukan untuk memahami kasus pasien atau masalah klinis. Ini dapat mencakup informasi tentang riwayat pasien, kondisi medis, atau situasi klinis yang relevan.

4. Mendorong Pertanyaan dan Pemikiran Kritis:

Instruktur dapat mendorong mahasiswa untuk mengajukan pertanyaan yang mendalam dan mempertimbangkan berbagai faktor dalam analisis kasus. Hal ini mempromosikan pemikiran kritis dan reflektif.

5. Memberikan Sumber Referensi: I

Instruktur dapat menyarankan sumber-sumber referensi atau bahan bacaan yang relevan yang dapat membantu mahasiswa dalam penelusuran informasi yang diperlukan.

6. Memberikan Umpan Balik Awal:

Instruktur dapat memberikan umpan balik awal terhadap pemikiran atau pemecahan masalah awal yang diajukan oleh mahasiswa. Ini membantu mahasiswa untuk memahami arah yang benar dan mengoreksi jika perlu.

7. Memberikan Umpan Balik (*Feedback*):

Instruktur memberikan umpan balik konstruktif kepada mahasiswa sepanjang proses PBL. Umpan balik ini membantu mahasiswa memperbaiki pemecahan masalah mereka, mengembangkan pemahaman yang lebih baik, dan meningkatkan kemampuan mereka dalam analisis kasus pasien. Umpan balik juga dapat memberikan panduan tentang keterampilan komunikasi dan kolaborasi (Dolmans et al., 2015).

Memberikan umpan balik (*feedback*) adalah salah satu peran penting instruktur dalam pendekatan *Problem-Based Learning* (PBL) dalam keperawatan. Umpan balik yang efektif membantu mahasiswa memahami kekuatan dan area yang perlu diperbaiki dalam pemecahan masalah mereka, serta memberikan arahan untuk pengembangan pemahaman klinis dan keterampilan mereka.

Berikut adalah beberapa poin tentang memberikan umpan balik dalam PBL keperawatan beserta referensi yang relevan:

3.6.3 Pendekatan Positif dan Konstruktif

Umpan balik harus disampaikan dengan pendekatan yang positif dan konstruktif. Instruktur harus memberikan pujian atas aspek yang baik dari pemecahan masalah mahasiswa dan memberikan saran yang membangun untuk perbaikan (Hattie & Timperley, 2007).

1. Spesifik dan Tepat Sasaran:

Umpan balik harus spesifik dan berfokus pada elemen-elemen tertentu dari pemecahan masalah atau pemahaman klinis mahasiswa. Ini membantu mahasiswa untuk mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006).

2. *Timely* (Tepat Waktu):

Umpan balik sebaiknya diberikan sesegera mungkin setelah mahasiswa menyelesaikan tahap analisis atau presentasi kasus. Hal ini memungkinkan mereka untuk memahami umpan balik dalam konteks tugas yang mereka kerjakan (Hattie & Timperley, 2007).

3. Mendukung Pengembangan Keterampilan:

Umpan balik seharusnya tidak hanya berkaitan dengan pemecahan masalah tertentu tetapi juga berkaitan dengan pengembangan keterampilan klinis, pemikiran kritis, dan keterampilan komunikasi mahasiswa (van der Rijt et al., 2015).

4. Dialog dan Diskusi:

Instruktur dapat mengadakan sesi dialog atau diskusi dengan mahasiswa untuk mendiskusikan umpan balik, menjawab pertanyaan, dan memberikan klarifikasi. Ini memungkinkan pertukaran informasi yang lebih dalam (Hattie & Timperley, 2007).

3.6.4 Evaluasi Kinerja Mahasiswa

Instruktur bertanggung jawab untuk mengevaluasi kinerja mahasiswa selama PBL. Ini dapat mencakup penilaian terhadap partisipasi dalam diskusi kelompok, kemampuan pemecahan masalah, pemahaman klinis, keterampilan komunikasi, dan kemampuan berkolaborasi. Evaluasi ini membantu instruktur mengukur pencapaian pembelajaran mahasiswa dan memberikan umpan balik yang tepat (Vernon & Blake, 1993).

Instruktur yang efektif dalam PBL keperawatan memainkan peran penting dalam mendukung pembelajaran mahasiswa, memberikan panduan, memberikan umpan balik, dan mengevaluasi kinerja mereka. Referensi di atas dapat membantu instruktur memahami bagaimana melaksanakan peran mereka dengan baik dalam konteks PBL keperawatan.

3.7 Manfaat PBL dalam Keperawatan

Pendekatan Problem-Based Learning (PBL) dalam keperawatan memiliki banyak manfaat yang telah terbukti dalam mendukung perkembangan mahasiswa dan persiapan mereka untuk praktik keperawatan yang efektif. (Anis Yulastutik, 2010; Fitria et al., n.d.)

3.7.1 Pengembangan keterampilan pemecahan masalah

Dalam PBL, mahasiswa diajak untuk memecahkan masalah klinis yang kompleks. Ini membantu mereka mengembangkan kemampuan pemecahan masalah yang kuat, yang merupakan keterampilan esensial dalam praktik keperawatan (Anis Yulastutik, 2010; Nurhidayah & Hendrawati Fakultas Keperawatan, 2017; Wahyuningsih & Santoso, 2013)(Hmelo-Silver, 2004).

3.7.2 Peningkatan pemahaman klinis

Melalui analisis kasus pasien dan diskusi kelompok, mahasiswa mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang aspek-aspek klinis dan medis dalam praktik keperawatan (Dochy et al., 2003).

3.7.3 Mendorong pembelajaran sepanjang hayat

PBL mendorong mahasiswa untuk menjadi pembelajar sepanjang hayat dengan keterampilan penelusuran informasi, pemikiran kritis, dan kemampuan belajar mandiri yang ditingkatkan (Dolmans et al., 2015).

PBL mendorong kolaborasi dan diskusi kelompok, yang memperbaiki keterampilan komunikasi mahasiswa, termasuk kemampuan berbicara dan mendengarkan (Hmelo-Silver, 2004).

3.7.4 Persiapan untuk praktik keperawatan yang berbasis

PBL mempromosikan keterampilan penelusuran informasi dan analisis kritis, yang penting dalam praktik keperawatan yang berbasis bukti (Thistlethwaite et al., 2012).

3.8 Hasil-hasil positif dari penggunaan PBL

3.8.1 Peningkatan Pemahaman Klinis:

Penggunaan PBL dalam pendidikan keperawatan telah terbukti meningkatkan pemahaman klinis mahasiswa. Mahasiswa belajar melalui pengalaman konkret dalam mengevaluasi dan merawat pasien, yang membantu mereka mengaitkan teori dengan praktik. Berikut ini adalah beberapa cara PBL dapat meningkatkan pemahaman klinis mahasiswa:

1. **Pembelajaran Berbasis Masalah:** Dalam PBL, mahasiswa diberikan kasus-kasus klinis yang mencerminkan situasi nyata di dunia keperawatan. Mereka harus menganalisis kasus tersebut, mencari tahu masalah klinis yang ada, dan mengembangkan rencana perawatan yang sesuai. Ini membantu mereka mengaitkan teori dengan praktik, memungkinkan pemahaman klinis yang lebih baik.

2. Kontekstualisasi Pengetahuan:

Mahasiswa belajar dalam konteks kasus-kasus klinis yang relevan. Mereka memahami bagaimana pengetahuan teoritis dapat diterapkan dalam pengaturan perawatan pasien yang nyata. Ini membantu mereka melihat pentingnya pengetahuan dan keterampilan dalam praktik klinis.

3. Pengalaman Langsung:

Dalam PBL, mahasiswa sering berinteraksi langsung dengan materi pembelajaran melalui analisis kasus dan pemecahan masalah. Mereka menghadapi tantangan klinis seolah-olah mereka sedang merawat pasien secara nyata. Ini menciptakan pengalaman belajar yang kuat.

4. Refleksi dan Diskusi:

Diskusi kelompok yang merupakan bagian integral dari PBL memungkinkan mahasiswa untuk merenungkan pengalaman mereka, berbagi perspektif, dan memahami berbagai pendekatan dalam menangani kasus klinis. Ini dapat memperdalam pemahaman klinis mereka.

5. Kemampuan Pemecahan Masalah:

Mahasiswa PBL dilatih untuk mengidentifikasi masalah klinis dalam kasus, mencari solusi, dan mengambil tindakan. Proses ini membantu mereka mengembangkan pemahaman klinis yang lebih mendalam karena mereka harus memahami penyebab masalah dan implikasi tindakan yang diambil.

6. Penggunaan Sumber Daya Klinis:

Mahasiswa PBL belajar untuk mencari informasi medis dan klinis yang relevan untuk mendukung pemecahan masalah dalam kasus. Ini mengajarkan mereka bagaimana mengakses dan menginterpretasi sumber daya klinis, yang merupakan keterampilan penting dalam praktik keperawatan.

Peningkatan pemahaman klinis melalui PBL tidak hanya memberikan landasan yang kuat untuk praktik keperawatan yang efektif tetapi juga membantu mahasiswa merasa lebih percaya diri dan kompeten ketika mereka terjun ke dunia klinis. Hal ini juga menciptakan pemahaman yang lebih mendalam tentang pentingnya bukti-bukti dalam praktik keperawatan yang berbasis bukti.

3.8.2 Keterampilan Kolaborasi:

PBL memungkinkan mahasiswa berkolaborasi dalam kelompok untuk memecahkan masalah. Ini mengembangkan keterampilan kerja tim yang penting dalam praktik keperawatan, di mana kolaborasi dengan dokter, perawat lain, dan profesional kesehatan lainnya diperlukan. (Naufal Habib et al., n.d.)

Kemampuan Pemecahan Masalah: Mahasiswa yang mengikuti PBL mengembangkan kemampuan pemecahan masalah yang kuat, karena mereka dihadapkan pada situasi-situasi klinis yang kompleks dan diberi tanggung jawab untuk mencari solusi. (Naufal Habib et al., n.d.)

Berikut adalah beberapa cara PBL meningkatkan keterampilan kolaborasi:

1. **Kerja Kelompok:**

Dalam PBL, mahasiswa ditempatkan dalam kelompok untuk menganalisis dan memecahkan masalah klinis. Ini mensimulasikan pengalaman kerja dalam tim kesehatan yang terdiri dari perawat, dokter, ahli farmasi, dan profesional kesehatan lainnya. Mahasiswa belajar untuk bekerja bersama dalam tim untuk mencapai tujuan bersama.

2. **Komunikasi Efektif:**

Diskusi kelompok dalam PBL memerlukan komunikasi yang efektif antara anggota kelompok. Mahasiswa harus belajar untuk menyampaikan ide-ide

mereka, mendengarkan dengan baik, dan memberikan umpan balik secara konstruktif. Keterampilan komunikasi ini sangat berharga dalam kerja tim kesehatan.

3. Pemecahan Masalah Bersama:

Dalam PBL, mahasiswa berkolaborasi untuk mengidentifikasi masalah klinis dalam kasus, mencari solusi, dan merancang rencana perawatan. Mereka belajar untuk berkontribusi secara konstruktif dalam proses pemecahan masalah dan menghormati sudut pandang anggota tim lainnya

4. Keterampilan Komunikasi:

Melalui diskusi kelompok dalam PBL, mahasiswa memperbaiki keterampilan komunikasi mereka. Mereka belajar untuk menyampaikan ide-ide dengan jelas, mendengarkan dengan baik, dan berkomunikasi dengan pasien dan tim kesehatan dengan efektif.

5. Motivasi Belajar yang Berkelanjutan:

PBL mendorong motivasi belajar yang berkelanjutan karena mahasiswa memiliki peran aktif dalam proses pembelajaran. Mereka merasa lebih terlibat dan memiliki kontrol lebih besar atas pembelajaran mereka.

Studi kasus dan penerapan PBL dalam keperawatan tidak hanya membantu mahasiswa mengembangkan keterampilan klinis yang kuat tetapi juga mempersiapkan mereka untuk praktik yang efektif dan berbasis bukti. Hasil positif ini mendukung efektivitas PBL dalam pendidikan keperawatan.(Harun et al., 2012)

3.9 Rekomendasi untuk Implementasi PBL yang Sukses dalam Keperawatan

Peningkatan pemahaman klinis adalah salah satu hasil positif yang signifikan dari penggunaan Problem-Based Learning (PBL) dalam pendidikan keperawatan. (Harun et al., 2012; Putri & Sumartini, 2021)

Berikut ini adalah beberapa cara PBL dapat meningkatkan pemahaman klinis mahasiswa:

1. Pembelajaran Berbasis Masalah:

Dalam PBL, mahasiswa diberikan kasus-kasus klinis yang mencerminkan situasi nyata di dunia keperawatan. Mereka harus menganalisis kasus tersebut, mencari tahu masalah klinis yang ada, dan mengembangkan rencana perawatan yang sesuai. Ini membantu mereka mengaitkan teori dengan praktik, memungkinkan pemahaman klinis yang lebih baik.(Baker, 2000; Jeon et al., 2021; Putri & Sumartini, 2021)

2. Kontekstualisasi Pengetahuan:

Mahasiswa belajar dalam konteks kasus-kasus klinis yang relevan. Mereka memahami bagaimana pengetahuan teoritis dapat diterapkan dalam pengaturan perawatan pasien yang nyata. Ini membantu mereka melihat pentingnya pengetahuan dan keterampilan dalam praktik klinis.(Baker, 2000; Zhang, 2014c)

3. Pengalaman Langsung:

Dalam PBL, mahasiswa sering berinteraksi langsung dengan materi pembelajaran melalui analisis kasus dan pemecahan masalah. Mereka menghadapi tantangan klinis seolah-olah mereka sedang merawat pasien secara nyata. Ini menciptakan pengalaman belajar yang kuat.(Baker, 2000; Jeon et al., 2021)

4. Refleksi dan Diskusi:

Diskusi kelompok yang merupakan bagian integral dari PBL memungkinkan mahasiswa untuk merenungkan pengalaman mereka, berbagi perspektif, dan memahami berbagai pendekatan dalam menangani kasus klinis. Ini dapat memperdalam pemahaman klinis mereka.(Baker, 2000; Ehrenberg & Häggbloom, 2007; Jeon et al., 2021)

5. Kemampuan Pemecahan Masalah:

Mahasiswa PBL dilatih untuk mengidentifikasi masalah klinis dalam kasus, mencari solusi, dan mengambil tindakan. Proses ini membantu mereka mengembangkan pemahaman klinis yang lebih mendalam karena mereka harus memahami penyebab masalah dan implikasi tindakan yang diambil.(Thabet et al., 2017; Zhang, 2014c)

6. Penggunaan Sumber Daya Klinis:

Mahasiswa PBL belajar untuk mencari informasi medis dan klinis yang relevan untuk mendukung pemecahan masalah dalam kasus. Ini mengajarkan mereka bagaimana mengakses dan menginterpretasi sumber daya klinis, yang merupakan keterampilan penting dalam praktik keperawatan.(Mulyati Tahisa & Kusumawati, 2020)

Peningkatan pemahaman klinis melalui PBL tidak hanya memberikan landasan yang kuat untuk praktik keperawatan yang efektif tetapi juga membantu mahasiswa merasa lebih percaya diri dan kompeten ketika mereka terjun ke dunia klinis. Hal ini juga menciptakan pemahaman yang lebih mendalam tentang pentingnya bukti-bukti dalam praktik keperawatan yang berbasis bukti. (Ehrenberg & Häggbloom, 2007; Fitriana et al., 2017)

3.10 Kesimpulan

Pendidikan keperawatan yang efektif dan relevan membutuhkan metode pembelajaran yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan praktik keperawatan yang terus berubah. *Problem-Based Learning* (PBL) adalah pendekatan pembelajaran yang menekankan pada pemecahan masalah, kolaborasi, dan penggunaan bukti ilmiah dalam konteks perawatan klinis.

Berikut adalah beberapa poin penting yang dapat diambil sebagai kesimpulan dari pembahasan sebelumnya:

1. **Pengenalan PBL dalam Keperawatan:**
PBL adalah metode pembelajaran yang menekankan pada pemecahan masalah, kolaborasi, dan pembelajaran berbasis masalah dalam pendidikan keperawatan.
2. **Tujuan PBL dalam Pendidikan Keperawatan:**
Tujuan PBL termasuk pengembangan keterampilan pemecahan masalah, pemahaman klinis yang mendalam, keterampilan komunikasi yang baik, dan kesiapan untuk praktik keperawatan berbasis bukti.
3. **Sejarah Perkembangan PBL:**
PBL telah berkembang seiring waktu dan menjadi metode pembelajaran yang diterima dengan baik dalam pendidikan keperawatan.
4. **Prinsip-Prinsip Dasar PBL:**
Prinsip-prinsip dasar PBL mencakup pembelajaran berbasis masalah, pembelajaran aktif dan kolaboratif, pemecahan masalah sebagai fokus utama, dan pendorong motivasi belajar.
5. **Langkah-Langkah PBL dalam Keperawatan:**
Langkah-langkah PBL melibatkan identifikasi masalah atau kasus, pembentukan kelompok belajar, penentuan masalah utama, pencarian informasi, analisis informasi dan diskusi,

pembentukan rencana perawatan atau solusi, serta evaluasi dan refleksi.

6. Peran Mahasiswa dalam PBL:

Mahasiswa memiliki peran penting dalam PBL, termasuk pembelajaran mandiri, kerjasama dalam kelompok, aktivitas penelusuran informasi, kemampuan pemecahan masalah, dan keterampilan komunikasi.

7. Peran Instruktur dalam PBL:

Instruktur berperan sebagai fasilitator pembelajaran, penyedia panduan, pemberi umpan balik, dan evaluator kinerja mahasiswa.

8. Manfaat PBL dalam Keperawatan:

PBL dapat memberikan manfaat seperti pengembangan keterampilan pemecahan masalah, peningkatan pemahaman klinis, mendorong pembelajaran sepanjang hayat, peningkatan keterampilan komunikasi, dan persiapan untuk praktik keperawatan berbasis bukti.

9. Pendekatan Berbasis Bukti:

Integrasi pendekatan berbasis bukti dalam PBL membantu mahasiswa memahami pentingnya mengintegrasikan pengetahuan berbasis bukti dalam praktik keperawatan.

10. Kontinuitas Dukungan Institusi:

Dukungan institusi yang berkelanjutan adalah penting untuk menjaga keberlanjutan PBL dalam pendidikan keperawatan.

PBL adalah metode pembelajaran yang berfokus pada pembelajaran yang aktif, kolaboratif, dan berbasis masalah, yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan praktik keperawatan. Dengan implementasi yang baik dan dukungan yang berkelanjutan, PBL dapat menjadi alat yang efektif dalam persiapan mahasiswa keperawatan untuk praktik yang kompeten dan berkinerja tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anis Yuliasutik. (2010). *Penerapan Model Pembelajaran Problem Based Learning Untuk Meningkatkan Motivasi*.
- Asniyati, & Rismawati Kusuma, N. (n.d.). Penerapan Model Problem Based Learning Untuk Meningkatkan Keaktifan Dan Hasil Belajar Siswa. *Jurnal Pendidikan Dan Profesi Keguruan*, 1(2), 136–147.
- Baker, C. M. (2000). Problem-based learning for nursing: Integrating lessons from other disciplines with nursing experiences. *Journal of Professional Nursing*, 16(5), 258–266. <https://doi.org/10.1053/JPNU.2000.9461>
- Celia, L. M., & Gordon, P. R. (2001). Critical Thinking Orientation Problem-Based Learning Using Problem-Based Learning To Promote Critical Thinking In An Orientation Program For Novice Nurses C CE E. *Journal for Nurse in Staff Development*, 17(1), 1219. <http://www.nursingcenter.com>
- Chen, J. Y. (2011). Problem-based learning: Developing resilience in nursing students. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 27(6), 230–233. <https://doi.org/10.1016/J.KJMS.2010.11.005>
- Ehrenberg, A. C., & Häggblom, M. (2007). Problem-based learning in clinical nursing education: Integrating theory and practice. *Nurse Education in Practice*, 7(2), 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2006.04.005>
- Fitria, Y., Yetti, R., Amini, R., & Eliyasni, R. (n.d.). *Effectiveness of Problem Based Learning for Improving Motivation and Critical Thinking Skills*. www.ijicc.net
- Fitriana, P., Susanti, E., Lisiswanti, R., Soleha, T. U., & Saputra, O. (2017). *Putri Fitriana Eka Susanti/Hubungan Kualitas Skenario Terhadap Keefektifan Diskusi Problem-Based*

Learning (PBL) Blok Emergency Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung Medulla|Volume 7|Nomor 4|November.

Glen, S. W. (2000). *Problem-based Learning in Nursing*.

Harun, N. F., Yusof, K. M., Jamaludin, M. Z., & Hassan, S. A. H. S. (2012). Motivation in Problem-based Learning Implementation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 56, 233–242.
<https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2012.09.650>

Hidayati, R. M., & Wagiran, W. (2020). Implementation of problem-based learning to improve problem-solving skills in vocational high school. *Jurnal Pendidikan Vokasi*, 10(2).
<https://doi.org/10.21831/jpv.v10i2.31210>

Hugo-Van Dyk, L., Botma, Y., & Raubenheimer, J. E. (2022). Confirmation of an instrument monitoring quality of nursing student accompaniment. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 17.
<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100477>

Jeon, J., Park, S., & Sala, A. (2021). *Self-Directed Learning versus Problem-Based Learning in Korean Nurse Education: A Quasi-Experimental Study*.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9121763>

Jesus, Â., & Gomes, M. J. (n.d.). *Case-Studies, Problem Based Learning and Simulations in Biomedical Teaching-A Literature Review Aprendizagem Baseada EM Casos, Problemas e Simulações No Ensino DAS Profissões Biomédicas-Uma Revisão DA Literatura*. 5(1), 2013.
<http://www.eduser.ipb.pt>

Merritt, L. G. (2001). Exercise compliance and the gym ball: a case study. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 45(4), 221–224.

- Mulyati Tahisa, O. ;, & Kusumawati, W. (2020). Pengaruh problem based learning (PBL) terhadap proses penalaran klinis pada mahasiswa keperawatan: literature review. *Journal of TSCNers*, 5(1), 2503–2453.
<http://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCNers>
 76
- Musiana. (2013). Problem Based learning (PBL) dalam Upaya Meningkatkan Hasil Belajar dan Pemahaman Mahasiswa Keperawatan terhadap Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. *Jurnal Keperawatan*, IX(1), 43–48.
- Naufal Habib, A., Martha Indria, D., & Firmansyah, M. (n.d.). *Pengaruh Proses Pembelajaran Mandiri dan Kolaboratif dalam Problem Based Learning (PBL) Terhadap Performa Akademik Berbentuk Indeks Prestasi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran*.
- Nurhidayah, I., & Hendrawati Fakultas Keperawatan, S. (2017). Perspektif Mahasiswa mengenai Problem-Based Learning (PBL) Student Perspective on Problem-Based Learning (PBL). In *JKP* (Vol. 5).
- Pratiwi, V. D., & Wuryandani, W. (2020). Effect of Problem Based Learning (PBL) Models on Motivation and Learning Outcomes in Learning Civic Education. *JPI (Jurnal Pendidikan Indonesia)*, 9(3), 401.
<https://doi.org/10.23887/jpi-undiksha.v9i3.21565>
- Putri, S. T., & Sumartini, S. (2021). Integrating Peer Learning Activities and Problem-Based Learning in Clinical Nursing Education. *SAGE Open Nursing*, 7.
<https://doi.org/10.1177/23779608211000262>
- Servant, V. F. C., & Schmidt, H. G. (2016). Revisiting 'Foundations of problem-based learning: some explanatory notes.' *Medical Education*, 50(7), 698–701.
<https://doi.org/10.1111/medu.12803>

- Setiawan, I. (2022). PEMBELAJARAN BERBASIS PROBLEM BASED LEARNING (PBL) DALAM MENINGKATKAN KETERAMPILAN BERPIKIR KRITIS DI ERA SDGs. *Jurnal Sains Edukatika Indonesia (JSEI)*, 4(1), 12–16.
- Thabet, M., Taha, E. E.-S., Abood, S. A., & Morsy, S. R. (2017). The effect of problem-based learning on nursing students' decision making skills and styles. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(6), 108. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n6p108>
- Wahyuningsih, I. S., & Santoso, A. (2013). *Pengalaman Mahasiswa S1 Keperawatan Dalam Metode Pembelajaran Problem Based Learning*.
- Zhang, W. (2014a). Problem Based Learning in Nursing Education. *Advances in Nursing*, 2014, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2014/125707>
- Zhang, W. (2014b). Problem Based Learning in Nursing Education. *Advances in Nursing*, 2014, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2014/125707>
- Zhang, W. (2014c). Problem Based Learning in Nursing Education. *Advances in Nursing*, 2014, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2014/125707>

BAB 4

TEKNOLOGI UNTUK PENGAJARAN KLINIS

Oleh Frana Andrianur

4.1 Pendahuluan

Teknologi merupakan hal yang penting khususnya profesional kesehatan baik kedokteran, keperawatan ataupun profesional lainnya, alat digital dan peralatan untuk memfasilitasi kebutuhan dirancang sedemikian rupa untuk membantu memudahkan (Maryville University, 2023). Istilah teknologi cenderung di reduksi dan disederhanakan, hal ini dikarenakan banyak dimaknai dangkal, hal ini diakibatkan dilihat hanya sebatas peralatan fisik saja (Yaumi, 2018).

Tuntutan penggunaan teknologi dalam pembelajaran merupakan bagian yang tidak bisa terpisahkan saat ini, terlebih pada saat terjadinya Pandemi covid 19 membuat kita semakin sadar akan kebutuhan teknologi dalam pembelajaran, sehingga berbagai strategi dilakukan yang disusun dalam program pengajaran yakni aspek pengetahuan, sikap atau perilaku dan keterampilan klinis (Yustisiani, Felaza and Soemantri, 2023).

4.2 Teknologi untuk pengajaran klinis

Teknologi pengajaran klinis merupakan pembelajaran dilingkungan klinis yang mengacu pada penggunaan alat dan sumber daya teknologi dalam proses pengajaran. Teknologi

informasi dalam adopsi kemungkinan bisa memiliki hambatan seperti kurangnya keterampilan , biaya mahal, perlu petunjuk atau alur, masalah keamanan dan waktu, tetapi ini juga dalam pelaksanaannya memiliki manfaat daripada kekurangan yang sepadan dengan waktu dan komitmen (Hoover, 2017).

4.2.1 Pengertian

Teknologi pembelajaran merupakan suatu proses yang berarti seluruh komponen harus dikelola dalam suatu sistem yang bertujuan menyelesaikan masalah yang dihadapi dalam proses pembelajaran (Yaumi, 2018).

4.2.2 Metode Teknologi Pembelajaran Klinis

Perkembangan teknologi berkembang pesat di berbagai sektor termasuk kesehatan dan pendidikan keperawatan, sehingga metode konvensional masih terasa kurang dan membutuhkan metode pengajaran klinis yang inovatif untuk meningkatkan kompetensi mahasiswa yaitu:

1. *Virtual Learning Reality*

Virtual reality (VR) dalam pendidikan keperawatan bisa di gunakan dalam disiplin praktik, hal ini dapat membuat mahasiswa antusias dengan penerapan metode ini (Aini, Widiasih and Platini, 2023; Hasibuan and Siregar, 2023), hal ini juga mendasari karena pelatihan praktik klinik tidak bisa diulang kembali, sehingga penerapan ini bisa dilakukan sebagai penerapan teoritis dalam praktik klinik (Hasibuan and Siregar, 2023).

Virtual Reality menawarkan realitas tiga dimensi dari teknologi digital oleh komputer, yang memiliki keuntungan yaitu hemat, biaya praktis yang memungkinkan penonton melihat realitas (3D) serta bisa terlibat secara interaktif dari pesan-pesan informasi sensorik (visual, pendengaran, gerak dan lain-lain) yang membantu pengguna memiliki

pengalaman seperti kehidupan nyata (Hasibuan and Siregar, 2023). Berdasarkan hasil penelitian bahwa VR berpengaruh terhadap kesiapan praktikum secara menyeluruh, dari 68 mahasiswa perawat melakukan *suction* selama 20 menit dapat mengikuti dan menyelesaikan simulasi yang di rencanakan (Aini, Widiasih and Platini, 2023).



Penerapan simulasi 3D virtual reality di program sarjana keperawatan, dengan menggunakan software perangkat lunak dari Oxford Medical Simulasi

Gambar 4.1. Penerapan simulasi 3D virtual reality

Sumber: <https://healthsciences.utulsa.edu/wp-content/uploads/sites/9/2021/09/Vanderweele.jpg>

2. *E- Learning dan online platform*

Penggunaan manajemen pembelajaran *online* (LMS) dan platform *e-learning* memungkinkan siswa mengakses materi pembelajaran dari jarak jauh, adapun *online platform* digunakan terkait topik klinis seperti menyampaikan konten didaktik, kuis, dan tugas. *E-learning* ini mengacu pada komputer dan teknologi, serta secara elektronik dan dalam format digital (menggunakan komputer dan internet), metode ini merupakan juga bisa sebagai pelengkap pengajaran jarak jauh tatap muka dari pendidikan jarak jauh yang bisa digunakan oleh pengajar dimana guru dan siswa

tidak bertemu secara langsung (Doherty and McKimm, 2010).

Pembelajaran *online* semakin populer termasuk keperawatan, khususnya pada saat pandemi COVID -19 membuat tantangan inovasi dalam teknologi serta platform yang disediakan bagi profesional keperawatan, dengan metode ini siswa dapat tumbuh belajar dengan orang lain dibanding dengan pembelajaran tradisional terdiri dari tatap muka dengan teman sebayanya dan mampu berpartisipasi dalam percakapan langsung, sedangkan seperti kursus *online*.

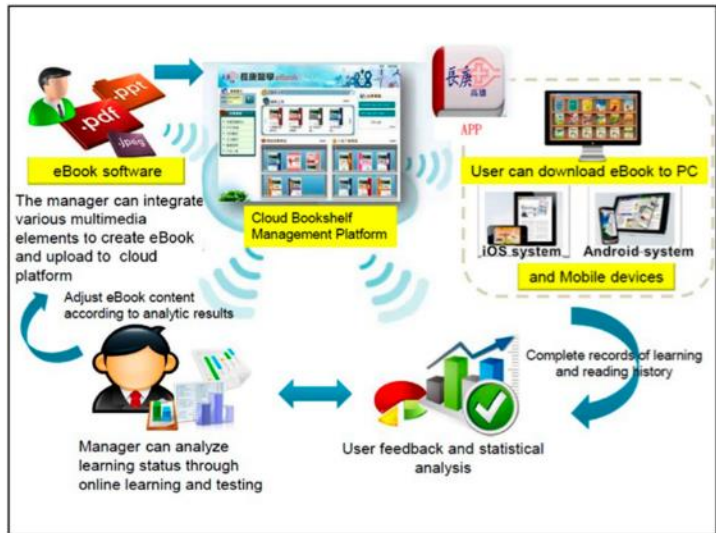


Gambar 4.2. Pembelajaran Online

Sumber: https://www.ahu.edu/sites/default/files/styles/fc_800x533/public/media/1200531348376222.fingjhh0q14k6eomtbe9_height640.png?h=4c1fc98e&itok=6AXW6iL-

Interaksi dalam lingkungan online bisa dilakukan dengan rekan siswa dan dosen, penelitian pengajaran konvensional di tambah eBook multimedia interaktif terbukti meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri ketika menghadapi pasien dalam kinerja keterampilan klinis dari 50 siswa yang diajar secara konvensional ditambah eBook multimedia interaktif untuk pembelajaran skill klinik (Hsiao, Liu and Hsiao, 2020). Pembimbing klinik (*clinical teachers*) memungkinkan akses e-learning yang memberikan manfaat

dan peluang besar ketika pembelajaran tatap muka sulit dilakukan (Doherty and McKimm, 2010)



Gambar 4.3. Pembentukan rak manajemen cloud platform.

Sumber : https://www.mdpi.com/healthcare/healthcare-08-00500/article_deploy/html/images/healthcare-08-00500-g002-550.jpg

3. *Electronic Health Records (EHRs)*

EHR sistem adalah alat yang penting bagi mahasiswa untuk belajar dalam pembelajaran klinis, sistem ini akan memberikan informasi tentang data dokumentasi kesehatan pasien berbasis kertas di konversi dalam teknologi ke catatan elektronik kesehatan (American Nurses Assosiation, 2009), versi *online record forms* pasien ini akan memberikan kemudahan antara pasien dan profesional medis tentang informasi riwayat kesehatan secara cepat dan mudah saat akses (SCITexasEdu, 2020).

Manfaat utama dari EHRs ini salah satunya mengurangi kejadian kesalahan pengobatan (*medication errors*) akibat 60 % kesalahan pengobatan akibat tulisan tangan yang tidak

jelas, yang dalam faktanya dengan sistem *electronic health records* mengurangi kejadian 52% (Hoover, 2017). EHRs ini dirancang dengan integrasi sistem scan barcode teknologi untuk obat yang akan diberikan, sehingga saat memindai terjadinya kesalahan alat akan memberikan peringatan adanya satu masalah (Hoover, 2017).

Perawat sebagai lini terdepan dalam perawatan pasien, sebaiknya harus dilibatkan dalam diskusi, bagaimana tata kerja, diberikan pelatihan dalam penggunaan EHRs sehingga akan meningkatkan kepuasan perawat yang berdampak pada perawatan pasien, dokumentasi keperawatan dan tercapainya tujuan keperawatan (Hoover, 2017).



Contoh: Penerapan EHR dalam praktik klinis yang berguna untuk mempersiapkan mahasiswa untuk pembelajaran ujian seperti NCLEX dengan memberikan paparan grafik dan hal-hal yang penting dalam pembelajaran.

Gambar 4.4. EHR SIM untuk mahasiswa keperawatan

Sumber:<https://assets.contenthub.wolterskluwer.com/api/public/content/bf39a174a0f84bf9a0392e509c734673?v=5b14135b&t=w854l>

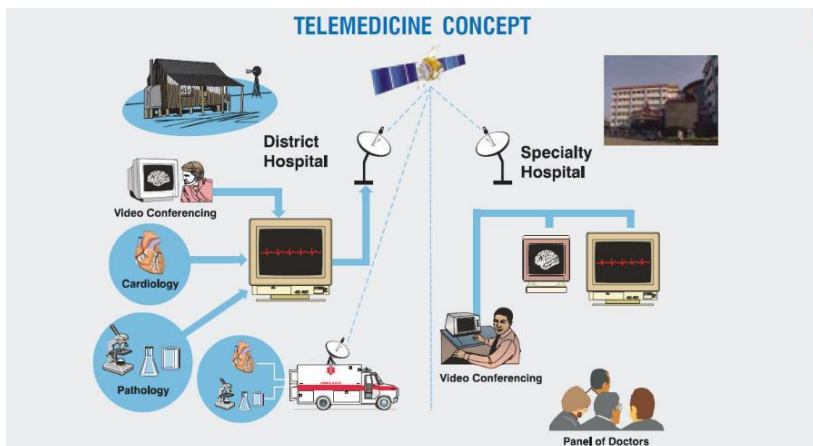
Teknologi EHR berdasarkan Maryville University (2023) memiliki berbagai keuntungan sebagai teknologi keperawatan untuk membantu pasien seperti:

- a. membantu dalam pengkajian seseorang, ketika pasien datang ke rumah sakit kita bisa menggunakan teknologi ini untuk bertanya tentang gejala pasien, meninjau informasi kondisi fisik dalam catatan kesehatan, serta membuat diagnosis berdasarkan hasil temuan,
- b. mengurangi sedikit kesalahan dan lebih sedikit dari birokrasi akibat dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya menggunakan pencatatan dalam tidak dalam format elektronik seperti catatan kertas yang mudah rusak, hilang yang membuat timbulnya kesalahan atau pun multi tafsir (Maryville University, 2023). Menggunakan sistem EHR akan mengurangi panjangnya proses birokrasi yang berhubungan dengan *collecting* data dan transfer pada *healthcare records*, melalui EHR akan memberikan kemudahan cepatnya untuk transfer, mengetahui riwayat kesehatan segera tanpa menunggu kabar dari klinik atau dokter,
- c. Penerapan EHR sebelum adanya teknologi seluler memiliki keterbatasan yang hanya bisa di akses seperti klinik untuk mengakses catatan mereka, dalam rekaman data dan dijaga kerahasiaannya yang disimpan dalam satu atau beberapa lokasi (Maryville University, 2023). Sekarang teknologi EHR ini terbantu oleh munculnya internet dan perangkat seluler, sehingga sekarang EHR dapat di akses mereka ketika ingin meninjau resep dan catatan dokter melalui laptop ataupun komputer mereka sendiri, serta informasi ini dengan mudah ditransfer menggunakan teknologi seluler (Maryville University, 2023).

4. *Telemedicine* atau *Telehealth*, dan *Telenursing* atau *telehealth nursing*

Semakin pentingnya layanan kesehatan salah satunya dengan layanan kesehatan jarak jauh, serta pengajaran klinis yang sekarang mencakup platform secara virtual yaitu telemedis (*telemedicine*) dan praktik yang terbaik saat interaksi dengan pasien. Layanan *telemedicine* merupakan merupakan aplikasi berbasis rumah sakit yang naik daun terutama saat pandemi, sehingga perbedaannya dengan konvensional bahwa pasien dan dokter berada di ruang berbeda dan mereka terhubung dengan teknologi komunikasi (Unimedika Hospitals, 2022). Contoh layanan ini yaitu mengetahui luka pasien ataupun transmisi foto kondisi kesehatan, pesan teks, telepon atau video conference tentang kondisi setelah operasi, mengetahui suara jantung ataupun setelah operasi melalui pengiriman data (transmisi (Unimedika Hospitals, 2022).

Keperawatan juga dikembangkan teknologi yang dapat membantu meningkatkan pelayanan keperawatan, salah satunya konsultasi secara virtual dengan perawat (*telenursing*) yang diberikan secara jarak jauh melalui teknologi komunikasi sehingga akan bermanfaat sebagai koordinasi pelayanan kesehatan antar perawat dan tenaga kesehatan profesional (Iwe, 2021). Pentingnya konsep telenursing dalam kurikulum merupakan hal penting sebagai penyedia layanan kesehatan, hal ini terbukti dari peserta magang keperawatan mayoritas memiliki persepsi positif, serta di masa depan layanan yang aman dan kompeten dalam lingkungan yang sangat teknis dan digital (Poreddi *et al.*, 2021).



Gambar 4.5. Konsep Telemedicine

Sumber: https://2.bp.blogspot.com/-zV9XezoQKLM/WR-xUNABesI/AAAAAAAAAAZo/epAYAv6j_54gAserKC0Rs3VK2Vv5TR-QCEw/s1600/untitled-1.jpg

Penyelenggaraan telenursing di Indonesia masih sangat minimal kata Guru Besar Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran “Prof. Henny Suzzana Mediani, M.Ng., PhD”, bisa di artikan bahwa telenursing sebagai proses pemberian layanan kesehatan, manajemen dalam memberikan asuhan keperawatan, serta dalam pelayanan kesehatan sebagai koordinasi antar perawat dan profesional tenaga kesehatan (Hendriyana, 2021). “Dengan telenursing ini merupakan alternative care dan integrative care yang bisa dilakukan. Jadi nanti bisa ada link antara rumah sakit dengan puskesmas, dengan masyarakat, serta telenursing bisa sebagai salah satu model asuhan keperawatan dalam kurikulum pendidikan tinggi keperawatan” kata Prof. Henny (Hendriyana, 2021).



Gambar 4.6. Telenursing dalam keperawatan

Sumber:

<https://2.bp.blogspot.com/-rOOpDouyciw/Wf-b6ragw6I/AAAAAAAAAS8/SXtrjTyKgckb0KtPUsa2xsJSwjwObOekACLcBGAs/s1600/telehealthExt10302013.jpg>

5. *Data Analytics and Artificial Intelligence (AI)*

Semua pekerjaan dilakukan secara fisik dan sangat memakan waktu sebelum adanya teknologi kecerdasan buatan (AI), perkembangan kemajuan teknologi AI dan merupakan satu inovasi yang bisa kita lakukan apapun membuat setiap pekerjaan akan lebih nyaman, efisien hanya dengan suara, sentuhan, dan gerakan (Angelica, 2022).

Alat bantu analisis buatan dan AI ini semakin banyak digunakan dalam pengambilan keputusan, diagnosis, dan perencanaan perawatan berbasis data, sehingga ini adalah hal yang penting bagi profesional kesehatan memahami teknologi ini. Teknologi AI memiliki potensi yang bisa mengubah industri seluruh dunia yang secara radikal bisa di bayangkan teknologi ini menganalisis data kunjungan pasien ke klinik, obat yang diresepkan, tes laboratorium, dan prosedur yang dilakukan, serta data di luar sistem kesehatan (Stanford University, 2023).

Penyedia AI akan merancang layanan kesehatan dan melibatkan profesional bidang ilmu komputer, penawaran ini merupakan implementasi kolaborasi antar disiplin (Stanford University, 2023). AI ini merupakan pendukung dalam keputusan klinis, meningkatkan keakuratan dan keamanan pasien, teknologi ini melakukan kegiatan-kegiatan seperti melakukan kalkulasi data yang besar untuk membuat perhitungan melampaui yang sebelumnya dilakukan manusia (Nursing Times, 2022).

Robot dengan kecerdasan buatan dikembangkan untuk menjalankan fungsi keperawatan, sehingga perawat perlu pelatihan dan dukungan agar percaya diri dalam menggunakan alat kecerdasan ini, serta bagaimana berperan serta menganjurkan keterlibatan pasien dengan adanya pengembangan teknologi ini (Nursing Times, 2022). Saat yang sama pengembangan teknologi seperti robotika dan AI berdampak pada cara pemberian perawatan dan layanan kesehatan (Maryville University, 2023). Kecerdasan dari teknologi AI ini dalam bidang obat-obatan dapat melakukan dengan tepat dan mencapai terobosan dalam hitungan minggu dibandingkan manusia yang meneliti yang memerlukan waktu bertahun-tahun.



Gambar 4.7. *Artificial Intelligence (AI)*

Sumber: https://online.stanford.edu/sites/default/files/styles/widescreen_large/public/2020-08/artificial-intelligence-in-healthcare-MAIN.jpg?itok=C8gcXlgx

Dalam bidang pelayanan kesehatan artificial intelligence (AI) dengan pengobatan preventif dan ditemukan substansi obat baru, serta dalam perawatan yang tepat bagi pasien kanker dengan cara AI dan IBM Watson melakukan analisis pada bigdata untuk menentukan ketepatan perawatan pasien dengan abnormalitas genetik (CSU Global, 2021; Angelica, 2022).

6. *Research and Evidence-Based Practice*

Teknologi yang mendukung mahasiswa agar bisa mengakses dan evaluasi secara kritis diperlukan dukungan tentang bagaimana perkembangan terkini, *evidence based practice* (EBP) ini menghasilkan rekomendasi dan praktik klinis yang lebih konsisten di seluruh layanan kesehatan (Rosyidah and Prasetyani, 2017). Pemberian keperawatan berdasarkan penelitian dan pengetahuan terkini ini adalah merupakan metode lebih baik daripada metode tradisional, adanya saran dari kolega, atau keyakinan pribadi, dalam melakukan EBP ini dalam keperawatan terdiri dari: 1) Pengumpulan data, pemrosesan serta penerapan temuan dari hasil penelitian untuk meningkatkan praktik klinis dan hasil yang diharapkan dari pasien, 2) EBP ini akan lebih terfokus bagaimana melakukan perawatan holistik yang sesuai dengan kebutuhan pasien secara individual (ANA, 2023).



Gambar 4.8. *Evidence-based practice*

Sumber:

https://www.britishjournalofnursing.com/media/xjfn1myl/ado_bestock_213841680.jpg?width=960&height=540&format=webp&quality=80&bgcolor=White&rnd=132784198277970000

Fenomena global EBP merupakan praktik terbaik, kualitas perawatan akan meningkat, sehingga di perlukan pendekatan dalam praktik (BJN, 2021). Pendekatan inovatif merupakan tantangan dalam penerapannya untuk mendukung perawat baik di institusi akademis maupun di tempat praktik, sebagai contoh penerapan ini pada konteks COVID-19 untuk memastikan praktik berbasis bukti (EBP) ini sebelum penerapannya yang mendesak diperlukan penilaian yang ketat dari hasil telaah sebelum diterapkan ke tatanan klinik, hal ini memberikan kontribusi pengembangan profesi yang semakin otonom dalam pengambilan keputusan dan dalam kontribusinya yang signifikan untuk memaksimalkan hasil yang menguntungkan bagi pasien (BJN, 2021).

Keuntungan dari penerapan *evidence based practice* (EBP) adalah (ANA, 2023):

- 1) Mendukung hasil positif dari pasien,
- 2) Mencegah komplikasi dan mengurangi biaya perawatan,
- 3) Peningkatan ilmu keperawatan,
- 3) Memastikan relevansi pada saat praktik klinik keperawatan dengan intervensi ataupun protokol baru
- 4) Memungkinkan penggabungan teknologi baru ke dalam praktik perawatan kesehatan
- 5) Menyediakan dukungan ilmiah dari berbagai penelitian, sehingga keputusan bersama dapat diterapkan dalam perencanaan keperawatan
- 6) Pemikiran kritis akan meningkat
- 7) Pembelajaran seumur hidup

Peningkatan pada hasil belajar mahasiswa bahwa EBP telah terbukti meningkatkan kejelasan belajar mahasiswa 32 %, guru bisa memberikan permodelan, mengecek pemahaman serta memberikan umpan balik yang spesifik, tepat waktu serta fokus

Penulis berpendapat bahwa *evidence based practice* merupakan pendekatan dalam pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan pengetahuan ilmiah terkini, pengalaman klinis, dan preferensi pasien dalam pengambilan keputusan, dampak yang bisa dihasilkan dari EBP ini bertujuan meningkatkan kualitas, efektivitas, dan efisiensi pelayanan kesehatan dengan mengurangi variasi praktik dan mengoptimalkan hasil yang diharapkan.

7. Peralatan yang bisa dipakai (*Wearable Devices*)

Wearable devices seperti jam tangan pintar (*smartwatches*) dan kebugaran dapat digunakan dalam pengajaran klinis untuk memantau tanda-tanda vital, melacak aktivitas fisik, dan mengumpulkan data kesehatan,

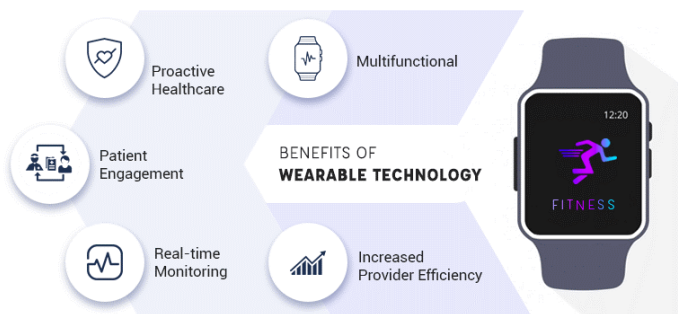
Pengajar bisa menggunakan perangkat ini untuk memantau pasien jarak jauh dan interpretasi data.

Teknologi kesehatan yang canggih terkesan mahal atau hanya digunakan di ruang rawat oleh tenaga medis, teknologi keperawatan dan perawatan kesehatan yang inovatif telah dikembangkan dan digunakan, meskipun teknologi telah dikembangkan sepanjang abad ke-21 seperti Fitbits dan Apple Watches mereka mendapatkan popularitas luas tahun 2010-an (Maryville University, 2023).



Gambar 4.9. *Wearable devices*

Sumber: https://mobisoftinfotech.com/resources/wp-content/uploads/2018/05/wearable_technology_healthcare_blog-mobisoft_infotech.png



Gambar 4.10. *Keuntungan Teknologi Wearable devices*

Sumber: https://mobisoftinfotech.com/resources/wp-content/uploads/2018/05/benefits_wearable_technology_healthcare.png

Teknologi *wearable devices* menyentuh pada banyak area terutama keuntungan pada bidang kesehatan dengan berbagai pengembangan dengan kemudahan dengan dikenakan di rumah sakit, dan klinik memberikan manfaat antara lain (Sinhasane, 2018):

- 1) Mendukung proaktif dalam kesehatan, manfaat teknologi *wearable devices* dikenakan dapat sebagai deteksi awal dengan cara mendeteksi masalah pada orang yang sudah rentan terhadap masalah kesehatan.
- 2) Membuat pasien dengan kesehatan mereka sendiri karena menggunakan teknologi ini, pengguna dapat memantau secara terus-menerus tentang informasi yang terkait kondisi kesehatan mereka dari waktu ke waktu secara terus menerus.
- 3) Menjalankan banyak fungsi yang berbeda-beda secara kontinyu, khusus penggunaan medis dikembangkan.
- 4) Bagi penyedia kesehatan *wearable devices* bisa untuk memonitor bisa untuk memonitor data pasien dengan periode waktu yang lama, dan profesional medis dengan data ini membantu diagnosis akan lebih akurat.
- 5) Bisa memantau pada pasien yang rentan, pada pasien dengan risiko tidak serious cukup di rumah sakit, serta bisa digunakan di rumah untuk meyakinkan masalah tidak terjadi.
- 6) Meningkatkan perawatan dan kepuasan pasien, profesional kesehatan bisa mengakses informasi kritis dan meningkatkan pengambilan keputusan. Contoh yang kita bisa melihat gambaran vital dan informasi relevan dari kaca mata pintar (*smart glasses*) selama prosedur pembedahan tanpa mengalihkan pandangan dari pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, F. H. Q., Widiasih, R. and Platini, H. (2023) 'Nursing Students' Practicum Readiness Using Virtual Learning Reality: A Pre-Experimental One Group Study', *Journal of Nursing Care*, 6(1). doi: 10.24198/jnc.v6i1.44334.
- American Nurses Assosiation (2009) *Electronic Health Record*, American Nurses Assosiation (ANA). Available at: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/electronic-health-record/> (Accessed: 16 October 2023).
- ANA (2023) *What Is Evidence-Based Practice in Nursing?*, American Nurses Assosiation (ANA). Available at: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/evidence-based-practice-in-nursing/> (Accessed: 18 October 2023).
- Angelica, C. (2022) *Peran Artificial Intelligence dalam Bidang Kesehatan*, Binus University. Available at: <https://student-activity.binus.ac.id/himstat/2022/06/22a21/>.
- BJN (2021) *Addressing the current challenges of adopting evidence-based practice in nursing*. WORKFORCE DEVELOPMENT. Available at: <https://www.britishjournalofnursing.com/content/professional/addressing-the-current-challenges-of-adopting-evidence-based-practice-in-nursing/>.
- CSU Global (2021) *How Does AI Actually Work?*, Colorado State University Global. Available at: <https://csuglobal.edu/blog/how-does-ai-actually-work#:~:text=AI systems work by combining,performance and develops additional expertise.>
- Doherty, I. and McKimm, J. (2010) 'E-Learning in Clinical Teaching', *British Journal of Hospital Medicine*, 71(1), pp. 44-47. doi: 10.12968/hmed.2010.71.1.45973.

- Hasibuan, D. L. and Siregar, S. P. (2023) *Penggunaan Teknologi Virtual Reality Dalam Pendidikan Keperawatan, Medan Post*. Available at: <https://medanposonline.com/opini/penggunaan-teknologi-virtual-reality-dalam-pendidikan-keperawatan/>.
- Hendriyana, A. (2021) *Meski Berperan Besar, Penggunaan Telenursing di Indonesia Masih Minim, Universitas Padjadjaran*. Available at: <https://www.unpad.ac.id/2021/10/meski-berperan-besar-penggunaan-telenursing-di-indonesia-masih-minim/>.
- Hoover, R. (2017) 'Benefits of using an electronic health record', *Nursing Critical Care*, 12(1), pp. 9–10. doi: 10.1097/01.CCN.0000508631.93151.8d.
- Hsiao, Y. T., Liu, H. Y. and Hsiao, C. C. (2020) 'Development of a novel interactive multimedia e-learning model to enhance clinical competency training and quality of care among medical students', *Healthcare (Switzerland)*, 8(4). doi: 10.3390/healthcare8040500.
- Iwe, I. (2021) *Telenursing: solusi mencegah rumah sakit penuh melalui perawatan virtual pasien COVID, The Conversation*. Available at: <https://theconversation.com/telenursing-solusi-mencegah-rumah-sakit-penuh-melalui-perawatan-virtual-pasien-covid-166519>.
- Maryville University (2023) *Future of Technology in Nursing: How Tech Will Continue Improving Patient Care, Maryville University*. Available at: <https://online.maryville.edu/blog/technology-in-nursing/>.
- Nursing Times (2022) *Digital nursing 1: exploring the benefits and risks of artificial intelligence*. Available at: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/healthcare-it/digital-nursing-1-exploring-the-benefits-and-risks-of-artificial-intelligence-04-07-2022/>.

- Poreddi, V. *et al.* (2021) 'Nursing Interns' Perceptions of Telenursing: Implications for Nursing Education', *Telehealth and Medicine Today*, 1, pp. 4–9. doi: 10.30953/tmt.v6.258.
- Rosyidah, I. and Prasetyani, D. (2017) 'Modul Pembelajaran Evidence Based Practice', *Insan Cendekia Medika Jombang*. Jombang: Prodi Stikes S1 Ilmu Keperawatan, Stikes Insan Cendekia Medika Jombang, 51(8), pp. 370–370. Available at: <https://repo.itskesicme.ac.id>.
- SCITexasEdu (2020) *How Electronic Health Records Work*. Southern Careers Institute. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=YTX4l3yECP0>.
- Sinhasane, S. (2018) *Wearable Technology: The Coming Revolution in Digital Health*, Mobisoft Discover Mobility. Available at: <https://mobisoftinfotech.com/resources/blog/wearable-technology-in-healthcare/>.
- Stanford University (2023) *Artificial Intelligence in Healthcare*, Stanford University. Available at: <https://online.stanford.edu/programs/artificial-intelligence-healthcare>.
- Unimedika Hospitals (2022) *Pahami Perbedaan Telemedicine dengan Telehealth Dalam Pengobatan Klinik Mata, Corporate Unimedika*.
- Yaumi, M. (2018) *Media dan Teknologi Pembelajaran*. Jakarta: Prenada Media.
- Yustisiani, A. N., Felaza, E. and Soemantri, D. (2023) 'Teknologi dalam Pengajaran Keterampilan Klinis sebagai Bagian dari Pemanfaatan Teknologi Pembelajaran: Sebuah Tinjauan Pustaka', *Jurnal Perhimpunan Pengkaji Ilmu Pendidikan Kedokteran Indonesia (PERPIPKI)*, 7(01), pp. 20–27.

BAB 5

STRATEGI BELAJAR MENGAJAR DALAM LINGKUNGAN KLINIK

Oleh M Iqbal Angga Kusuma

5.1 Pengenalan Konsep Lingkungan Klinik

Pengenalan konsep lingkungan klinik merupakan hal yang penting dalam bidang kesehatan. Lingkungan klinik dapat mempengaruhi proses pembelajaran, partisipasi, dan pencapaian kompetensi mahasiswa dalam pendidikan klinik. Dalam lingkungan klinik, terdapat berbagai kegiatan yang dilakukan, seperti identifikasi potensi bahaya lingkungan, konseling, inspeksi, dan intervensi masalah kesehatan. Klinik sanitasi, sebagai salah satu bentuk lingkungan klinik, memiliki peran penting dalam mengatasi penyakit berbasis lingkungan melalui upaya promotif dan preventif (Sanjaya, Susani and Lestari, 2018; Sugiharto and Oktami, 2019; Zaman, 2021; Khairunnisa *et al.*, 2022).

Dalam pembelajaran klinik, praktikum klinik merupakan komponen penting dalam program pendidikan kesehatan. Praktikum klinik bertujuan untuk meningkatkan peran dan fungsi mahasiswa dalam pelayanan perawatan klien. Namun, terdapat hambatan dalam partisipasi mahasiswa dalam pembelajaran klinik, terutama terkait dukungan dari supervisor klinik dan tenaga kesehatan (Susani, Rizki and Putro, 2018).

Persepsi mahasiswa terhadap lingkungan belajar klinik juga mempengaruhi pencapaian kompetensi dalam pendidikan klinik. Oleh karena itu, penting untuk memahami persepsi mahasiswa terkait lingkungan belajar klinik dan faktor-faktor yang

mempengaruhinya. Selain itu, perubahan lingkungan pendidikan preklinik menjadi pendidikan profesi juga mempengaruhi persepsi mahasiswa terhadap lingkungan pembelajaran klinik (Sanjaya, Susani and Lestari, 2018; Rini *et al.*, 2021).

Dalam konteks kesehatan masyarakat, klinik sanitasi memiliki peran dalam pengendalian penyakit berbasis lingkungan, seperti Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA). Klinik sanitasi melakukan analisis terhadap aspek input dan proses dalam pelaksanaan klinik sanitasi untuk pengendalian ISPA pada masa pandemi COVID-19. Melalui kegiatan klinik sanitasi, diharapkan dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat penyakit berbasis lingkungan (Khairunnisa *et al.*, 2022; Sugiharto & Oktami, 2019).

Selain itu, lingkungan keluarga juga memiliki peran penting dalam kesehatan dan pendidikan. Lingkungan keluarga dapat menjadi "klinik budaya literasi" yang mendorong budaya membaca dan literasi di kalangan anggota keluarga (Ridha, 2022). Dalam lingkungan keluarga yang mendukung, anggota keluarga dapat meningkatkan fungsi lingkungan keluarga sebagai klinik budaya literasi (Ridha, 2022).

Dalam kesimpulannya, pengenalan konsep lingkungan klinik sangat penting dalam bidang kesehatan. Lingkungan klinik dapat mempengaruhi proses pembelajaran, partisipasi, dan pencapaian kompetensi mahasiswa. Klinik sanitasi memiliki peran penting dalam pengendalian penyakit berbasis lingkungan. Selain itu, persepsi mahasiswa terhadap lingkungan belajar klinik juga mempengaruhi pencapaian kompetensi dalam pendidikan klinik. Lingkungan keluarga juga memiliki peran penting dalam kesehatan dan pendidikan, terutama dalam mendorong budaya membaca dan literasi.

5.2 Pentingnya Strategi Belajar Mengajar Dalam Lingkungan Klinik

Pentingnya strategi belajar mengajar dalam lingkungan klinik tidak dapat diabaikan. Beberapa penelitian telah menyoroti pentingnya strategi belajar mengajar yang efektif dalam konteks lingkungan klinik.

Salah satu penelitian menunjukkan bahwa ada korelasi antara persepsi mahasiswa tentang lingkungan belajar dan partisipasi mereka dalam tutorial (Sukmawati et al., 2019). Hal ini menunjukkan bahwa strategi belajar mengajar yang menciptakan lingkungan belajar yang positif dan mendukung dapat meningkatkan partisipasi mahasiswa dalam proses pembelajaran.

Selain itu, penelitian lain menyoroti pentingnya penguatan kapasitas guru melalui penelitian tindakan kelas dan penulisan karya ilmiah (Darmi et al., 2020). Dengan melakukan penelitian tindakan kelas, guru dapat mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang muncul dalam proses belajar mengajar di lingkungan klinik. Hal ini dapat membantu meningkatkan efektivitas strategi belajar mengajar yang digunakan.

Selama pandemi COVID-19, strategi belajar mengajar juga mengalami perubahan signifikan. Guru-guru harus mengadaptasi diri dengan mengajar dari rumah menggunakan teknologi digital (Suko et al., 2021). Penelitian menunjukkan bahwa kurangnya keterampilan teknis mengajar dan gaya mengajar yang tidak diadaptasi ke dalam lingkungan online dapat menjadi tantangan dalam proses belajar mengajar jarak jauh (Rizal et al., 2022). Oleh karena itu, penting bagi guru untuk mengembangkan strategi belajar mengajar yang sesuai dengan lingkungan online untuk memastikan efektivitas pembelajaran.

Selain itu, penting juga untuk memperhatikan lingkungan kelas dalam jaringan dan motivasi belajar peserta didik (Lasut, 2021). Faktor-faktor dari lingkungan kelas dalam jaringan yang berkaitan dengan motivasi belajar peserta didik dapat mempengaruhi efektivitas strategi belajar mengajar dalam lingkungan klinik.

Dalam konteks pandemi COVID-19, penting juga untuk memperhatikan implementasi protokol kesehatan dalam proses belajar mengajar di lingkungan klinik (Winarti et al., 2022). Penelitian menunjukkan bahwa kegiatan belajar mengajar yang biasanya dilakukan di kelas sekarang telah berubah dengan belajar di rumah menggunakan sistem pembelajaran jarak jauh. Oleh karena itu, strategi belajar mengajar yang memperhatikan protokol kesehatan dapat membantu menjaga kesehatan dan keselamatan peserta didik dan tenaga pendidik.

Dalam kesimpulan, strategi belajar mengajar yang efektif dalam lingkungan klinik sangat penting untuk mencapai hasil pembelajaran yang optimal. Persepsi mahasiswa tentang lingkungan belajar, penguatan kapasitas guru, adaptasi terhadap lingkungan online, motivasi belajar peserta didik, dan implementasi protokol kesehatan adalah faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam mengembangkan strategi belajar mengajar yang efektif dalam lingkungan klinik.

5.3 Prinsip-prinsip Dasar dalam Strategi Belajar Mengajar

5.3.1 Pembelajaran Aktif dalam Lingkungan Klinik

Pembelajaran aktif dalam lingkungan klinik merupakan pendekatan yang penting dalam meningkatkan efektivitas pembelajaran. Beberapa strategi pembelajaran yang dapat digunakan dalam lingkungan klinik adalah pembelajaran

berpusat pada peserta didik, pembelajaran berbasis penemuan, pembelajaran kooperatif, dan pembelajaran berbasis proyek.

Pembelajaran berpusat pada peserta didik merupakan pendekatan yang menempatkan peserta didik sebagai subjek aktif dalam proses pembelajaran (Sharkey & Weimer, 2003). Dalam konteks lingkungan klinik, pendekatan ini dapat melibatkan peserta didik dalam diskusi, penelitian, dan refleksi terhadap kasus-kasus klinis yang mereka hadapi. Hal ini dapat meningkatkan pemahaman dan keterampilan peserta didik dalam menghadapi situasi klinis yang kompleks.

Pembelajaran berbasis penemuan juga dapat digunakan dalam lingkungan klinik untuk mendorong peserta didik untuk aktif mencari dan menemukan pengetahuan baru (Muttaqin et al., 2019). Dalam konteks ini, peserta didik dapat melakukan penelitian mandiri, mengumpulkan data, dan menganalisis kasus-kasus klinis untuk mengembangkan pemahaman mereka tentang praktek klinis.

Pembelajaran kooperatif adalah strategi pembelajaran yang melibatkan kerjasama antara peserta didik dalam mencapai tujuan pembelajaran (Fanny et al., 2022). Dalam lingkungan klinik, pembelajaran kooperatif dapat melibatkan diskusi kelompok, studi kasus bersama, dan simulasi klinis. Hal ini dapat meningkatkan keterampilan kerjasama, komunikasi, dan pemecahan masalah peserta didik dalam konteks klinis.

Pembelajaran berbasis proyek juga dapat digunakan dalam lingkungan klinik untuk mengintegrasikan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam konteks praktik klinis (Darmawan, 2021). Peserta didik dapat bekerja dalam kelompok untuk merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi proyek-proyek yang relevan dengan praktek klinis. Hal ini dapat membantu peserta didik mengembangkan pemahaman yang lebih mendalam tentang praktek klinis.

5.3.2 Pengintegrasian Teori dengan Lingkungan Klinik

Integrasi teori dengan praktik klinis keperawatan merupakan hal yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan efektif. Dalam praktik keperawatan, perawat sering menghadapi tantangan etik yang mempengaruhi keputusan dan tindakan yang diambil dalam merawat pasien (Pashar *et al.*, 2020). Selain itu, perawat juga perlu memahami teori keperawatan dan menerapkannya dalam praktik klinis. Mahasiswa keperawatan juga perlu mempelajari teori keperawatan sebelum melakukan praktikum klinis agar dapat mengaplikasikan pengetahuan tersebut dalam praktik.

Namun, terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dalam keperawatan. Beberapa perawat mungkin mengalami kesulitan dalam mengintegrasikan teori ke dalam praktik keperawatan (Casman *et al.*, 2022). Kurangnya integrasi konsep teoritis menjadi praktik klinis sering terjadi dan jarang ditemukan literatur yang membahas pemanfaatan teori keperawatan dalam praktik (Mawaddah, Nurhaeni and Wanda, 2021). Oleh karena itu, perlu adanya upaya untuk mengatasi kesenjangan ini dan memastikan bahwa teori keperawatan diaplikasikan dengan baik dalam praktik klinis.

Salah satu cara untuk mengintegrasikan teori dengan praktik klinis keperawatan adalah melalui inovasi teknologi dalam pendidikan klinis keperawatan. Penggunaan teknologi dapat membantu mahasiswa keperawatan dalam mempelajari teori keperawatan dan mengaplikasikannya dalam praktik klinis. Selain itu, metode pembelajaran simulasi online juga efektif dalam mengembangkan kompetensi mahasiswa dalam perawatan berfokus keluarga.. Dengan menggunakan metode ini, mahasiswa dapat mengasah keterampilan klinis mereka sebelum terjun ke praktik klinis yang sebenarnya.

Selain itu, keterampilan *clinical reasoning* juga penting dalam mengintegrasikan teori dengan praktik klinis keperawatan. *Clinical reasoning* merupakan kemampuan untuk mengaplikasikan teori dan kemampuan klinis dalam menentukan diagnosis yang tepat dan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien (Atania, 2020). Dengan memiliki keterampilan ini, perawat dapat menghubungkan teori dengan praktik klinis secara efektif.

Pengalaman praktik klinis juga berperan penting dalam mengintegrasikan teori dengan praktik klinis keperawatan. Mahasiswa keperawatan perlu mendapatkan pengalaman praktik klinis yang memadai di rumah sakit atau tempat praktek lainnya (Situmorang, 2022). Dalam pengalaman ini, mahasiswa dapat mengaplikasikan teori keperawatan yang telah dipelajari dalam situasi nyata dan memperkuat pemahaman mereka tentang hubungan antara teori dan praktik klinis.

Dalam praktik keperawatan, perawat juga dapat menggunakan pendekatan teori keperawatan tertentu dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Misalnya, pendekatan Teori Self Care Orem dapat digunakan dalam asuhan keperawatan pasien diabetes melitus, di mana perawat membantu pasien memenuhi kebutuhan self care mereka (Katuuk, Sitorus and Sukmarini, 2020). Dengan menerapkan teori-teori ini dalam praktik klinis, perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih terarah dan efektif.

5.3.3 Interaksi Antara Pengajar, Peserta Didik, dan Pasien

Interaksi antara pengajar, peserta didik keperawatan, dan pasien memiliki peran penting dalam pembelajaran keperawatan yang efektif dan memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Salah satu cara efektif untuk meningkatkan interaksi tersebut adalah melalui pendekatan komunikasi yang terbuka dan empatik. Pengajar perlu menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung agar peserta didik merasa nyaman berinteraksi

dengan pasien (Sembiring, Helmi and Sihombing, 2022). Komunikasi yang terbuka dan empatik akan membantu membangun hubungan yang baik antara peserta didik keperawatan dan pasien, sehingga memungkinkan mereka untuk memahami kebutuhan pasien dengan lebih baik dan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai.

Selain itu, penggunaan teknologi juga dapat meningkatkan interaksi antara pengajar, peserta didik keperawatan, dan pasien. Dalam era digital saat ini, penggunaan aplikasi atau platform online dapat memfasilitasi komunikasi antara semua pihak secara efisien dan efektif (Utami and Utami, 2020). Misalnya, penggunaan grup WhatsApp atau platform e-learning dapat memungkinkan pengajar untuk memberikan arahan dan umpan balik kepada peserta didik keperawatan, serta memfasilitasi diskusi dan kolaborasi antara peserta didik keperawatan dan pasien.

Selain itu, pengalaman praktik klinis juga dapat menjadi sarana yang efektif untuk meningkatkan interaksi antara peserta didik keperawatan dan pasien. Dalam pengalaman praktik klinis, peserta didik keperawatan memiliki kesempatan untuk berinteraksi langsung dengan pasien, mengamati praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat yang berpengalaman, dan belajar dari pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan (Sembiring, Helmi and Sihombing, 2022). Interaksi langsung dengan pasien dalam konteks praktik klinis dapat membantu peserta didik keperawatan untuk mengembangkan keterampilan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan pasien dengan lebih baik.

Interaksi antara pengajar, peserta didik keperawatan, dan pasien merupakan faktor penting dalam pembelajaran keperawatan yang efektif dan memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Pendekatan komunikasi yang terbuka dan empatik, penggunaan teknologi, dan pengalaman praktik klinis

dapat menjadi cara efektif untuk meningkatkan interaksi antara semua pihak. Dengan meningkatkan interaksi ini, peserta didik keperawatan dapat memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang kebutuhan pasien dan dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih baik pula.

5.4 Strategi Pembelajaran dalam Lingkungan Klinik

5.4.1 Observasi Langsung Pasien

1. Pengamatan Langsung Pasien Sebagai Metode Pembelajaran

Pengamatan langsung pasien merupakan strategi metode pembelajaran klinis keperawatan yang efektif. Pengamatan langsung pasien yang sesuai dengan penugasan klinis dapat membantu perawat dalam memenuhi kompetensi yang diperlukan dan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien (Marwiati, 2018).

Penerapan video pembelajaran dapat meningkatkan keterampilan klinis dalam pendidikan keperawatan. Video pembelajaran dapat digunakan sebagai sarana untuk mengamati dan mempelajari interaksi antara perawat dan pasien secara langsung, sehingga mahasiswa keperawatan dapat memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan yang tepat (Sari and Sundari, 2019).

Peningkatan pengetahuan pembimbing klinik melalui pelatihan metode preceptorship dan mentorship. Metode preceptorship melibatkan pengamatan langsung mahasiswa keperawatan terhadap praktik perawat yang berpengalaman, sehingga mereka dapat belajar dari

pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien (Lestari *et al.*, 2021).

Pengamatan langsung pasien merupakan strategi metode pembelajaran klinis keperawatan yang efektif. Melalui pengamatan langsung, mahasiswa keperawatan dapat memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan yang tepat dan mengembangkan keterampilan klinis mereka. Referensi yang disebutkan di atas dapat memberikan informasi lebih lanjut tentang penerapan strategi ini dalam konteks pembelajaran keperawatan.

2. Pengembangan Keterampilan Observasi

Dalam lingkungan klinik keperawatan, pengembangan keterampilan observasi dapat menjadi strategi pembelajaran yang efektif. Metode preceptorship melibatkan pengamatan langsung mahasiswa keperawatan terhadap praktik perawat yang berpengalaman, sehingga mereka dapat mengembangkan keterampilan observasi dan memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan yang tepat (Lestari *et al.*, 2019).

Praktik reflektif menggunakan model PiKir 5D juga dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis mahasiswa keperawatan di lapangan praktik. Dalam praktik ini, mahasiswa keperawatan dapat mengamati dan merefleksikan pengalaman mereka dalam merawat pasien, termasuk mengembangkan keterampilan observasi yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang efektif (Lestari, 2022).

Penggunaan video dapat digunakan sebagai strategi pembelajaran untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan klinis mahasiswa keperawatan. Melalui penggunaan video, mahasiswa keperawatan dapat

mengamati situasi klinis dan praktik keperawatan secara visual, sehingga dapat mengembangkan keterampilan observasi mereka dalam mengidentifikasi tanda dan gejala, serta memahami prosedur dan intervensi yang tepat (Sari & Sundari, 2021). Pengembangan keterampilan observasi dapat menjadi strategi pembelajaran yang efektif dalam lingkungan klinik keperawatan. Metode preceptorship, praktik reflektif, dan penggunaan video sebagai alat pembelajaran dapat membantu mahasiswa keperawatan mengembangkan keterampilan observasi yang penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

5.4.2 Diskusi Kasus Klinis

1. Menyusun dan Memfasilitasi Diskusi Kasus

Dalam praktik keperawatan klinis, penting untuk terlibat dalam diskusi dan studi kasus untuk meningkatkan pengetahuan dan meningkatkan perawatan pasien. Berikut adalah langkah dalam menyusun dan memfasilitasi diskusi kasus:

- a. Memilih kasus: Langkah pertama dalam mengatur diskusi tentang kasus keperawatan klinis adalah memilih kasus yang relevan dan menarik. Kasus ini harus cukup kompleks untuk merangsang pemikiran kritis dan mempromosikan partisipasi aktif dari para peserta. Ini juga harus selaras dengan tujuan pembelajaran diskusi.
- b. Mempersiapkan kasus: Setelah kasus dipilih, penting untuk mempersiapkannya untuk diskusi. Ini melibatkan pengumpulan semua informasi yang relevan tentang pasien, termasuk riwayat medis mereka, kondisi saat ini, dan setiap laboratorium yang relevan atau hasil tes diagnostik. Kasus ini harus disajikan secara ringkas dan terorganisir, menyoroti isu-isu kunci dan tantangan.

- c. Menetapkan tujuan: Sebelum diskusi dimulai, penting untuk menetapkan tujuan yang jelas untuk sesi tersebut. Tujuan ini harus selaras dengan hasil pembelajaran dan harus memandu diskusi untuk mencapai hasil yang diinginkan. Misalnya, tujuannya mungkin termasuk mengidentifikasi diagnosis keperawatan, merumuskan intervensi keperawatan yang tepat, dan mengevaluasi efektivitas intervensi.
- d. Memfasilitasi diskusi: Sebagai fasilitator, penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dan inklusif di mana semua peserta merasa nyaman berbagi pemikiran dan ide mereka. Fasilitator harus mendorong partisipasi aktif, mengajukan pertanyaan terbuka, dan mempromosikan pemikiran kritis. Penting juga untuk memastikan bahwa diskusi tetap fokus pada kasus dan konsep keperawatan yang relevan.
- e. Menganalisis kasus: Selama diskusi, fasilitator harus membimbing peserta dalam menganalisis kasus dari perspektif yang berbeda. Ini mungkin melibatkan identifikasi penyebab yang mendasari kondisi pasien, mengeksplorasi intervensi keperawatan potensial, dan mengevaluasi implikasi etis dari keputusan yang dibuat.
- f. Meringkas dan mensintesis diskusi: Pada akhir diskusi, fasilitator harus merangkum poin-poin kunci dan wawasan yang muncul dari diskusi. Ringkasan ini harus dibagikan dengan para peserta dan dapat berfungsi sebagai referensi untuk pembelajaran dan refleksi di masa depan.

Mengorganisir dan memfasilitasi diskusi tentang kasus keperawatan klinis adalah cara yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan mempromosikan praktik berbasis bukti. Dengan mengikuti langkah-langkah yang diuraikan dalam makalah ini, pendidik perawat dan instruktur klinis dapat menciptakan pengalaman belajar yang bermakna yang memberdayakan perawat untuk

memberikan perawatan berkualitas tinggi kepada pasien mereka.

2. Analisis Kasus Klinis Untuk Pembelajaran

Dalam menganalisis kasus klinis keperawatan untuk pembelajaran, berikut adalah langkah-langkah yang dapat diikuti:

- a. Identifikasi informasi penting: Bacalah kasus klinis dengan teliti dan identifikasi informasi penting seperti riwayat pasien, gejala, tanda-tanda, hasil tes, dan intervensi yang telah dilakukan.
- b. Analisis data: Analisis data yang ada dengan menggunakan pengetahuan dan pemahaman tentang kondisi klinis yang relevan. Identifikasi masalah utama yang dihadapi pasien dan faktor-faktor yang mempengaruhi kondisinya.
- c. Identifikasi diagnosa keperawatan: Berdasarkan analisis data, identifikasi diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien. Gunakan nomenklatur diagnosa keperawatan yang terstandardisasi seperti NANDA International.
- d. Rencanakan intervensi: Rencanakan intervensi keperawatan yang tepat untuk mengatasi masalah yang diidentifikasi. Pastikan intervensi yang direkomendasikan didasarkan pada bukti ilmiah dan praktik terbaik.
- e. Implementasikan intervensi: Terapkan intervensi keperawatan yang direncanakan dengan cermat dan dokumentasikan hasilnya. Pastikan untuk melibatkan pasien dan keluarga dalam perencanaan dan implementasi intervensi.
- f. Evaluasi hasil: Evaluasi hasil intervensi yang telah dilakukan dan tentukan apakah tujuan yang ditetapkan telah tercapai. Jika tidak, identifikasi faktor-faktor yang

mungkin mempengaruhi hasil dan merencanakan tindakan perbaikan yang sesuai.

- g. Refleksi dan pembelajaran: Lakukan refleksi terhadap proses analisis kasus klinis dan evaluasi hasil. Identifikasi pelajaran yang dapat dipetik dari pengalaman ini dan gunakan pengetahuan baru untuk meningkatkan praktik keperawatan di masa depan.

5.4.3 Simulasi Klinis

1. Penggunaan Manekin Atau Teknologi Simulasi

Manekin atau teknologi simulasi telah menjadi strategi pembelajaran klinis yang penting dalam pendidikan keperawatan. Penggunaan teknologi pembelajaran, seperti video dan simulasi virtual, telah terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan klinis mahasiswa keperawatan (Puspitaningrum, Pujiastuti and Lestari, 2019; Sari and Sundari, 2019, 2021).

Penggunaan video sebagai strategi pembelajaran telah terbukti dapat meningkatkan keterampilan klinis dalam pendidikan keperawatan. Video dapat digunakan untuk melengkapi keterampilan klinis dan teknologi, serta memperluas jangkauan keterampilan pemecahan masalah, komunikasi, dan sosial (Sari and Sundari, 2019). Selain itu, penggunaan simulasi virtual klinis juga telah terbukti meningkatkan kinerja dan kompetensi yang terkait dengan keterampilan psikomotorik, pemikiran kritis, keterampilan klinis, dan pengambilan keputusan (Puspitaningrum, Pujiastuti and Lestari, 2019).

Selain video dan simulasi virtual, penggunaan manekin atau teknologi simulasi juga dapat menjadi strategi pembelajaran klinis yang efektif dalam pendidikan keperawatan. Manekin atau teknologi simulasi dapat memberikan pengalaman praktis yang mirip dengan situasi klinis sebenarnya, sehingga mahasiswa dapat

mengembangkan keterampilan klinis mereka dengan lebih baik (Sari and Sundari, 2019).

Penggunaan manekin atau teknologi simulasi dalam pembelajaran klinis keperawatan memiliki beberapa manfaat. Pertama, penggunaan manekin atau teknologi simulasi dapat meningkatkan pemahaman konseptual mahasiswa. Studi menunjukkan bahwa penggunaan simulasi komputer meningkatkan pemahaman konseptual dibandingkan dengan penggunaan observasi atau kombinasi observasi dan simulasi (Dhamayanti and Ishafit, 2021). Selain itu, penggunaan manekin atau teknologi simulasi juga dapat meningkatkan kompetensi mahasiswa keperawatan. Penelitian menunjukkan bahwa pemanfaatan inovasi teknologi pada praktikum klinis mahasiswa keperawatan dapat memberikan manfaat dalam meningkatkan kompetensi mahasiswa (Hutagaol, 2023).

Penggunaan manekin atau teknologi simulasi sebagai strategi pembelajaran klinis keperawatan memiliki manfaat yang signifikan dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan klinis mahasiswa keperawatan. Penggunaan video dan simulasi virtual telah terbukti efektif dalam meningkatkan keterampilan klinis, sedangkan penggunaan manekin atau teknologi simulasi dapat memberikan pengalaman praktis yang mirip dengan situasi klinis sebenarnya. Penggunaan manekin atau teknologi simulasi juga dapat meningkatkan pemahaman konseptual dan kompetensi mahasiswa keperawatan.

2. Keuntungan dan Batasan dari Simulasi Klinis

Simulasi klinis keperawatan memiliki beberapa keuntungan. Pertama, simulasi klinis memungkinkan mahasiswa keperawatan untuk mengembangkan keterampilan klinis mereka dalam lingkungan yang aman dan terkendali. Dalam simulasi klinis, mahasiswa dapat

berlatih dan menghadapi situasi klinis yang realistis tanpa risiko terhadap pasien . Hal ini memungkinkan mereka untuk menguji pengetahuan dan keterampilan mereka, serta memperoleh umpan balik langsung dari instruktur atau sesama mahasiswa. Selain itu, simulasi klinis juga dapat meningkatkan kepercayaan diri mahasiswa dalam menghadapi situasi klinis yang sebenarnya (Wibowo, 2022).

Meskipun simulasi klinis memiliki banyak keuntungan, ada juga beberapa batasan yang perlu diperhatikan. Pertama, simulasi klinis tidak dapat sepenuhnya menggantikan pengalaman praktik langsung dengan pasien sebenarnya. Interaksi dengan pasien sebenarnya melibatkan faktor-faktor emosional dan sosial yang tidak dapat direplikasi dalam simulasi (Pertiwi, 2020). Selain itu, simulasi klinis juga memerlukan sumber daya yang cukup, seperti manekin dan peralatan simulasi, yang mungkin tidak tersedia di semua institusi pendidikan keperawatan (Herawati, Yuswardi and Rachmah, 2022). Selain itu, evaluasi dan penilaian dalam simulasi klinis juga dapat menjadi tantangan, karena tidak semua aspek keterampilan klinis dapat diukur secara akurat dalam lingkungan simulasi (Hastuti *et al.*, 2023).

Pada Akhirnya, simulasi klinis keperawatan memiliki keuntungan dalam mengembangkan keterampilan klinis mahasiswa keperawatan dalam lingkungan yang aman dan terkendali. Namun, simulasi klinis juga memiliki batasan, seperti tidak dapat sepenuhnya menggantikan pengalaman praktik langsung dengan pasien sebenarnya dan memerlukan sumber daya yang cukup. Oleh karena itu, penggunaan simulasi klinis perlu dipertimbangkan dengan bijaksana sebagai bagian dari pendidikan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Atania, N. (2020) 'Keterampilan Clinical Reasoning Dalam Menentukan Diagnosa Keperawatan'. Available at: <https://doi.org/10.31219/osf.io/ftj4e>.
- Casman *et al.* (2022) 'Jurnal Reflektif Sebagai Jembatan Gap Dunia Pendidikan Dan Praktik Klinis Keperawatan', *Jurnal Mitra Kesehatan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.47522/jmk.v4i2.139>.
- Dhamayanti, I. and Ishafit, I. (2021) 'Guided Inquiry-Based E-Handout Development Using Seasons and Ecliptic Simulator to Improve Understanding of Seasons Concepts', *Kasuari Physics Education Journal (Kpej)* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.37891/kpej.v3i2.150>.
- Hastuti, A. *et al.* (2023) 'Faktor-Faktor Pelaksanaan Kompetensi Klinis Perawat Dalam Pelayanan Keperawatan: A Scoping Review', *Jurnal Keperawatan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v15i2.878>.
- Herawati, Z., Yuswardi, Y. and Rachmah, R. (2022) 'Kewenangan Klinis Perawat Di Rumah Sakit Umum Kota Banda Aceh', *Jurnal Citra Keperawatan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.31964/jck.v10i2.234>.
- Hutagaol, R. (2023) 'Inovasi Teknologi Dalam Pendidikan Klinis Keperawatan Sebagai Strategi Pembelajaran Kreatif: Apa Saja Manfaatnya Bagi Mahasiswa Keperawatan?: Sebuah Literatur Review', *Jurnal Skala Kesehatan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.31964/jsk.v14i1.384>.
- Katuuk, M., Sitorus, R. and Sukmarini, L. (2020) 'Penerapan Teori Self Care Orem Dalam Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus', *Jurnal Keperawatan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.35790/jkp.v8i1.28405>.

- Khairunnisa, S.M. *et al.* (2022) 'Analisis Tata Laksana Klinik Sanitasi Untuk Pengendalian Ispa Pada Masa Pandemi Covid-19', *Link* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.31983/link.v18i2.8830>.
- Lestari, K.P. *et al.* (2019) 'Pelatihan Instruktur Klinik : Metode Perseptor Dalam Pembelajaran Klinik Di Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Semarang', *Link* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.31983/link.v15i1.3923>.
- Lestari, K.P. *et al.* (2021) 'Peningkatan Pengetahuan Pembimbng Klinik Melalui Pelatihan Metode Preceptorship Dan Mentorship', *Link* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.31983/link.v17i1.6632>.
- Lestari, S. (2022) 'Praktik Reflektif Model PiKir 5D Meningkatkan Kemampuan Berpikir Kritis Mahasiswa Keperawatan Di Lahan Praktik', *Edu Cendikia Jurnal Ilmiah Kependidikan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.47709/educendikia.v2i02.1695>.
- Marwiati, M. (2018) 'Deskripsi Implementasi Kompetensi Perawat Sesuai Clinical Appointment Di Rsud KRT Setjonegoro Wonosobo', *Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Unsiq* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.32699/ppkm.v5i3.478>.
- Mawaddah, E., Nurhaeni, N. and Wanda, D. (2021) 'Aplikasi Model Keperawatan Levine Pada Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Masalah Oksigenasi', *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.32807/jkt.v2i2.89>.
- Pashar, I. *et al.* (2020) 'Tantangan Etik Pada Perawat Dalam Penanganan Pasien Di Masa Pandemi Covid-19: Scoping Review', *Jurnal Perawat Indonesia* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.32584/jpi.v4i3.732>.

- Pertiwi, B. (2020) 'Evaluasi Pelaksanaan Kewenangan Klinis Perawat Klinis Di Rumah Sakit', *The Journal of Hospital Accreditation* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.35727/jha.v2i1.61>.
- Puspitaningrum, I., Pujiastuti, R.S.E. and Lestari, K.P. (2019) 'Peningkatan Kompetensi Mahasiswa Keperawatan Melalui Strategi Pembelajaran Berbasis Virtual Reality', *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.32584/jkmk.v2i2.379>.
- Rini, F.A.A. *et al.* (2021) 'Perbandingan Persepsi Tentang Lingkungan Pembelajaran Klinik Dan Strategi Belajar Mahasiswa Pendidikan Profesi Dokter Di Rsud Salatiga', *Herb-Medicine Journal Terbitan Berkala Ilmiah Herbal Kedokteran Dan Kesehatan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.30595/hmj.v4i1.8539>.
- Sanjaya, I., Susani, Y.P. and Lestari, R. (2018) 'Persepsi Mahasiswa Terhadap Lingkungan Belajar Klinik Fakultas Kedokteran Universitas Mataram Dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi', *Unram Medical Journal* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.29303/jku.v7i4.308>.
- Sari, I.P. and Sundari, S. (2019) 'Penerapan Video Pembelajaran Dapat Meningkatkan Keterampilan Klinis Dalam Pendidikan Keperawatan: A Literature Review', *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.17509/jpki.v5i1.15128>.
- Sari, I.P. and Sundari, S. (2021) 'Penggunaan Video Sebagai Strategi Pembelajaran Dalam Mendukung Peningkatan Pengetahuan Dan Keterampilan Klinis Mahasiswa Keperawatan', *Dunia Keperawatan Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.20527/dk.v9i2.8549>.
- Sembiring, J., Helmi, B. and Sihombing, H. (2022) 'Efektivitas Pembelajaran Penjas Melalui Daring Dimasa Pandemi Covid-19', *Jurnal Dunia Pendidikan* [Preprint]. Available at:

<https://doi.org/10.55081/jurdip.v2i2.633>.

Situmorang, R. (2022) 'Pengalaman Clinical Instructor Dalam Proses Pembelajaran Praktik Mahasiswa Keperawatan Di Rumah Sakit Wilayah Jawa Barat', *Moluccas Health Journal* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.54639/mhj.v4i1.899>.

Sugiharto, M. and Oktami, R.S. (2019) 'Gambaran Pelayanan Klinik Sanitasi Terhadap Pasien Penyakit Berbasis Lingkungan (PBL) Di Puskesmas Gucialit Dan Puskesmas Gambut', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.22435/hsr.v2i14.638>.

Susani, Y.P., Rizki, M. and Putro, A.W. (2018) 'Partisipasi Dalam Pembelajaran Klinik: Apa Yang Menjadi Dorongan Dan Hambatan?', *Unram Medical Journal* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.29303/jku.v7i1.166>.

Utami, S.P.T. and Utami, P. (2020) 'Peningkatan Partisipasi Belajar Dan Hasil Belajar Peserta Didik Teknik Audio Video Di Masa Pandemi Covid-19 Dengan WhatsApp Group', *Elinvo (Electronics Informatics and Vocational Education)* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.21831/elinvo.v5i1.34254>.

Wibowo, H. (2022) 'High-Fidelity Simulation Dan Debriefing Sebagai Model Peningkatan Interprofessional Collaboration Dalam Pendidikan Keperawatan', *Journal of Nursing Invention E-Issn 2828-481x* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.33859/jni.v1i2.35>.

Zaman, K. (2021) 'Counselling Program of Sanitation Clinic Puskesmas Sungai Raya in 2020', *Jurnal Pengabdian Kesehatan Komunitas* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.25311/jpkk.vol1.iss1.899>.

BAB 6

STRATEGI EVALUASI DALAM PENGAJARAN KLINIS

Oleh Nurmah Rachman

6.1 Pendahuluan

Program Pendidikan keperawatan dapat dicapai melalui pengajaran dan pembelajaran klinis. Hasil-hasil pengajaran dan pembelajaran dapat didefinisikan secara operasional dan dinyatakan sebagai kompetensi. Pendidikan klinis keperawatan, guru harus memiliki harapan yang jelas dan realistis terhadap hasil pembelajaran klinis yang diinginkan. Pengetahuan, Keterampilan dan Nilai-nilai apa yang hanya dapat dipelajari dalam praktek klinis dan bukan di kelas atau melalui kegiatan belajar mandiri.

Pendidikan perawat secara tradisional (vokasi) berfokus pada proses pengajaran klinis. Diskusi berjam-jam dalam rapat dilakukan khusus untuk bagaimana dan dimana pembelajaran klinis berlangsung, aktivitas klinis apa yang diperlukan dan berapa jam yang diperlukan di area klinis. Oleh karena itu efektivitas pengajaran klinis harus di nilai berdasarkan tujuan pengajaran dan / atau kompetensi. Pengajaran klinis adalah interaksi yang kompleks antar siswa dan guru. Yang mempengaruhi proses pengajaran klinis adalah karakteristik guru dan peserta didik; lingkungan klinis dan sifat praktek dalam lingkungan tersebut, pasien, keluarga, dan orang lain yang dirawat oleh siswa, personel institusi rumah sakit dan penyedia

layanan Kesehatan lainnya. Sifat yang melekat pada praktik klinis dengan ketidakpastiannya.

Proses pengajaran klinis, dari kata mengajar yang merupakan proses kompleks untuk memfasilitasi pembelajaran. Walaupun tujuan pengajaran adalah untuk mengarahkan siswa dalam menemukan pengetahuan bagi diri mereka sendiri, guru memberi dorongan hal ini melalui tindakan pengajaran yang disengaja untuk mengarahkan ke arah tujuan pembelajaran. Sebaliknya guru menyediakan struktur dan kegiatan pembelajaran untuk penemuan diri siswa. Pengajaran klinis adalah serangkaian Tindakan yang disengaja oleh guru untuk membimbing siswa dan dilakukan dalam lingkungan yang mendukung dan percaya. Mengajar bukan berarti bercerita, bukan menyebarkan informasi, dan bukan sekedar mendemonstrasikan keterampilan.

Tetapi mengajar adalah melibatkan siswa sebagai partisipan aktif dalam pembelajaran tersebut. Guru adalah narasumber yang mempunyai informasi untuk dibagikan dengan tujuan memfasilitasi pembelajaran dan perolehan pengetahuan dan keterampilan baru. Belajar adalah suatu proses dimana orang berubah dengan hasil dari pengalaman, dalam lingkungan klinis wawasan, ide, dan perspektif baru mungkin sama pentingnya dengan pembelajaran dan perkembangan siswa. Seperti halnya perilaku yang nyata dan terukur. Oleh karena itu pembelajaran mungkin merupakan perubahan dalam perilaku atau kinerja yang dapat diamati, atau mungkin mencerminkan persepsi dan wawasan baru yang tidak diwujudkan dalam perubahan perilaku yang nyata.

Proses belajar mengajar merupakan interaksi kompleks dari proses tersebut. Guru sebagai fasilitator pembelajaran dan siswa sebagai partisipan aktif. Kebutuhan siswa untuk terlibat

aktif dalam pembelajaran mereka sangat penting dalam proses belajar mengajar, khususnya dalam lingkungan klinis. Ketika siswa terlibat secara aktif dalam pembelajaran mereka dan merasakan hubungan guru – siswa yang positif, mereka dapat jujur mengenai kebutuhan pembelajaran mereka dan bagaimana institusi Pendidikan dapat membantu mereka dalam mengembangkan kompetensi klinis mereka.

Pembelajaran aktif juga menumbuhkan pemikiran kritis karena siswa dapat mengeksplorasi perspektif alternatif dan keputusan berbeda yang dapat dibuat dalam situasi klinis. Mereka dapat memikirkan dan berdiskusi dengan orang lain bagaimana konsep dan teori digunakan untuk memecahkan masalah klinis. Dengan terlibat secara aktif dalam pembelajaran siswa dapat merefleksikan pengalaman klinis dan menuangkan pemikiran mereka kedalam kata-kata, yang mengarah pada pengetahuan baru dan pembelajaran yang lebih dalam. Meskipun proses belajar dan mengajar merupakan proses yang saling berkaitan, namun masing-masing proses dapat terjadi tanpa adanya proses yang lain.

Pembelajaran yang signifikan dapat dihasilkan dari aktivitas klinis siswa tanpa keterlibatan guru. Demikian pula tugas dan kegiatan yang direncanakan dengan cermat oleh guru untuk siswa mungkin tidak mengarah pada pembelajaran baru atau pengembangan kompetensi. Tujuan dari pengajaran klinis adalah untuk menciptakan lingkungan dan aktivitas pembelajaran, dengan menyadari bahwa setiap siswa akan memperoleh wawasan dan hasil yang berbeda. Proses pengajaran klinis ada 5 (lima) yakni: 1) mengidentifikasi hasil pembelajaran, 2) mengkaji kebutuhan pembelajaran, 3) merencanakan kegiatan pembelajaran klinis, 4) membimbing siswa, 5) mengevaluasi pembelajaran dan kinerja klinis. Evaluasi klinis memberikan data

tentang kebutuhan pembelajaran lebih lanjut siswa yang pada gilirannya menyarankan kegiatan pembelajaran baru.

6.2 Strategi Pengajaran Klinis

Setiap guru klinis mempunyai pendekatan filosofi terhadap pengajaran klinis, baik guru tersebut menyadari atau tidak. Konteks filosofi tersebut menentukan pemahaman guru tentang perannya, pendekatan terhadap pengajaran klinis, pemilihan kegiatan belajar mengajar, penggunaan proses evaluasi dan hubungan dengan siswa dan orang lain dalam lingkungan klinis. Keyakinan ini berfungsi sebagai panduan untuk bertindak, dan keyakinan ini sangat memengaruhi cara praktik guru klinis, cara siswa belajar, dan evaluasi hasil pembelajaran. Merefleksikan dasar filosofi pengajaran klinis seseorang dapat menimbulkan kecemasan dalam mengekspos diri sendiri dan praktiknya untuk diawasi, namun refleksi diri ini merupakan dasar yang berarti untuk pengembangan profesional berkelanjutan sebagai pendidik perawat

Pendidik perawat harus mempertimbangkan sejumlah faktor dalam mempersiapkan kegiatan pembelajaran klinis. Untuk memulai persiapan pengajaran dan pembelajaran klinis, pendidik perawat harus merefleksikan konteks dimana kegiatan ini akan berlangsung. Guru dan siswa menggunakan lingkungan layanan Kesehatan atau komunitas yang ada untuk lingkungan belajar, sehingga menjadi tamu dalam lingkungan tersebut. Apa implikasinya terhadap efektivitas pengajaran dan pembelajaran klinis dalam kondisi ini. Salah satu tanggung jawab terpenting seorang guru klinis adalah memilih tugas klinis yang berkaitan dengan tujuan pembelajaran atau hasil yang diinginkan, sesuai dengan tingkat pengetahuan, dan keterampilan siswa dan cukup menantang untuk memotivasi pembelajaran.

Pengajaran klinis dilakukan oleh fakultas atau institusi Pendidikan dalam kurikulum yang direncanakan dan ditawarkan sebagai respon terhadap harapan dan tuntutan professional, Masyarakat, dan Pendidikan dengan menggunakan sumber daya manusia, intelektual, fisik dan keuangan yang tersedia – konteks kurikulum. Pengajaran klinis agak berbeda dari satu program ke program lainnya. Tidaklah mungkin untuk merekomendasikan serangkaian strategi pengajaran klinis yang akan sama efektifnya dalam setiap program Pendidikan keperawatan. Sebaliknya fakultas/ institusi pendidika harus membuat keputusan tentang pengajaran klinis sesuai dengan kurikulum yang direncanakan dan relevan dengan konteksnya.

Mengarahkan siswa untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada satu atau lebih pasien merupakan tugas klinis yang umum ini hanyalah salah satu dari banyak kemungkinan tugas, dan tidak selalu merupakan pilihan yang paling tepat. Saat merencanakan tugas guru klinis biasanya berbicara tentang memilih pasien yang akan dirawat oleh siswa. Memberikan perawatan pasien tidak menjamin transfer pengetahuan dari ruang kelas ke praktik klinis, sebaliknya hal ini seringkali mencerminkan persyaratan kerja institusi pelayanan klinis /rumah sakit. Banyak dosen beranggapan bahwa merawat pasien selalu merupakan tugas klinis bagi Mahasiswa disetiap jenjang program Pendidikan keperawatan.

Mahasiswa keperawatan biasanya memiliki tanggung jawab untuk merawat pasien sambil mempelajari keterampilan psikomotorik dan komunikasi dasar. Mahasiswa keperawatan tingkat awal belum siap untuk merawat pasien pada umumnya di lingkungan seperti itu, dan tanggung jawab awal untuk merawat pasien seringkali menimbulkan kecemasan yang mengganggu pembelajaran. Perubahan dalam layanan Kesehatan, teknologi, Masyarakat, dan Pendidikan mempengaruhi kompetensi yang

dibutuhkan untuk praktek keperawatan professional. Hasil pembelajaran yang diperlukan untuk praktik keperawatan yang aman dan kompeten saat ini mencakup keterampilan kognitif, dalam pemecahan masalah, pengambilan keputusan, berpikir kritis, dan penalaran klinis, selain kemahiran teknis.

Jika pendidik perawat ingin menghasilkan praktisi yang kreatif, mandiri, tegas dan tegas. Mereka tidak dapat berasumsi bahwa siswa akan memperoleh kompetensi ini melalui penugasan perawatan pasien. Untuk menghasilkan hasil ini, guru klinis harus memilih tugas klinis dari berbagai kegiatan pembelajaran, termasuk partisipasi dalam perawatan pasien. Penugasan klinis harus dipilih berdasarkan kriteria seperti: tujuan pembelajaran dari aktivitas klinis, kebutuhan pasien, ketersediaan dan keragaman kesempatan belajar di lingkungan klinis dan kebutuhan, minat dan kemampuan siswa. Guru harus Menyusun setiap aktivitas klinis dengan cermat sesuai dengan tujuan pembelajaran, dan setiap aktivitas klinis harus menjadi bagian integral dari Latihan atau program Pendidikan.

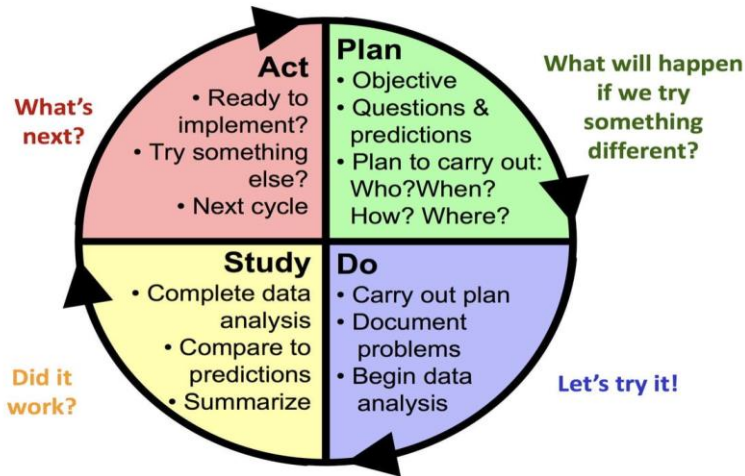
Apapun metode untuk menentukan hasil yang diinginkan yang digunakan, penting bagi instruktur, siswa dan anggota staf untuk memahami maksud dan tujuan setiap aktivitas klinis. Tergantung pada tingkat siswa, siswa mungkin mengalami kesulitan membayangkan bagaimana hasil program atau Latihan yang luas dapat dicapai dalam konteks lingkungan klinis tertentu. Peran instruktur adalah menterjemahkan hasil-hasil ini kedalam tujuan klinis tertentu dan memilih serta Menyusun aktivitas pembelajaran sehingga berhubungan secara logis dan berurutan dengan tujuan. Instruktur klinis harus berbagi dengan setiap siswa alasan tugas klinis spesifiknya untuk membantu siswa fokus pada kesempatan belajar yang disajikan oleh setiap tugas unik.

6.2.1 Menyusun Tugas Pembelajaran Klinis

Salah satu tanggung jawab terpenting guru klinis adalah menyusun tugas klinis yang terkait dengan hasil yang diinginkan, sesuai dengan tingkat pengetahuan dan keterampilan siswa, dan cukup menantang untuk memotivasi pembelajaran. Saat merencanakan tugas guru klinis biasanya berbicara tentang pemilihan pasien yang akan diberikan perawatan oleh siswa. Mahasiswa keperawatan memerlukan kontak dengan pasien untuk menerapkan pembelajaran di kelas pada praktik klinis, merawat pasien tidak identik dengan pembelajaran. Posisi mahasiswa keperawatan sedang belajar merawat pasien, mereka bukan perawat yang bertanggung jawab atas perawatan pasien. Memberikan perawatan pasien tidak menjamin transfer pengetahuan dari ruang kelas ke praktik klinis. Sebaliknya hal ini mencerminkan persyaratan kerja institusi klinis.

Evaluasi adalah cara untuk mengetahui apakah pembelajaran klinis saat ini merupakan praktik terbaik dalam mengikuti pedoman. Peningkatan kualitas pembelajaran klinis melibatkan perencanaan dan penerapan strategi perbaikan, menilai apakah pembelajaran klinis saat ini meningkatkan hasil atau perawatan pasien dan melihat bagaimana hal-hal dapat di tingkatkan lebih lanjut. Peningkatan kualitas mengikuti siklus Plan, Do, Study, Act seperti terlihat pada gambar dibawah ini.

The PDSA Cycle for Learning and Improvement



Gambar 6.1. Siklus PDSA

Sumber : Research as a Medical Student

Siklus Perencanaan (*plan*), Melakukan (*do*), Belajar (*study*) dan melakukan (*act*) untuk pembelajaran dan peningkatan kualitas. Di dalam perencanaan, apa yang menjadi target pembelajaran klinis dalam mencoba sesuatu yang berbeda. Dalam perencanaan harus objektif, pertanyaan dan prediksi, selain itu rencana untuk melaksanakan pembelajaran klinis (misalnya siapa, kapan, bagaimana, dimana?). Untuk mencoba mempraktikkan atau melakukan: dalam melaksanakan rencana yang telah disiapkan dan / atau dibuat dan masalah itu di dokumentasi untuk di analisis data. Di dalam belajar, dilakukan analisis data yang lengkap dan dibandingkan dengan prediksi agar menjadi suatu ringkasan. Untuk siap di implementasikan, selain itu dapat mencoba sesuatu yang lain, pada siklus berikutnya.

Guru/ instruktur klinik merencanakan dan kemudian menyampaikan pembelajaran kepada siswa, dengan pertimbangan utama adalah kompetensi yang akan dikembangkan dalam praktik klinis atau hasil yang ingin di capai dalam latihan klinis dan kebutuhan individu peserta didik. Faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan mengenai kegiatan klinis, metode pengajaran klinis dan pembelajaran yang dipertimbangkan karakteristik lingkungan klinis dan ketersediaan guru/ instruktur untuk membimbing peserta didik. Merencanakan kegiatan pembelajaran, pertimbangan utama adalah kebutuhan siswa. Kegiatan tersebut harus di bangun berdasarkan pengetahuan dan keterampilan siswa.

Mahasiswa keperawatan tingkat awal belum siap untuk memberikan perawatan total untuk pasien pada umumnya di lingkungan seperti itu, dan tanggung jawab awal untuk perawatan perawatan pasien seringkali menimbulkan kecemasan yang mengganggu pembelajaran. Jika pendidik perawat ingin menghasilkan praktisi yang kreatif, mandiri dan tegas mereka tidak dapat berasumsi bahwa siswa akan memperoleh kompetensi ini melalui penugasan perawatan pasien. Untuk menghasilkan hasil ini, guru klinis harus memilih tugas klinis dari berbagai kegiatan pembelajaran, termasuk partisipasi dalam perawatan pasien. Kegiatan klinis membantu siswa menerapkan pengetahuan dalam praktik, mengembangkan keterampilan, menumbuhkan nilai-nilai professional dan disosialisasikan pada peran perawat professional.

Penugasan klinis harus dipilih berdasarkan kriteria seperti tujuan pembelajaran dari aktivitas klinis, kebutuhan pasien, ketersediaan dan keragaman kesempatan belajar di lingkungan klinis, dan kebutuhan, minat dan kemampuan peserta didik. Guru harus Menyusun setiap aktivitas klinis dengan hati-hati dalam kaitannya dengan tujuan pembelajaran, dan setiap aktivitas klinis

harus menjadi bagian integral dari Latihan atau program Pendidikan. Karakteristik siswa, tingkat Pendidikan siswa atau pengalaman sebelumnya, bakat untuk belajar, gaya belajar dan kebutuhan minat dan kemampuan khusus juga harus memengaruhi pemilihan tugas klinis.

Guru harus mempertimbangkan perbedaan individu, semua siswa tidak mempunyai kebutuhan yang sama, sehingga tidak beralasan mengharapkan mereka mendapat tugas belajar yang sama pada hari tertentu. Instruktur harus merencanakan tugas sehingga siswa ini memiliki banyak kesempatan untuk mengulangi keterampilan dengan umpan balik. Jika tujuan adalah untuk mempelajari keterampilan pemberian obat, Sebagian besar siswa mungkin dapat mempelajari keterampilan tersebut dalam jangka waktu yang wajar dalam konteks memberikan perawatan kepada satu atau lebih pasien. Kebutuhan pasien dan persyaratan perawatan juga harus dipertimbangkan Ketika merencanakan tugas klinis untuk siswa.

Kegiatan pembelajaran mungkin mencakup tugas perawatan pasien, namun perawatan pasien bukanlah satu-satunya aktivitas pembelajaran. Jika kompetensi berfokus pada keterampilan komunikasi, maka kegiatan pembelajaran mungkin melibatkan wawancara dengan pasien dan keluarga, makalah yang menganalisis interaksi, permainan peran dan simulasi interaksi pasien – perawat daripada memberikan perawatan langsung. Membimbing adalah proses fasilitasi dan suportif yang mengarahkan siswa menuju pencapaian hasil. Membimbing bukanlah pengawasan. Pengajaran klinis yang efektif mengharuskan guru membimbing siswa dalam pembelajaran mereka, bukan mengawasi pekerjaan mereka. Dalam pengajaran klinis, guru membimbing siswa dalam mempelajari peran dan perilaku peran perawat dan memberikan contoh nilai-nilai penting dan atribut profesional.

6.2.2 Simulasi Pengajaran Klinis

Simulasi klinis dan simulasi pasien berbasis manikin sebagai bagian dari Pendidikan keperawatan klinis. Kegiatan simulasi memungkinkan siswa untuk meniru kenyataan dalam mengembangkan keterampilan klinis dalam lingkungan yang aman dan tidak mengancam sekaligus berkontribusi terhadap pembelajaran siswa, peningkatan pemikiran kritis, dan keterampilan pemecahan masalah. Lingkungan layanan Kesehatan semakin kompleks karena perkembangan teknologi di Rumah sakit, pasien dengan tingkat ketajaman, lebih tinggi dan lebih tua, lebih lemah, dan memiliki penyakit penyerta yang lebih besar.

Waktu rawat pasien yang lebih pendek di rumah sakit, sehingga siswa lebih sedikit waktu terpapar terhadap pasien di lingkungan rumah sakit untuk mempertahankan dan meningkatkan keterampilan mereka. Ruang khusus seperti Kebidanan, Pediatri dan ruang Intensif sering membatasi aktivitas mahasiswa keperawatan hanya pada observasi dibandingkan dengan perawatan pasien secara langsung dan mungkin juga membatasi jumlah mahasiswa yang ditempatkan di unit atau bagian tersebut untuk pengalaman belajar klinis (Bannet & Hayden, 2012). Oleh karena itu Pendidikan keperawatan di tantang untuk mempersiapkan siswa menghadapi lingkungan yang kompleks di mana mereka harus berpikir kritis, bertindak cepat dan berkomunikasi secara efektif dengan anggota tim multidisiplin.

Simulasi digunakan untuk meningkatkan pengajaran klinis untuk memastikan tenaga Keperawatan yang lebih siap. Dengan menggunakan “Skenario Klinis” melibatkan seorang siswa atau sekelompok siswa yang memberikan perawatan kepada pasien yang diwakili oleh manikin, aktor atau Pasien standar (Jeffries, 2012), dalam lingkungan klinis yang realistis. Siswa dapat

menunjukkan keterampilan psikomotorik, penalaran klinis, penilaian klinis, pemecahan masalah dan pemikiran kritis melalui Teknik seperti permainan peran dan penggunaan perangkat seperti video interaktif atau manikin.

Simulasi memungkinkan guru mengambil informasi spesifik seperti karakteristik pribadi pasien. Informasi Kesehatan, komponen keluarga, dan keadaan fisik, mental dan emosional dan merangkainya menjadi scenario kehidupan nyata yang meningkatkan pemahaman siswa terhadap materi karena materi tersebut bermakna (Jeffries, 2012). Dalam kasus scenario keperawatan klinis, simulasi memberikan kesempatan untuk menanggihkan keyakinan tentang apa yang nyata untuk menghasilkan peluang langsung dan berisiko rendah untuk menghasilkan peluang langsung dan berisiko rendah untuk mempraktekkan situasi klinis yang melibatkan pemantauan pasien, manajemen, komunikasi dan kolaborasi multidisiplin.

Bayangkan seorang practice perawat sedang mengevaluasi seorang pasien, saat melihat grafik monitor perawat menemukan pasien memiliki Riwayat penyakit jantung dan menjalani pembatasan cairan setiap hari meskipun perawat tersebut belum melakukan pencatatan asupan cairan pasien hari ini. Perawat saat menyentuh kulit tubuh pasien terasa lembab, tanda vitalnya tampak stabil, namun saat mau meninggalkan ruangan, terdengar suara batuk pasien dan menyadari pasien itu kesulitan bernafas saat berbicara. Saat perawat melakukan auskultasi paru terdengar suara krek-krek sehingga perawat segera menghentikan cairan dan melaporkan dokter. Pasien kelihatan mengalami tanda-tanda awal kelebihan cairan.

Ini adalah simulasi klinis di laboratorium keperawatan – pasien adalah simulator pasien berteknologi tinggi. Dan hal ini menggambarkan betapa cepatnya kondisi pasien dapat berubah,

serta mengapa pentingnya perawat memasuki rumah sakit dengan persiapan untuk berpikir kritis dan menerapkan penilaian klinis yang baik. Hal ini juga menggambarkan betapa pentingnya peran laboratorium simulasi dalam mempersiapkan siswa menghadapi situasi darurat yang dialami perawat setiap hari. Simulasi klinis hanya salah satu bagian dari Pendidikan keperawatan, untuk memahami bagaimana simulasi klinis cocok dengan sekolah keperawatan secara keseluruhan.



Gambar 6.2. simulasi pasien
Sumber : College of Nursing, 2019

Simulasi mungkin tidak akan pernah menggantikan kontak langsung siswa dengan pasien manusia, namun memiliki potensi untuk menjadikan waktu siswa dan guru di lingkungan klinis lebih berharga dan hemat biaya. Penggunaan simulasi pasien manusia telah menjadi praktek umum di banyak program Pendidikan keperawatan. Selain itu simulasi menawarkan kesempatan untuk evaluasi dan penilaian keterampilan siswa dengan pilihan untuk remediasi dan pembelajaran lanjutan. Demonstrasi interaktif, manekin terkomputerisasi (pasien) menampilkan takikardia, tekanan darah rendah, peningkatan tekanan darah kapiler atrium kiri dan paru, penurunan curah jantung, dan penurunan saturasi oksigen.

Seorang siswa memberikan oksigen dan furosemide sementara siswa lain mengamati perubahan parameter fisiologis. Persiapan stasiun keterampilan: siswa diminta untuk memberikan oksigen kepada pasien yang menderita hipoksia. Kesalahan dalam praktikum peralatan dijadikan kesempatan untuk belajar teori untuk dipraktikkan. Diskusi siswa diminta untuk memulai pengobatan untuk "pasien dengan Gagal Jantung Akut". Saat mereka memulai, instruktur menghentikan "SKENARIO" dan bertanya kepada siswa tentang alasan klinis mereka.

Simulasi, seorang siswa senior dipanggil oleh seorang perawat untuk menemui pasien bangsal yang mengalami sesak nafas akut. Siswa perawat mengumpulkan informasi, mendiagnosis masalah dan memulai pengobatan. Instruktur mengelola simulasi dari jarak jauh, pembahasan berfokus pada penalaran klinis dan pengambilan keputusan. Bekerja dengan tim layanan, simulasi multidisiplin yang mendalam. Mahasiswa kedokteran dan keperawatan senior menangani "pasien" dengan sesak nafas akut. Bersama-sama mereka membuat diagnosis Menyusun rencana pengelolaan dan menerapkannya. Brief ini memperkuat pengetahuan dan keterampilan yang sesuai dan mengeksplorasi komunikasi, pemahaman tentang peran dan kemampuan, serta koordinasi tugas dan pengambilan keputusan

6.2.3 Kasus untuk Pengajaran Klinis

Praktik klinis memberikan kesempatan kepada siswa perawat untuk memperoleh ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk merawat pasien, mengembangkan nilai-nilai penting dalam praktik profesional dan mengembangkan keterampilan kognitif untuk memproses dan menganalisis data, memutuskan masalah dan intervensi dan mengevaluasi efektivitasnya. Kemampuan untuk menerapkan konsep dan teori

pada situasi klinis, memecahkan masalah pasien, mengambil keputusan dengan matang dan memberikan perawatan yang aman dan berkualitas merupakan kompetensi penting yang diperoleh melalui praktik klinis.

Metode kasus, studi kasus dan *Grand Round* (putaran saat perawat mengunjungi setiap pasien rawat inap sebagai kelompok untuk meninjau status pasien dan rencana perawatan). Hal ini merupakan metode pengajaran yang membantu siswa mencapai hasil belajar tersebut. Metode kasus dan studi kasus menggambarkan situasi klinis yang dikembangkan di sekitar pasien actual atau hipotesis untuk ditinjau dan dikontak oleh siswa. Dalam metode kasus, kasus yang di sediakan untuk analisis umumnya lebih singkat dan lebih spesifik di bandingkan dengan studi kasus. Studi kasus bersifat lebih komprehensif sehingga menyajikan gambaran lengkap tentang pasien dan situasi klinis.

Penyelesaian masalah, literatur keperawatan berisi berbagai perspektif mengenai pemecahan masalah, pengambilan keputusan, pemikiran kritis dan penilaian klinis. Pemecahan masalah di mulai dengan menganalisis dan mendefinisikan masalah, mengumpulkan data untuk memperjelasnya lebih lanjut. Mengidentifikasi pendekatan yang mungkin dilakukan, mempertimbangkan pendekatan yang ada, dan memilih pendekatan terbaik mempertimbangkan kebutuhan dan respon pasien (Oerman & Gaberson, 2014). Dengan mengamati, mendiskusikan pasien selama round dan menganalisis kasus, siswa memperoleh pengalaman dalam memahami masalah pasien dan situasi klinis serta memutuskan pendekatan yang digunakan.

Ketika merawat pasien keluarga dan komunitas, perawat memutuskan data yang akan di kumpulkan dan apa maksudnya, masalah dan prioritasnya, intervensi, sumber daya dan

efektivitas intervensi. Tanner (2005) menyebutkan proses kognitif sebagai penalaran klinis, proses menghasilkan alternatif-alternatif yang berbeda, menimbanginya berdasarkan bukti dan memutuskan pendekatan yang paling tepat untuk digunakan. Berpikir kritis memungkinkan perawat membuat penilaian yang beralasan dan terinformasi dalam situasi praktik dan memutuskan apa yang harus dilakukan dalam situasi tertentu. Berpikir kritis adalah proses penilaian, menimbang kemungkinan konsekuensi dari Tindakan yang berbeda dan mengevaluasi efektivitasnya.

Dalam metode kasus, kasus yang disediakan untuk analisis umumnya lebih singkat dan lebih spesifik dibandingkan dengan studi kasus. Contoh kasus Ny. Merry menderita Demensia sedang, Ny merry membiarkan perawat melakukan pemeriksaan panggul karena ny. Merry mempunyai masalah kewanitaan “Prolaps Uteri” dan saat berdiri, Urin mulai merembes ke lantai. Ny.Merry tampak malu. Siswa perawat diminta untuk (1) membuat daftar dan prioritas permasalahan Wanita ny.merry dan memberikan alasan bagaimana masalah di prioritaskan. (2) kembangkan Rencana Perawatan untuk ny.merry di rawat sementara di UGD, dengan sakit kepala parah, kelemahan sisi kanan dan afasia. Suhu Tubuh 36,6°C , Denyut Nadi 120 x/menit, Pernapasan 16x/menit, Tekanan Darah 180/ 120 mmHg. Apa kemungkinan penyebab gejala-gejala ini, beri penjelasan atas jawaban anda. Data tambahan apa yang saudara kumpulkan saat pasien masuk ke ruang rawat yang anda bertugas. Mengapa informasi ini penting dalam merencanakan perawatan pasien.

Skenario ke II Nyonya C membawa putranya untuk pemeriksaan, setelah serangan asma parah sebulan lalu yang memerlukan perawatan darurat. Ketika perawat bertanya pada Ny.C bagaimana keadaan putranya, ibu itu menangis pelan-pelan memberi tahu perawat bahwa dia khawatir putranya akan

mengalami serangan asma lagi dan kali ini belum pulih. Saat dokter anak masuk ruangan pemeriksaan, Nyonya C masih menangis, dokter berkata ada apa? Sambal melihat Nyonya C, ibu menjawab baik-baik saja. Anda sebagai perawat (1) Apa yang akan anda katakana kepada Nyonya C jika anda ada dalam situasi ini. dokter anak. (2) Jika ada, apa yang akan anda katakana kepada dokter anak ?

Skenario III Ny. Tuti 44 tahun, terlihat di ruang praktik dokter dengan suara serak dan batuk ringan. Selama pengkajian, ibu Tuti memberitahu perawat bahwa dia juga mengalami sesak nafas, terutama saat berjalan cepat dan menaiki tangga. Ibu Tuti tidak pernah merokok, tanda-tanda vitalnya adalah Tekana Darah 120/80 mmHg, Puls/ Nadi 88^x/menit, Pernapasan 32^x/menit, Suhu Tubuh 36,6^oC. ibu Tuti bekerja paruh waktu sebagai guru pengganti, ibu Tuti selalu sadar akan kesehatan, memperhatikan berat badannya dan makan dengan benar, dia memberi tahu perawat betapa khawatirnya dia karena dia telah membaca tentang Wanita yang terkena kanker paru, meskipun mereka tidak pernah merokok.

- 1) Dokter memerintahkan pemeriksaan gabungan Positron Emission Tomography (PET) / CT-Scan, Apa itu PET/ CT-Scan dan mengapa itu di pesan dokter untuk ibu Tuti
- 2) Apa yang akan anda katakan kepada ibu Tuti sebelum pemindahan untuk mempersiapkannya
- 3) Identifikasi diagnosis potensial untuk ibu Tuti dan tambahan data pada kasus yang dikonsul dengan diagnosis tersebut, Masalah seperti apa yang anda antisipasi untuk ibu Tuti? Jelaskan manajemen keperawatan untuk masing-masing masalah tersebut.
- 4) Tambahkan data tentang ibu Tuti dan keluarganya kedalam kasus tersebut. Pilih teori keluarga dan gunakan untuk menganalisis keluarga ini. Apa yang anda pelajari

tentang keluarga dan bagaimana hal ini memengaruhi perawatan Anda.

6.2.4 Penggunaan Preceptor Pengajaran Klinis dan Pelatih

Preceptorship adalah pendekatan klinis terkemuka dan model dukungan yang saat ini di gunakan dalam Pendidikan Sarjana Keperawatan secara global untuk memfasilitasi proses pembelajaran klinis. Preceptorship untuk belajar, mengajar di lingkungan klinis memberikan modalitas yang sangat baik dalam menumbuhkan kebijaksanaan praktis dan pada akhirnya membentuk seni keperawatan. Preceptorship perawat menggunakan praktik berbasis bukti untuk membantu dengan memberikan umpan balik yang berguna, menetapkan tujuan pembelajaran, mengajarkan protokol rumah sakit, dan mendorong pemikiran kritis. Pembimbing yang baik adalah orang yang aktif terlibat, terbuka terhadap pertanyaan sabar dan pengertian.

Preceptorship adalah hubungan tatap muka yang terbatas waktu antara pembelajar dan perawat berpengalaman yang dipekerjakan oleh Lembaga/ institusi Kesehatan setempat dimana kegiatan pembelajaran berlangsung. Guru / dosen klinis tidak boleh hadir secara fisik selama kegiatan pembelajaran, pembimbing memberikan kesempatan belajar yang intensif dan individual yang meningkatkan kompetensi klinis dan kepercayaan diri siswa.

Terlepas dari tingkat Pendidikan dan pengalaman siswa, preceptor memberikan kesempatan untuk sosialisasi kedalam peran keperawatan professional. Siswa juga meningkatkan pengembangan pribadi dan professional para pembimbing. Guru/ dosen adalah anggota fakultas/ institusi Pendidikan yang memiliki tanggung jawab keseluruhan atas kualitas pengajaran dan pembelajaran klinis. Guru/ dosen menyediakan hubungan

antara program Pendidikan dan lingkungan praktek dengan memilih dan mempersiapkan pembimbing, menugaskan siswa kepada pembimbing, memberikan bimbingan untuk pemilihan kegiatan pembelajaran yang sesuai, berfungsi sebagai sumber bagi pembimbing siswa, dan mengevaluasi siswa dan petunjuk pembimbingan.

Pembimbing berfungsi sebagai teladan dan sosialisasi bagi siswa, meskipun guru/ dosen memiliki tanggung jawab utama atas keputusan evaluasi sumatif. Penggunaan pembimbing dalam pengajaran klinis memiliki kelebihan dan kekurangan bagi pihak yang terlibat. Kolaboratif yang efektif diperlukan untuk meminimalkan kelemahan dan mencapai keuntungan bagi program Pendidikan, Lembaga klinis, guru, pembimbing dan siswa. Preceptorship mempunyai banyak keuntungan potensial bagi preceptor dan Lembaga klinis yang mempekerjakan siswa. Kehadiran siswa di lingkungan klinis cenderung meningkatkan pengembangan profesional, kepemimpinan, dan keterampilan mengajar para pembimbing.

Meskipun pembimbing senang berbagi pengetahuan dan keterampilan klinis mereka. Mereka juga menghargai rangsangan bekerja dengan siswa yang menantang status quo dan mengajukan pertanyaan tentang praktik klinis. Siswa dapat membantu pembimbing dengan penelitian atau proyek pengajaran. Model preceptorship juga menghasilkan peluang untuk merekrut anggota staf potensial untuk Lembaga tersebut, dari kalangan siswa yang bekerja dengan preceptor. Kelemahan terbesar preceptorship terhadap Lembaga dan pembimbing biasanya adalah komitmen waktu yang diharapkan. Beberapa Lembaga klinis mungkin tidak setuju untuk menyediakan pembimbingan karena meningkatkan ketajaman pasien dan penurunan jumlah staf atau calon pembimbing menolak untuk

berpartisipasi karena persepsi bahwa melakukan hal tersebut akan menambah beban kerja mereka.

Persiapan bisa formal dan informal, persiapan pembimbing. Preceptorship mengakui kebutuhan dan kontribusi terhadap gagasan dan kolaborasi dalam Pendidikan keperawatan dan mendukung kebutuhan pembelajaran preceptorship untuk memungkinkan mereka menjalankan peran mereka secara efektif dan percaya diri. Isi program persiapan preceptorship dapat mencakup informasi:

- Manfaat dan tantangan pengajaran
- Karakteristik seorang pembimbing yang baik
- Prinsip pembelajaran orang dewasa
- Penilaian kebutuhan peserta didik
- Metode pengajaran klinis, termasuk memantau dan menantang siswa, menghadapi situasi belajar yang sulit, dan kapan harus menggunakan Teknik pembinaan
- Evaluasi pembelajaran, termasuk bagaimana memberikan umpan balik yang efektif dan penggunaan alat evaluasi klinis
- Peran pembimbing dalam mengembangkan dan menerapkan kontrak pembelajaran individual, jika digunakan
- Struktur, kerangka dan tujuan kurikulum program akademik

Persiapan siswa, siswa juga perlu memahami tujuan dan proses preceptorship. siswa memerlukan orientasi pada proses perencanaan kegiatan pembelajaran individu, penjelasan tentang peran guru dan pembimbing dan tinjauan kebijakan unit khusus untuk praktik siswa. Pada awal preceptorship, guru harus mempunyai tanggung jawab dan harapan evaluasi seperti tangga,

persetujuan kontrak pembelajaran, kunjungan lapangan dan konferensi dengan anggota fakultas.

Keberhasilan penerapan preceptorship bertanggung jawab pada seluruh peserta, guru, siswa dan pembimbing berkolaborasi untuk merencanakan dan melaksanakan kegiatan pembelajaran yang akan memfasilitasi pencapaian tujuan siswa. Kunci dari proses ini adalah komunikasi yang sering , jelas, dan efektif diantara para peserta. Instrumen Penilaian Efektif Pembimbingan

Petunjuk: Beri nilai sejauh mana setiap pernyataan menggambarkan perilaku mengajar pembimbing anda dengan melingkari angka setelah setiap item, menggunakan skala berikut ini:

- 4 = sebagian besar
- 3 = sampai batas sedang
- 2 = sedikit
- 1 = tidak sama sekali

	4	3	2	1
1. Pembimbingnya adalah panutan profesional yang sangat baik				
2. Pembimbing membimbing pemecahan masalah klinis saya.				
3. Pembimbing membantu saya menerapkan teori dalam praktik klinis				
4. Pembimbing tanggap terhadap kebutuhan pembelajaran individu saya				
5. Pembimbing memberikan umpan balik yang membangun mengenai kinerja saya.				
6. Pembimbing berkomunikasi dengan jelas dan efektif.				
7. Pembimbing mendorong kemandirian saya				

	4	3	2	1
8. Pembimbingnya fleksibel dan berpikiran terbuka				
9. Secara keseluruhan, pembimbingnya adalah guru klinis yang sangat baik				
10. Saya akan merekomendasikan pembimbing ini kepada siswa lain.				

6.3 Evaluasi Pengajaran Klinis

Mengevaluasi pengalaman mahasiswa keperawatan dengan lingkungan pembelajaran klinis dan pengawasan dalam penempatan di rumah sakit Penilaian kompetensi profesional adalah salah satu bidang dalam pendidikan kedokteran dan/atau keperawatan yang telah mengalami kemajuan signifikan. Konsep kegunaan alat penilaian telah diusulkan oleh Van der Vleuten dengan menyatakan sejumlah kriteria tertimbang. Penilaian kompetensi klinis diusulkan untuk dicakup dengan baik oleh model Miller. Tidak ada satu pun metode penilaian yang dapat direkomendasikan agar sesuai untuk semua tujuan penilaian dan semua domain kompetensi.

Dalam kerangka penilaian kompetensi klinis Miller, tingkat terbawah dari piramida adalah pengetahuan (*knows*), diikuti oleh kompetensi (*knows how*), kinerja (*shows how*), dan tindakan (*does*). "Tindakan" berfokus pada apa yang terjadi dalam praktik, bukan pada apa yang terjadi dalam situasi pengujian buatan. Metode penilaian berbasis tempat kerja menargetkan tingkat tertinggi piramida ini dan mengumpulkan informasi tentang kinerja dokter/perawat dalam praktik sehari-hari.

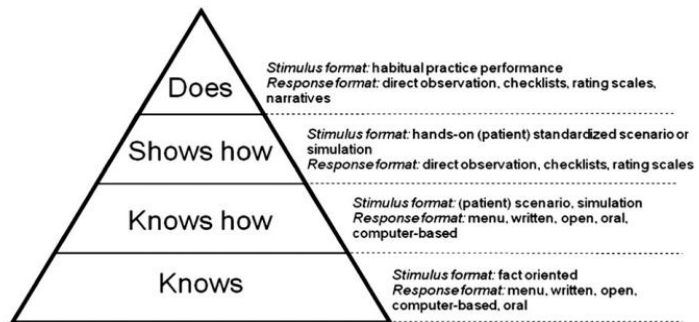


Fig. 1. Miller's pyramid and types of assessment used for assessing the layers.

Pembelajaran di lingkungan klinis atau pembelajaran di tempat kerja juga disebut 'pembelajaran di tempat kerja (*workplace learning*)'. penilaian adalah penilaian terhadap keterampilan dan sikap profesional peserta pelatihan dan harus memberikan bukti. kompetensi klinis sehari-hari yang sesuai. Hal ini berpedoman pada beberapa prinsip, antara lain tujuan penilaian (mengapa dinilai) siapa yang menilai, waktu (kapan menilai) apa yang dinilai, metode (bagaimana menilai dan kriteria untuk menentukan).

Relevansi objective berbagai metode penilaian (*assessment*) dan tantangan terhadap penilaian. Untuk menilai pengetahuan dan penerapannya meliputi pertanyaan pilihan ganda (*multiple chois question/ MCQ*), pertanyaan jawaban singkat (*short answer question/ SAQ*), pertanyaan essay yang di modifikasi (*modified essay question/ MEQ*), pertanyaan essay Panjang (*long essay question/ LEQ*), dan ujian lisan. Untuk penilaian kompetensi klinis meliputi: *Long Case*, *Short case*, Pemeriksaan Klinik Terstruktur (*OSCE*) dan *LogBook*.

6.3.1 Tugas Tertulis

Tugas tertulis untuk pembelajaran klinis memiliki empat tujuan utama, yakni:

- 1) Membantu mahasiswa dalam memahami konsep, teori, dan konten lain yang berhubungan dengan perawatan pasien;
- 2) Mengembangkan kemampuan berpikir tingkat tinggi;
- 3) Memeriksa perasaan, keyakinan, dan nilai-nilai mereka sendiri yang dihasilkan dari pengalaman belajar klinis mereka; dan
- 4) Mengembangkan keterampilan menulis.

Peningkatan pemahaman, tugas tertulis, siswa dapat menjelaskan konsep, teori, dan informasi lain yang relevan dengan perawatan pasien mereka dan dapat menjelaskan bagaimana pengetahuan tersebut memandu keputusan dan pertimbangan klinis mereka.. Contoh tugas tertulis untuk meningkatkan pemahaman konsep, teori, dan informasi lain yang berkaitan dengan praktik klinis adalah:

- Bandingkan, tidak lebih dari tiga halaman, dua intervensi yang sesuai untuk pasien Anda dalam hal alasan dan bukti. Bagaimana Anda mengevaluasi efektivitasnya?
- Baca artikel penelitian terkait perawatan salah satu pasien Anda, mengkritik artikel tersebut, melaporkan analisisnya, dan menjelaskan alasannya temuan penelitian berlaku atau tidak berlaku untuk perawatan pasien.
- Bandingkan data yang dikumpulkan dari pasien Anda dengan deskripsi kondisi tersebut di buku teks Anda. Apa persamaan dan perbedaannya? Mengapa?
- Pilih teori keluarga dan selesaikan penilaian keluarga menggunakan teori ini.

- Selidiki sistem di lingkungan klinis Anda untuk mencegah kesalahan pengobatan. Tulis laporan ringkasan dengan rekomendasi.

Rencana asuhan keperawatan memungkinkan siswa untuk menganalisis masalah kesehatan pasien dan merancang rencana perawatan. Dengan rencana perawatan, siswa dapat mencatat data penilaian, mengidentifikasi kebutuhan dan masalah pasien, memilih intervensi berbasis bukti, dan mengidentifikasi hasil yang akan diukur. Rencana perawatan harus dapat digunakan—rencana tersebut harus memandu siswa dalam merencanakan perawatan pasiennya, realistis, dan dapat diterapkan di lingkungan layanan kesehatan.

KRITERIA UMUM EVALUASI MAKALAH PADA KURSUS KLINIS

Isi (konten)

- Konten relevan dengan situasi pasien atau klinis.
- Kontennya akurat.
- Konsep dan teori penting disajikan.
- Konsep dan teori digunakan secara tepat untuk analisis.
- Kontennya komprehensif.
- Konten mencerminkan penelitian dan bukti terkini.
- Hipotesis, kesimpulan, dan keputusan didukung.

Organisasi

- Konten diatur secara logis.
- Ide-ide disajikan dalam urutan yang logis.
- Struktur paragraf sudah sesuai.
- Judul digunakan dengan tepat untuk menunjukkan area konten baru.

Proses

- Proses yang digunakan untuk sampai pada pendekatan, keputusan, penilaian, dan sebagainya sudah memadai.
- Konsekuensi dari keputusan dipertimbangkan dan ditimbang.
- Alasan yang masuk akal diberikan berdasarkan teori dan penelitian yang sesuai.
- Untuk makalah yang menganalisis isu, alasan mendukung posisi yang diambil.
- Berbagai perspektif dan pendekatan baru dipertimbangkan.

Gaya menulis

- Ide-ide dijelaskan dengan jelas.
- Struktur kalimatnya jelas.
- Tidak ada kesalahan tata bahasa.
- Tidak ada kesalahan ejaan.
- Tanda baca yang tepat digunakan.
- Tulisan tidak mengungkapkan bias terkait gender, orientasi seksual, identitas ras atau etnis, usia, atau disabilitas.
- Panjang kertas sesuai dengan persyaratan.
- Referensi dikutip dengan tepat di seluruh makalah.
- Referensi dikutip secara akurat sesuai format yang diperlukan

PENGUNAAN JURNAL KLINIS

- Merefleksikan pengalaman praktik klinis dan maknanya.
- Mendokumentasikan perasaan terkait praktik klinis dan merefleksikan maknanya secara pribadi dan profesional.
- Jelaskan persepsi pasien, keluarga, komunitas, dan pengalaman dengan penyedia layanan lain.
- Mengembangkan nilai-nilai dan keterampilan afektif.
- Menganalisis masalah dan dilema etika.
- Menilai pengetahuan dan kinerja seseorang.
- Identifikasi kesenjangan dalam pembelajaran dan cara meningkatkan kinerja.
- Menganalisis tindakan dan keputusan seseorang setelah pengalaman klinis.
- Rekam prestasi dalam praktik klinis.
- Berkomunikasi dengan guru klinis, pembimbing, dan pihak lain yang terlibat dalam pengalaman belajar.

CONTOH TUGAS TERTULIS SINGKAT UNTUK LATIHAN KLINIS

- Sekretaris unit lambat dalam memberi tahu staf perawat ketika pasien menggunakan bel panggilan mereka. Tampaknya hanya staf yang ditugaskan yang akan menjawab panggilan tersebut; perawat dan asisten lain yang kebetulan berada di dekat kamar pasien tidak akan merespons. Kembangkan proyek peningkatan kualitas untuk mengatasi masalah ini.
- Pilih intervensi atau pengobatan yang Anda gunakan dalam perawatan pasien. Cari bukti terkait intervensi atau pengobatan tersebut. Apa sumber bukti Anda? Ringkaslah kekuatan bukti dan diskusikan apa artinya bagi perawatan pasien.
- Baca artikel tentang kesepian. Tidak lebih dari satu halaman, jelaskan bagaimana Anda akan menggunakan konsep tersebut dalam penilaian.
- Jelaskan konsep perawatan yang berpusat pada pasien dan penggunaannya dalam lingkungan komunitas.
- Dalam hal apa kebutuhan dan permasalahan pasien Anda dibandingkan dengan deskripsi di buku teks Anda?
- Pasien Anda menjalani penggantian lutut dan melaporkan terlalu banyak rasa sakit sehingga tidak perlu menjalani terapi fisik. Dua jam yang lalu, perawat sebelumnya mencatat dalam rekam medis bahwa pasien “tidak merasakan sakit dan berjalan dua kali mengelilingi ruangan.” Apa dua cara berbeda untuk mendekati situasi ini? Apa yang akan Anda lakukan dan mengapa?

- Pasien Anda dirawat kembali karena gagal jantung kongestif. Dia gelisah, dan laju pernapasannya meningkat pesat. Dia menerima oksigen melalui kanula hidung dengan kecepatan 2 L/menit. Data tambahan apa yang akan Anda kumpulkan? Apa yang akan kamu lakukan selanjutnya? Berikan alasan atas jawaban Anda.
- Identifikasi keputusan yang Anda buat dalam praktik klinis yang melibatkan pasien atau staf. Jelaskan situasinya dan mengapa Anda merespons seperti itu. Usulkan pendekatan lain yang bisa digunakan.
- Jelaskan proses di unit Anda untuk serah terima di akhir shift. Perubahan apa yang akan Anda usulkan dalam proses tersebut dan mengapa?

Gunakan Bukti dalam Praktek Klinis (*Evidence Base Practice*)

Bagaimana keahlian klinis perawat dan preferensi serta nilai pasien berhubungan dengan EBP? Haruskah bukti lebih dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan dibandingkan preferensi pasien? Pimpin diskusi tentang topik ini di papan diskusi. Buat daftar intervensi untuk salah satu pasien Anda. Apa dasar bukti untuk masing-masing hal ini? Berikan alasan penggunaannya berdasarkan kekuatan bukti. Cantumkan sumber informasi yang Anda gunakan untuk menentukan basis bukti.

Bukti apa yang hilang, dan apa yang Anda usulkan?

Tinjau perawatan pasien Anda. Pilihlah satu permasalahan yang tidak dapat diatasi secara memadai dengan praktik yang ada saat ini. Cari bukti yang menyarankan perubahan dalam

praktik, evaluasi bukti, dan tulis makalah tentang bagaimana Anda akan mengubah praktik berdasarkan ulasan Anda. Apa yang akan Anda lakukan secara berbeda pada saat Anda merawat pasien tersebut atau pasien dengan masalah serupa?

Pilih intervensi dan temukan bukti menggunakan sumber daya dari Jurnal Keperawatan. Jelaskan bukti yang Anda temukan. Apakah hal ini membantu Anda mengambil keputusan mengenai efektivitas intervensi? Mengapa atau mengapa tidak? Bagaimana Anda menggunakan informasi ini dalam praktik klinis Anda? Siapkan makalah pendek.

7.3.2 Evaluasi dan Penilaian Latihan Klinis

Evaluasi klinis adalah proses dimana penilaian dibuat tentang kompetensi peserta didik dalam praktik. Praktik ini mungkin melibatkan perawatan pasien, keluarga, dan komunitas; jenis kegiatan pembelajaran lainnya dalam lingkungan klinis; kegiatan simulasi; kinerja berbagai keterampilan di laboratorium pembelajaran; atau aktivitas menggunakan multimedia. Paling sering, evaluasi klinis melibatkan pengamatan kinerja dan sampai pada penilaian tentang kompetensi siswa.

Guru mungkin mengumpulkan data yang berbeda untuk mengevaluasi hasil yang sama, dan ketika disajikan dengan serangkaian observasi tentang kinerja siswa dalam praktik klinis, mungkin terdapat sedikit konsistensi dalam penilaian mereka tentang seberapa baik kinerja siswa tersebut. Evaluasi klinis bukanlah suatu proses yang obyektif; ini melibatkan penilaian subjektif dari guru dan orang lain yang terlibat dalam proses tersebut. Nilai-nilai guru mempengaruhi evaluasi. Hal ini paling jelas terlihat dalam evaluasi klinis, dimana nilai-nilai guru

mempengaruhi observasi yang mereka lakukan terhadap siswa dan penilaian yang mereka buat mengenai kualitas kinerja mereka. Oleh karena itu, penting bagi guru untuk menyadari nilai-nilai mereka sendiri yang mungkin membuat penilaian mereka terhadap siswa menjadi bias.

Guru perlu menyadari preferensi ini untuk menghindari evaluasi yang tidak adil terhadap dimensi lain dari kinerja klinis siswa. Atau, jika guru terbiasa dengan kecepatan cepat di sebagian besar rangkaian perawatan akut, ketika bekerja dengan siswa pemula atau seseorang yang bergerak lambat, guru harus berhati-hati untuk tidak membiarkan pengalaman sebelumnya mempengaruhi ekspektasi kinerja. Mengingat evaluasi klinis tidak objektif, maka tujuannya adalah untuk membangun sistem evaluasi yang adil. Keadilan mensyaratkan bahwa:

- 1) Guru mengidentifikasi nilai, sikap, keyakinan, dan dirinya sendiri, bias yang mungkin mempengaruhi proses evaluasi.
- 2) Evaluasi klinis didasarkan pada hasil yang telah ditentukan atau kompetensi.
- 3) Guru mengembangkan lingkungan belajar klinis yang mendukung.

Para profesional bisnis yang cerdas dan organisasi yang tercerahkan mengetahui bahwa pelatihan tidak ada gunanya kecuali apa yang dipelajari diterapkan dalam pekerjaan, dan kinerja di tempat kerja selanjutnya berkontribusi terhadap hasil utama organisasi. Model Kirkpatrick Dunia Baru akan menunjukkan kepada Anda cara membuat rencana evaluasi pelatihan yang efektif untuk program apa pun sehingga Anda dapat menunjukkan nilai organisasi dari pekerjaan Anda. Pada saat yang sama, rencana yang efektif akan memastikan bahwa

sumber daya Anda yang berharga dan terbatas didedikasikan untuk program yang akan memberikan dampak paling besar.

Tidak semua Latihan klinis akan memberikan hasil di masing-masing bidang, dan beberapa Latihan mungkin ada jenis kompetensi lain yang unik untuk di praktikan dalam spesialisasi (peminatan) klinis tersebut. “Gunakan proses keperawatan dalam merawat anak” terlalu luas untuk dijadikan pedoman evaluasi. Hasil yang lebih spesifik seperti, “Melakukan penilaian sistematis terhadap anak-anak yang mencerminkan tahap perkembangan mereka,” “Mengevaluasi dampak masalah kesehatan pada anak dan keluarga,” dan “Mengidentifikasi sumber daya untuk mengelola penitipan anak di rumah” memperjelas kepada siswa apa yang diharapkan dari mereka dalam praktik klinis.

Kompetensi adalah kemampuan yang harus ditunjukkan oleh peserta didik dalam praktek klinis. Boland (2009) memandang kompetensi sebagai pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang perlu dikembangkan siswa. Bagi perawat yang berpraktik, kompetensi ini mencerminkan kemahiran dalam melakukan tugas tertentu atau melaksanakan peran mereka yang ditetapkan dalam lingkungan layanan kesehatan. Kompetensi perawat dinilai sebagai bagian dari pekerjaan awal dan orientasi pada lingkungan layanan kesehatan dan secara berkelanjutan.

Apa perbedaan antara angka di atas rata-rata dan/ atau antara angka 2 dan angka 1? Apakah ada konsensus di antara anggota fakultas yang menggunakan skala penilaian mengenai tingkat kinerja yang berbeda untuk setiap hasil, kompetensi, atau perilaku yang dievaluasi? Guru mungkin berbeda dalam penilaian siswa mengenai apakah siswa mengumpulkan data yang relevan, apakah berbagai sumber data digunakan, apakah database komprehensif, apakah semua kemungkinan diagnosis

keperawatan dipertimbangkan, dan sebagainya. Skala berdasarkan label frekuensi sering kali sulit diterapkan karena terbatasnya pengalaman siswa untuk berlatih dan menunjukkan tingkat keterampilan yang dinilai sebagai “selalu, biasanya, sering, kadang-kadang, dan tidak pernah.”

Tiga kesalahan pertama dapat terjadi pada alat yang memiliki banyak poin pada skala penilaian kinerja, seperti 1 hingga 5 atau di bawah rata-rata hingga luar biasa. Kesalahan lainnya dapat terjadi pada semua jenis skala penilaian kinerja klinis.

- 1) Kesalahan kelonggaran terjadi ketika guru cenderung menilai semua siswa pada skala yang tinggi.
- 2) Kesalahan tingkat keparahan (*severity error*) adalah kebalikan dari keringanan hukuman, yang cenderung menilai semua siswa berada pada skala yang rendah.
- 3) Kesalahan tendensi sentral adalah keragu-raguan untuk menandai salah satu ujung skala penilaian dan malah hanya menggunakan titik tengah skala.

6.3.3 Implikasi Keperawatan

Secara efektif dapat membantu peserta didik untuk meningkatkan keterampilan klinis, penilaian, komunikasi dan profesionalisme. Hal ini juga dapat mengintegrasikan pengetahuan teoritis, kompetensi praktis dan komunikasi peserta didik. Untuk menjaga dan meningkatkan kualitas akademik pengajaran klinis, evaluasi sangat penting. Evaluasi dan umpan balik pengajaran fakultas EM dapat ditingkatkan dengan menggunakan alat yang tepat, seperti skala penilaian yang didasari perilaku (*behaviorally-anchored rating scales/BARS*). BARS menggunakan perilaku spesifik yang dapat diamati (yaitu, jangkar perilaku) yang selaras dengan kompetensi di berbagai tingkat kemahiran (kompetensi).

BAB 7

PERSPEKTIF MASA DEPAN LINGKUNGAN KLINIS

Oleh Kasmawati

7.1 Pendahuluan

Pendidikan keperawatan terdiri dari teori dan praktek. Pembelajaran klinis membentuk setengah dari pengalaman pendidikan mahasiswa dalam pendidikan keperawatan. Bagian teoretis, dilakukan di ruang kelas dan laboratorium melalui ceramah, studi kasus, dan diskusi direktif, menyediakan siswa dengan kesempatan untuk mengembangkan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan nilai-nilai yang diajarkan. Sebagai pelengkap, klinis praktek membantu mahasiswa dalam mengembangkan pengetahuan klinis dan keterampilan [2], mengintegrasikan teori ke dalam praktik, dapatkan kesempatan untuk mendapatkan wawasan tentang peran perawat yang sebenarnya dan sementara itu memperluas harapan mereka terhadap karir masa depan (Woo MWJ, 2020).

7.2 Lingkungan Pembelajaran Klinis

7.2.1 Pengertian

Lingkungan pembelajaran klinis adalah jaringan kekuatan interaktif dalam pengaturan klinis yang mempengaruhi hasil belajar klinis siswa, dan juga berdampak pada persiapan magang mahasiswa dan kepuasan terhadap profesi keperawatan. Dalam

konteks baru ini, mahasiswa belajar bagaimana menerapkan keterampilan praktis, juga berinteraksi dengan pasien dan keterampilan lainnya diperoleh dalam kursus teori, selain itu, mengingat kewajiban perawat untuk melanjutkan profesional mereka pengembangan, pengalaman mereka tentang lingkungan pembelajaran klinis dan model pendampingan berdampak pada keputusan mereka dan motivasi sehubungan dengan tempat kerja lebih lanjut. Tidak seperti kursus teori di mana kegiatan belajar siswa terstruktur, siswa dalam pengaturan klinis sering terpapar untuk acara yang tidak direncanakan, seperti menghadapi tantangan pasien dan keluarga mereka, pengawasan yang buruk, kurangnya korespondensi antara panjang program magang dan tujuan yang ditentukan, yang semuanya dapat menyebabkan siswa mengalami tingkat stres dan kecemasan yang tinggi dengan demikian dapat mempengaruhi kesejahteraan mereka, serta pilihan karir masa depan. Jadi, lingkungan pembelajaran klinis berkualitas tinggi dan efektif diperlukan untuk memastikan mahasiswa keperawatan dapat maju kompetensi mereka dan meningkatkan kepercayaan diri sebagai profesional keperawatan independen (Rodriguez Dkk, 2021).

7.2.2 Penempatan Lingkungan Pembelajaran Klinis

Mempertimbangkan pentingnya penempatan klinis dalam pendidikan keperawatan, memantau lingkungan pembelajaran klinis dan untuk mengidentifikasi elemen-elemen yang perlu ditangani dan ditingkatkan sangat dihargai. Tubuh yang tumbuh dari penelitian telah mendokumentasikan hubungan antara kualitas lingkungan pembelajaran klinis dan kepuasan mahasiswa keperawatan dan kesejahteraan. LevettJones dkk. menyarankan agar siswa rasa memiliki dalam penempatan klinis meningkat percaya diri dan motivasi dalam belajar. Bukti menunjukkan bahwa dukungan mentor sangat penting untuk pengembangan profesional mahasiswa keperawatan dalam

praktik klinis, dan pengalaman positif dari mentor dapat meningkatkan motivasi siswa untuk melanjutkan profesi keperawatan. Pengalaman negatif dari lingkungan belajar juga terlihat seperti ketidaksukaan terhadap diri sendiri departemen, dan lingkungan belajar yang miskin di mana sikap negatif staf terhadap bekerja dengan lansia merasuki lingkungan belajar. Suasana pedagogis yang ditandai dengan rasa hormat, penerimaan dan kesempatan untuk belajar dengan mentor dan guru klinis sama-sama memiliki andil dalam pembuatannya pembelajaran klinis berhasil dan dapat diandalkan. Puas lingkungan belajar klinis dan supervisi akan mendukung pengembangan kompetensi klinis mahasiswa dan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap hasil pengalaman siswa (Najaf Kalyani, 2019).

Pentingnya pendidikan lingkungan belajar tercermin dalam banyak alat yang dikembangkan untuk mengukur mereka. Lingkungan Pembelajaran Klinis, Pengawasan dan Skala Guru adalah salah satunya, bertujuan evaluasi multidimensi persepsi mahasiswa keperawatan terhadap klinis penempatan dan untuk mengukur kualitas pendidikan klinis di unit rumah sakit. Saat ini studi menganggap bahwa meliputi lima elemen dasar pembelajaran klinis seperti supervisi dan/atau bimbingan, peran perawat guru, suasana pembelajaran yang kondusif di lingkungan, asuhan keperawatan yang diberikan di bangsal, dan kepemimpinan gaya manajer lingkungan, dapat menjadi instrumen yang berguna untuk menilai unsur-unsur lingkungan belajar klinis di tingkat internasional (Mikkonen Dkk, 2020).

7.2.3 Tujuan Lingkungan Pembelajaran Klinis

Penting untuk memiliki lebih banyak siswa untuk mempertimbangkan keperawatan sebagai pekerjaan prioritas dengan salah satu cara untuk mencapainya adalah dengan meningkatkan pengalaman belajar mahasiswa keperawatan selama masa praktik klinik. Dewan pendidikan juga mempertimbangkan medis kesejahteraan siswa sebagai bagian dari strategi untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan perawatan kesehatan. Kebutuhan untuk meningkatkan pendidikan keperawatan klinis merupakan aspek penting dari pelatihan mahasiswa. Memahami penilaian mahasiswa keperawatan tentang kesejahteraan mereka sendiri di tempat kerja klinis dapat memungkinkan pengembangan strategi langsung untuk meningkatkan hasil pembelajaran klinis. Semua dari mahasiswa keperawatan diperlukan menghadiri penempatan klinis, sangat penting untuk memeriksa persepsi siswa di lingkungan seperti itu. Tujuannya adalah untuk menganalisis persepsi mahasiswa keperawatan tentang lingkungan belajar klinis dan pengawasan, dan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhinya. menganalisis hubungan antara lingkungan belajar klinis dan niat untuk tinggal di rumah sakit itu setelah lulus (Kurt dan Eskimez, 2022).

7.3 Masa Depan Lingkungan Klinis

Kami ingin memberikan pandangan tentang mahasiswa keperawatan, lingkungan pembelajaran klinis dan pengawasan di rumah sakit tempat mereka melakukan penempatan klinis. Di seluruh siswa merasakan lingkungan dan pengawasan pembelajaran klinis yang menguntungkan, mencatat tingkat tinggi niat untuk menjadi perawat di masa depan. Bukti

menunjukkan bahwa perawat menawarkan asuhan keperawatan yang lebih baik. Perawat memiliki tingkat penalaran yang lebih tinggi, berpikir kritis dan membuat penilaian klinis yang baik ketika melaksanakan perawatan pasien. Dengan akademik yang lebih tinggi kualifikasi, mungkin untuk memiliki superioritas psikologis, yang dapat menyebabkan ketidakpuasan orang lain dan meningkatkan kontradiksi dan konflik dengan orang lain. Saat ini, wawancara kualitatif semi-terstruktur bisa menjadi fitur studi masa depan yang meneliti hubungan sebab akibat antara latar belakang pendidikan dan pembelajaran klinis lingkungan dan pengawasan mahasiswa keperawatan (Ziba dan Yakong, 2021).

Temuan kami menunjukkan bahwa suasana pedagogis di bangsal adalah faktor yang mempengaruhi perawat siswa. Motivasi untuk memilih keperawatan sebagai karir. Siswa membutuhkan lingkungan dan suasana belajar klinis yang ada didukung, dihormati dan didorong, yang penting untuk penguasaan keterampilan praktek klinis. Lingkungan belajar klinis yang baik tercipta melalui suasana belajar yang inspiratif, orientasi siswa terhadap lingkungan kerja, dan hubungan interpersonal yang positif antara siswa dan tutor. Positif suasana belajar memungkinkan siswa untuk memiliki hubungan yang lebih positif dengan anggota tim lainnya, untuk benar-benar merasakan terlibat dalam kegiatan lingkungan, dan menjadi lebih termotivasi untuk mengeksplorasi keterampilan baru dalam praktek klinis. Namun, gaya kepemimpinan manajer bangsal tetap menjadi elemen kunci dari pengalaman belajar di Pengaturan klinis. Namun, lingkungan belajar yang baik ditandai dengan gaya kepemimpinan demokratis, jika manajer lingkungan sadar kebutuhan fisik dan emosional siswa, dan mendorong mereka untuk berpartisipasi dalam semua jenis promosi pembelajaran pengalaman, yang akan membantu merangsang

minat siswa dalam praktik klinis. Model Kepemimpinan Multifaktorial menyatakan bahwa karyawan cenderung tertarik dengan pemimpin yang menunjukkan sifat antusias dan optimis dan yang tahu bagaimana membuat rencana jangka panjang. Ada kemungkinan bahwa gaya kepemimpinan klinis yang atraktif menyediakan lingkungan belajar yang aman ketika pelajar mengetahui apa yang diharapkan dari mereka. Kami menyarankan bahwa diperlukan studi empiris lebih lanjut tentang peran pemimpin klinis dalam pendidikan keperawatan sarjana dan studi yang membandingkan gaya kepemimpinan (Adam Dkk, 2021).

Umpan balik tentang kinerja klinis mahasiswa keperawatan dan kepuasan sangat penting untuk pembelajaran efektif mereka dalam klinis praktek. Namun, ini tidak berhasil karena kebanyakan preceptor tidak mengetahui nama siswa, dan siswa merasa tidak enak saat pergi ke bangsal atau pengambilan bagian dalam diskusi. Selama praktik klinis, itu adalah satu tentang tanggung jawab utama pembimbing untuk menyediakan lebih banyak kesempatan kepada siswa untuk berperan serta dalam kegiatan lingkungan, sehingga menciptakan tingkat antusiasme dan motivasi yang lebih tinggi untuk belajar sekaligus meningkatkan mereka kepercayaan diri. Ini berkontribusi pada peningkatan kepuasan mahasiswa keperawatan dengan keperawatan bangsal pekerjaan, yang merupakan faktor lain yang mempengaruhi karir siswa maksud. Seorang siswa ditugaskan untuk berpengalaman perawat klinis yang akan membimbing siswa sepanjang penempatan pada basis satu-ke-satu. Meskipun lebih sedikit siswa menerima pengawasan dari basis satu-ke-satu selama penempatan klinis mereka, ini menemukan bahwa siswa dalam model ini (memiliki pembimbing yang sama sepanjang waktu). Lebih puas dengan lingkungan belajar klinis mereka daripada mereka yang memiliki

guru yang berbeda setiap hari. Temuan konsisten yang menunjukkan bahwa siswa dengan pembimbing yang sama selama lebih positif mengenai hubungan pengawasan dan suasana pedagogis. Ditemukan bahwa hubungan satu-ke-satu antara siswa dan tutor membantu siswa untuk meningkatkan peran mereka sosialisasi, kompetensi klinis, kepercayaan diri, dan berpikir kritis. Sementara itu, kami menemukan bahwa sebagian besar siswa lebih suka menugaskan guru tetap karena guru memberi mereka umpan balik dan pembelajaran peluang. Selain itu, tutorial satu-ke-satu sistem memberikan kesempatan kepada siswa untuk berkembang kepercayaan diri, yang kondusif untuk perbaikan dan pengembangan keterampilan psikomotor siswa, yang memiliki dampak yang besar pada pilihan mahasiswa keperawatan karir (Specchia Dkk, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Sri Melfa Damanik, Erita Sitorus. 2019. *Buku Materi Pengajaran Kepawatan Anak*. BPM.UKI CS—29-KA-PK-2019
- Adam AB, Druye AA, Kumi-Kyereme A, Osman W, Alhassan A. 2021. *Nursing and midwifery Students' satisfaction with their clinical rotation experience: the role of the clinical learning environment*. Nurs Res Pract. 2021;2021:7258485. <https://doi.org/10.1155/2021/7258485>
- Kurt E, Eskimez Z. 2022. *Examining self-regulated learning of nursing students in clinical practice: a descriptive and cross-sectional study*. Nurse Educ Today. 2022;109:105242. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105242>.
- Mikkonen K, Tomietto M, Cicolini G, Kaucic BM, Filej B, Riklikiene O, et al. 2020. *Development and testing of an evidence-based model of mentoring nursing students in clinical practice*. Nurse Educ Today. 2020;85:104272. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104272>.
- Najaf Kalyani M, Jamshidi N, Molazem Z, Torabizadeh C, Sharif F. 2019. *How do nursing students experience the clinical learning environment and respond to their experiences? A qualitative study*. BMJ Open. 2019;9(7):e028052. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028052>
- Rodríguez-García MC, Gutiérrez-Puertas L, Granados-Gámez G, AguileraManrique G, Márquez-Hernández VV. 2021. *The connection of the clinical learning environment and supervision of nursing students with student satisfaction and future intention to work in clinical placement hospitals*. J Clin Nurs.2021;30(7-8):986-94. <https://doi.org/10.1111/jocn.15642>.

- Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, et al. 2021. *Leadership styles and Nurses' job satisfaction. Results of a systematic review*. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):1552. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
- Woo MWJ, Li W. 2020. *Nursing students' views and satisfaction of their clinical learning environment in Singapore*. Nurs Open. 2020;7(6):1909–19. <https://doi.org/10.1002/nop2.581>.
- Ziba FA, Yakong VN, Ali Z. 2021. *Clinical learning environment of nursing and midwifery students in Ghana*. BMC Nurs. 2021;20(1):14. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00533-8>.

BAB 8

PENDIDIKAN KESEHATAN PERENCANAAN PULANG DALAM PERSIAPAN PERAWATAN DI RUMAH

Oleh Nandar Wirawan

8.1 Pendahuluan

8.1.1 Pengertian dan tujuan pendidikan kesehatan perencanaan pulang

Pendidikan kesehatan perencanaan pulang adalah suatu upaya untuk memberikan informasi, keterampilan, dan motivasi kepada pasien dan keluarganya agar mereka dapat merencanakan dan melaksanakan pemulangan pasien dengan aman dan efektif. Tujuan utama dari pendidikan kesehatan perencanaan pulang adalah untuk memastikan bahwa pasien memiliki pemahaman yang baik tentang kondisi mereka, mengikuti perawatan dengan benar setelah pulang, dan mampu mengelola kesehatan mereka dengan mandiri.

Tujuan Pendidikan Kesehatan Perencanaan Pulang

- Meningkatkan Pemahaman Pasien: Membantu pasien dan keluarganya memahami diagnosis, kondisi kesehatan, dan perawatan yang diberikan.
- Meningkatkan Keterampilan Pasien: Memberikan keterampilan yang diperlukan untuk mengelola perawatan,

termasuk pemberian obat, perawatan luka, dan perawatan diri.

- Mengurangi Risiko Kembali ke Rumah Sakit: Mengurangi risiko pasien untuk kembali ke rumah sakit karena komplikasi yang dapat dicegah.
- Meningkatkan Kualitas Hidup: Membantu pasien menjalani kehidupan yang lebih sehat dan produktif setelah pulang.
- Meningkatkan Dukungan Keluarga: Melibatkan keluarga dalam perencanaan pulang untuk mendukung perawatan pasien di rumah.

Pendidikan kesehatan dapat memberikan dampak positif bagi individu dan masyarakat. (Piconi & Pietro, 2019) menekankan bahwa pendidikan kesehatan adalah sumber informasi bersertifikat yang memotivasi individu untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan mereka, mencegah penyakit, dan mengurangi perilaku berisiko.

Pendidikan kesehatan dapat memberikan manfaat yang luas, termasuk meningkatkan literasi kesehatan, mengurangi perilaku berisiko, dan mempromosikan kebijakan kesehatan jangka panjang. Pendidikan kesehatan dalam perencanaan perawatan di rumah dapat berkontribusi dalam mengurangi tingkat kekambuhan pasien di rumah sakit. Perencanaan pemulangan, yang berfokus pada pemberian edukasi kesehatan kepada pasien terkait nutrisi, pengobatan, aktivitas, dan instruksi khusus, dapat membantu pasien untuk mengelola kondisi mereka dengan lebih baik dan mencegah rawat inap ulang (Efendi et al., 2022a). Demikian pula, edukasi dalam perawatan kesehatan di rumah dapat meningkatkan hasil dan efisiensi dengan memenuhi kebutuhan yang lebih luas dan meningkatkan keterampilan asisten kesehatan di rumah (Casebeer et al., 2022).

Dalam konteks perawatan transisi, pendidikan memainkan peran penting dalam meningkatkan hasil. Manajer layanan kesehatan dapat meningkatkan perawatan transisi dengan mendukung personel, memberikan pendidikan berkelanjutan, memberlakukan pendekatan perawatan, mengoordinasikan perawatan di antara tim layanan kesehatan, dan memperjelas ekspektasi layanan perawatan di rumah (Udod et al., 2022). Dengan mengatasi faktor-faktor ini, dampak perawatan transisi dapat dioptimalkan.

Pendidikan kesehatan dalam perencanaan perawatan di rumah menawarkan banyak manfaat. Ini memberdayakan staf perawatan di rumah, mengurangi tingkat kekambuhan pasien, meningkatkan kualitas perawatan kesehatan di rumah, mengatasi masalah kesehatan tertentu, meningkatkan kepekaan budaya dan perawatan yang berpusat pada pasien, meningkatkan hasil perawatan transisi, dan mempromosikan model rumah sakit yang berpusat pada pasien. Dengan memasukkan edukasi ke dalam perencanaan rumah, individu dapat menerima pengetahuan dan dukungan yang mereka butuhkan untuk mengelola kesehatan mereka secara efektif.

8.1.2 Manfaat dan tantangan pendidikan kesehatan perencanaan pulang

Perawatan di rumah telah terbukti memiliki banyak manfaat, termasuk peningkatan kepuasan keluarga, peningkatan hasil kesehatan, efektivitas biaya yang signifikan, dan penghindaran perpindahan anak/keluarga saat berada di rumah (Kalhor et al., 2022). Manfaat-manfaat ini menyoroti potensi dampak positif dari pendidikan kesehatan di rumah bagi individu dan keluarga.

Manfaat:

- Peningkatan Kesadaran Pasien: Pasien dapat lebih sadar tentang kondisi mereka dan perawatan yang diperlukan.
- Pengurangan Risiko Kegagalan Perawatan: Dengan pemahaman yang lebih baik, pasien cenderung mengikuti perawatan dengan benar.
- Peningkatan Kualitas Hidup: Pasien dapat hidup dengan lebih baik dan lebih sehat setelah pulang.
- Pengurangan Biaya Perawatan Kesehatan: Dengan pengurangan jumlah pasien yang harus kembali ke rumah sakit, biaya perawatan kesehatan dapat berkurang.

Tantangan:

- Keterbatasan Waktu: Tenaga medis mungkin memiliki waktu terbatas untuk memberikan pendidikan kesehatan.
- Pemahaman Pasien: Beberapa pasien mungkin sulit memahami informasi medis kompleks.
- Bahasa dan Budaya: Perbedaan bahasa dan budaya antara penyedia layanan kesehatan dan pasien dapat menjadi hambatan.
- Keterlibatan Keluarga: Tidak semua keluarga pasien dapat terlibat secara aktif dalam perencanaan pulang.
- Tantangan Teknologi: Beberapa pasien mungkin tidak memiliki akses ke teknologi untuk mendapatkan informasi tambahan setelah pulang.

Pendidikan kesehatan di rumah menawarkan banyak manfaat, termasuk peningkatan interaksi antara orang tua dan anak, peningkatan kepuasan keluarga, dan efektivitas biaya. Namun, tantangan seperti kurangnya pendidikan berkelanjutan, perencanaan pemulangan yang tidak memadai, dan kendala ekonomi perlu diatasi untuk memastikan keberhasilan dan efektivitas inisiatif pendidikan kesehatan di rumah.

8.1.3 Prinsip dan langkah-langkah pendidikan kesehatan perencanaan pulang

Perencanaan pemulangan pasien merupakan proses penting dalam pengaturan layanan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan pasien pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk mengelola kesehatan mereka setelah keluar dari rumah sakit. Proses ini melibatkan penilaian kebutuhan yang komprehensif, perawatan kolaboratif dan berpusat pada pasien, manajemen ketersediaan sumber daya, koordinasi perawatan dan layanan, peran perencana pemulangan, dan pengembangan rencana pemulangan (Xiao et al., 2019a). Rencana pemulangan mencakup diskusi tentang nutrisi, manajemen pengobatan, kegiatan atau pelatihan, dan instruksi khusus terkait tanda dan gejala penyakit pasien (Efendi et al., 2022a). Pelaksanaan discharge planning membutuhkan keterlibatan berbagai tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, ahli gizi, apoteker klinik, dan fisioterapis (Noviyanti et al., 2019).

Salah satu aspek penting dalam perencanaan pemulangan pasien adalah pemberian edukasi pasien. Edukasi pasien yang memadai memainkan peran penting dalam mencapai hasil kesehatan yang diinginkan dan mengurangi tingkat rawat inap (Abdul-Kareem et al., 2019). Hal ini mencakup metode standar edukasi pasien, mengatur tindak lanjut rawat jalan, dan mengevaluasi pasien untuk program rehabilitasi (Fitz et al.,

2020a). Edukasi yang diberikan harus disesuaikan dengan kebutuhan spesifik pasien dan harus mencakup topik-topik seperti perawatan diri, manajemen pengobatan, dan pencegahan komplikasi. Penting juga untuk mempertimbangkan faktor budaya dan gaya hidup pasien, terutama di populasi Asia, untuk memastikan bahwa edukasi yang diberikan relevan dan efektif (Makabe et al., 2023).

Selain edukasi pasien, perencanaan pemulangan juga harus melibatkan edukasi anggota keluarga atau pengasuh yang akan bertanggung jawab untuk mendukung perawatan pasien di rumah. Keterlibatan pendamping dan pengasuh dalam proses edukasi sangat penting, karena mereka memainkan peran penting dalam pemulihan pasien dan kepatuhan terhadap rencana pemulangan pasien. Materi dan sumber daya pendidikan harus dikembangkan untuk mendukung pendidikan pendamping dan pengasuh, terutama dalam konteks perawatan stroke (da Silva Fernandes et al., 2022).

Untuk memastikan keberhasilan implementasi perencanaan pemulangan dan pendidikan kesehatan, kolaborasi interdisipliner sangat penting. Perencanaan pemulangan melibatkan koordinasi berbagai disiplin ilmu, termasuk keperawatan, kedokteran, psikologi, radiologi, dan kebidanan, untuk memberikan perawatan dan layanan yang optimal kepada pasien (Wiryawan & Adhuri, 2022a). Kolaborasi interdisipliner memungkinkan pendekatan holistik untuk perawatan pasien dan memastikan bahwa semua aspek kesehatan dan kesejahteraan pasien ditangani (Rahpeima et al., 2022). Kolaborasi ini juga memfasilitasi berbagi pengetahuan dan keahlian di antara para profesional kesehatan, yang mengarah pada peningkatan hasil pasien (Lu et al., 2020a).

Selain itu, penggunaan teknologi, seperti telemedicine, dapat meningkatkan efektivitas perencanaan pemulangan pendidikan kesehatan. Telemedicine memungkinkan komunikasi dan konsultasi jarak jauh antara penyedia layanan kesehatan dan pasien, sehingga memungkinkan pemberian edukasi dan dukungan bahkan setelah pasien keluar dari rumah sakit. Namun, penting untuk mengatasi faktor sosial dan ekonomi yang dapat memengaruhi akses ke layanan telemedicine, seperti rasisme, distribusi sumber daya, dan akses pendidikan (Drake et al., 2022).

Prinsip:

- **Pertimbangkan Kebutuhan Pasien:** Personalisasi pendidikan kesehatan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.
- **Keterlibatan Pasien:** Libatkan pasien aktif dalam perencanaan perawatan dan pemulangan mereka.
- **Komunikasi yang Efektif:** Sampaikan informasi dengan jelas dan gunakan bahasa yang mudah dimengerti.
- **Penggunaan Media:** Gunakan media visual, brosur, atau video untuk membantu pasien memahami informasi.
- **Evaluasi Berkala:** Evaluasi pemahaman pasien secara berkala dan koreksi jika diperlukan.

Langkah-langkah:

- **Identifikasi Kebutuhan Pasien:** Evaluasi kondisi dan kebutuhan pasien.
- **Pengumpulan Informasi:** Kumpulkan informasi tentang diagnosis, perawatan, dan perencanaan pulang.

- **Penyampaian Informasi:** Sampaikan informasi dengan jelas dan jawab pertanyaan pasien.
- **Demonstrasi Keterampilan:** Ajarkan keterampilan yang diperlukan, seperti cara mengambil obat atau merawat luka.
- **Rekam dan Evaluasi:** Rekam perkembangan pemahaman dan keterampilan pasien. Evaluasi secara berkala.
- **Keterlibatan Keluarga:** Ajak keluarga dalam perencanaan dan edukasi kesehatan.
- **Pemantauan Pasca-Pulang:** Pantau perkembangan pasien setelah pulang dan berikan dukungan tambahan jika diperlukan.

Perencanaan pemulangan pendidikan kesehatan adalah proses yang kompleks yang melibatkan penilaian kebutuhan yang komprehensif, perawatan kolaboratif dan berpusat pada pasien, manajemen ketersediaan sumber daya, koordinasi perawatan dan layanan, peran perencana pemulangan, dan pengembangan rencana pemulangan. Proses ini membutuhkan keterlibatan berbagai tenaga kesehatan profesional dan penyediaan edukasi pasien yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik pasien. Kolaborasi interdisipliner dan penggunaan teknologi, seperti telemedicine, dapat meningkatkan efektivitas perencanaan pemulangan dan edukasi kesehatan. Namun demikian, penting untuk memperhatikan faktor sosial dan ekonomi yang dapat memengaruhi akses ke layanan kesehatan dan pendidikan.

8.2 Metode dan Media Pendidikan Kesehatan perencanaan Pulang

8.2.1 Metode verbal (Wawancara, Konseling, Diskusi, Ceramah, dll)

Metode pendidikan kesehatan secara verbal, seperti wawancara, konseling, diskusi, dan ceramah, memainkan peran penting dalam menyebarkan informasi dan mendorong perubahan perilaku. Metode-metode ini memungkinkan terjadinya interaksi langsung antara pendidik dan audiens, memfasilitasi pertukaran pengetahuan dan menjawab pertanyaan atau kekhawatiran (Patterson et al., 2019).

Metode verbal adalah pendekatan komunikasi yang menggunakan kata-kata dan bahasa untuk menyampaikan informasi. Dalam konteks pendidikan kesehatan, metode ini sering digunakan untuk berinteraksi dengan individu atau kelompok untuk menyampaikan pesan kesehatan. Beberapa contoh metode verbal meliputi:

- **Wawancara:** Wawancara adalah proses interaksi antara penyedia layanan kesehatan dan pasien atau individu untuk mengumpulkan informasi, memahami masalah kesehatan, dan memberikan rekomendasi perawatan.
- **Konseling:** Konseling kesehatan adalah proses komunikasi antara seorang konselor kesehatan dan pasien untuk memberikan dukungan emosional, memberikan informasi, dan membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan mereka.
- **Diskusi:** Diskusi adalah metode kolaboratif di mana sekelompok individu berbicara tentang topik kesehatan tertentu, berbagi pengalaman, dan memecahkan masalah bersama.

- **Ceramah:** Ceramah adalah penyampaian informasi kesehatan kepada kelompok yang lebih besar oleh seorang ahli atau narasumber.
- **Pertemuan Kelompok:** Dalam pertemuan kelompok, seorang fasilitator memoderasi diskusi atau kegiatan berbasis kelompok untuk menciptakan pemahaman dan kesadaran tentang topik kesehatan tertentu.

Metode pendidikan kesehatan secara lisan, termasuk wawancara, konseling, diskusi, dan ceramah, merupakan alat yang berharga untuk menyebarkan informasi, mendorong perubahan perilaku, dan meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap berbagai topik kesehatan. Metode-metode ini dapat disesuaikan dengan populasi dan konteks tertentu untuk memaksimalkan efektivitasnya.

8.2.2 Metode non-verbal (Demonstrasi, Simulasi, Role Play, Leaflet, Poster, Video dll)

Metode pendidikan kesehatan non-verbal, seperti demonstrasi, simulasi, permainan peran, selebaran, poster, dan video, telah banyak digunakan dan dipelajari di berbagai layanan kesehatan. Metode-metode ini telah menunjukkan efektivitas dalam meningkatkan hasil pasien, meningkatkan pengetahuan, mengubah perilaku, dan mengurangi stigma. Metode non-verbal melibatkan penggunaan ekspresi tubuh, visual, dan tindakan fisik untuk menyampaikan pesan kesehatan. Ini dapat membantu individu memahami informasi kesehatan dengan cara yang lebih visual atau praktis. Beberapa contoh metode non-verbal meliputi:

- **Demonstrasi:** Demonstrasi adalah cara efektif untuk memperlihatkan bagaimana melakukan tindakan perawatan seperti membersihkan luka atau penggunaan peralatan medis.

- **Simulasi:** Simulasi melibatkan penggunaan model atau situasi yang mirip dengan situasi nyata untuk melatih individu dalam menghadapi masalah kesehatan atau situasi darurat.

Pendidikan berbasis simulasi, termasuk simulasi in situ, telah semakin banyak diterapkan sebagai metode pengajaran di bidang kesehatan. Metode ini telah terbukti memiliki efek positif terhadap hasil akhir pasien (Goldshtein et al., 2020). Simulasi memungkinkan peserta didik untuk mempraktikkan keterampilan dan skenario dalam lingkungan yang aman dan terkendali, yang dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri mereka.

- **Role Play:** Dalam role play, individu berperan sebagai karakter tertentu untuk berlatih situasi tertentu, seperti berbicara dengan pasien atau keluarganya tentang perawatan kesehatan.
- **Leaflet dan Poster:** Materi visual seperti leaflet dan poster digunakan untuk menyediakan informasi kesehatan yang mudah dipahami dan diakses oleh individu yang memerlukan.

Selebaran telah umum digunakan sebagai media pendidikan kesehatan dan terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan (Nurkhayati et al., 2022). Leaflet mudah diakses, dapat dibaca secara individu, dan dapat berisi informasi yang dipersonalisasi. Leaflet telah digunakan dalam berbagai konteks kesehatan, termasuk edukasi menyusui (da Rosa et al., 2019), edukasi kesehatan reproduksi (Hastuti et al., 2021), dan promosi kesehatan (Mahardika & Widyandari, 2023).

- **Video:** Video edukasi kesehatan adalah alat yang kuat untuk menunjukkan contoh perawatan, perilaku kesehatan, atau informasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Video juga telah banyak digunakan sebagai metode untuk menyampaikan pesan pendidikan kesehatan. Video efektif, mudah diakses, dan murah, sehingga cocok untuk menjangkau audiens yang luas. Video telah digunakan di ruang tunggu gigi (McNab & Skapetis, 2019), untuk mengajarkan keterampilan klinis kepada mahasiswa kedokteran (George et al., 2019), dan untuk meningkatkan kompetensi kesehatan mental melalui pendidikan pekerjaan sosial (Lee et al., 2020). Video animasi telah ditemukan untuk mengurangi kesalahan dalam manual lisan dan pendidikan tradisional (Wang et al., 2022).

Selain selebaran dan video, metode non-verbal lainnya seperti demonstrasi, simulasi, dan permainan peran juga efektif dalam pendidikan kesehatan. Demonstrasi praktis dan sarana audio-visual yang digunakan bersama dengan selebaran menunjukkan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan distribusi materi cetak yang terisolasi (Yücel et al., 2020). Pelatihan tim berbasis simulasi telah terbukti dapat meningkatkan keterampilan teknis dalam kegawatdaruratan obstetri. Permainan peran dan simulasi telah digunakan untuk meningkatkan kompetensi kesehatan mental dalam pendidikan pekerjaan sosial (Lee et al., 2020).

Secara keseluruhan, metode pendidikan kesehatan non-verbal, termasuk demonstrasi, simulasi, permainan peran, selebaran, poster, dan video, telah digunakan secara luas dan telah menunjukkan keefektifan dalam berbagai konteks kesehatan. Metode-metode ini memberikan kesempatan untuk belajar secara langsung, informasi yang dipersonalisasi, dan menjangkau audiens yang luas. Metode-metode ini dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri,

serta berkontribusi pada peningkatan hasil dan perubahan perilaku pasien.

8.2.3. Media pendidikan kesehatan (Buku, Poster, Pamflet, Modul, dll)

Media edukasi kesehatan, seperti buku, poster, pamflet, dan modul, memainkan peran penting dalam merencanakan pemulihan kesehatan. Materi edukasi ini dapat memberikan informasi dan dukungan yang berharga bagi individu yang sedang dalam masa pemulihan dari berbagai kondisi kesehatan (Guo et al., 2021). Demikian pula, penggunaan media edukasi kesehatan dapat berkontribusi dalam mengurangi perawatan yang terlewatkan serta meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien (Moura et al., 2020).

Media pendidikan kesehatan adalah alat yang digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan dengan efektif dan dapat mencakup berbagai jenis media. Beberapa contoh media pendidikan kesehatan meliputi:

- **Buku:** Buku kesehatan adalah sumber informasi yang dapat digunakan untuk belajar lebih lanjut tentang topik-topik kesehatan tertentu.
- **Poster:** Poster kesehatan sering digunakan untuk menampilkan informasi penting tentang topik kesehatan, seperti imunisasi, pola makan sehat, atau tanda-tanda bahaya.
- **Pamflet:** Pamflet adalah bahan cetak yang berisi informasi singkat dan mudah dimengerti tentang topik kesehatan tertentu.
- **Modul:** Modul kesehatan adalah panduan belajar yang lebih komprehensif, digunakan untuk memberikan pengetahuan yang mendalam tentang topik kesehatan.

- **Media Digital:** Media digital, seperti situs web, aplikasi mobile, dan media sosial, digunakan untuk menyediakan informasi kesehatan secara online dan mencapai khalayak yang lebih luas.

Pemilihan metode komunikasi dan media pendidikan kesehatan yang tepat tergantung pada sasaran audiens, tujuan pembelajaran, serta sumber daya yang tersedia. Kombinasi metode verbal dan non-verbal, bersama dengan media yang sesuai, dapat meningkatkan efektivitas pendidikan kesehatan dan membantu individu dalam mengambil keputusan yang lebih baik terkait kesehatan mereka.

8.3 Isi dan Materi Pendidikan Kesehatan Perencanaan Pulang

Perencanaan pemulangan adalah komponen penting dalam pelayanan kesehatan yang berfokus pada pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien untuk mendiskusikan berbagai aspek perawatan mereka, termasuk nutrisi, manajemen pengobatan, kegiatan atau pelatihan, dan instruksi khusus mengenai tanda dan gejala penyakit mereka (Efendi et al., 2022). Ini adalah proses sistematis yang melibatkan penilaian, persiapan, dan koordinasi di antara berbagai disiplin ilmu kesehatan untuk memastikan pemberian layanan yang optimal (Wiryawan & Adhuri, 2022). Tujuan dari perencanaan pemulangan adalah untuk membuat rencana perawatan yang disesuaikan sebelum rawat inap untuk mengoptimalkan hasil klinis dan menurunkan biaya perawatan kesehatan dengan memastikan pemulangan yang tepat waktu dan kolaborasi dengan penyedia layanan kesehatan setelah pasien keluar dari rumah sakit (Amina et al., 2022).

8.3.1 Informasi tentang Diagnosis, Prognosis, dan Pengobatan Pasien

Salah satu aspek penting dalam perencanaan pemulangan adalah pemberian edukasi kesehatan kepada pasien. Edukasi kesehatan memainkan peran penting dalam memberdayakan pasien untuk mengambil kendali atas kesehatan mereka sendiri dan membuat keputusan yang tepat tentang perawatan mereka. Hal ini termasuk mengedukasi pasien tentang diagnosis, prognosis, dan pilihan pengobatan mereka (Lu et al., 2020b).

- **Diagnosis** : Penjelasan mengenai kondisi medis pasien, Informasi tentang hasil tes dan pemeriksaan yang telah dilakukan.
- **Prognosis** : Penjelasan tentang perkiraan perkembangan penyakit, Harapan dalam pemulihan pasien.
- **Pengobatan** : Rincian obat-obatan yang diberikan dan cara penggunaannya, Tindakan medis yang diperlukan, seperti operasi atau terapi.

Para profesional kesehatan menyadari pentingnya menggabungkan perawatan interdisipliner dan materi edukasi pasien untuk meningkatkan hasil pasien (Lu et al., 2020b). Edukasi perencanaan pemulangan pasien sering kali mencakup konten mengenai pencegahan dislokasi dan instruksi khusus yang disesuaikan dengan gaya hidup dan praktik budaya pasien (Makabe et al., 2023).

Perencanaan pemulangan yang efektif juga melibatkan komunikasi dan kolaborasi di antara penyedia layanan kesehatan. Hal ini mencakup identifikasi risiko rawat inap ulang, rekonsiliasi obat, komunikasi dengan layanan kesehatan, tindak lanjut rawat jalan setelah pasien pulang, dan kunjungan rumah. Intervensi sebelum pasien pulang, seperti edukasi, rekonsiliasi obat, dan penjadwalan janji temu tindak lanjut, sangat penting

untuk menurunkan angka rawat inap di rumah sakit (Acosta et al., 2022a). Standarisasi diskusi dengan pasien, isi surat pemulangan, dan penyampaian instruksi pasca operasi dapat membantu pasien memahami diagnosis, perawatan bedah, dan proses tindak lanjut (Mohamed & Ramula, 2021).

Dokumentasi merupakan bagian integral dari perencanaan pemulangan. Hal ini melibatkan pencatatan semua aspek perawatan pasien, termasuk hasil pemeriksaan awal, diagnosis, prognosis, rencana perawatan, intervensi, respons terhadap intervensi, dan perubahan kondisi pasien (Shakshouk et al., 2019) . Dokumentasi berfungsi sebagai sumber daya yang berharga bagi penyedia layanan kesehatan dan dapat digunakan sebagai bahan dokumentasi keperawatan (Sudrajat et al., 2021). Hal ini juga membantu dalam penilaian kualitas perawatan yang diberikan dan dapat digunakan sebagai alat audit (Shakshouk et al., 2019).

Perencanaan pemulangan adalah proses komprehensif yang melibatkan pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien, mengoordinasikan perawatan di antara penyedia layanan kesehatan, dan memastikan komunikasi dan dokumentasi yang efektif. Hal ini bertujuan untuk memberdayakan pasien agar dapat mengendalikan kesehatan mereka, mengoptimalkan hasil klinis, dan mengurangi biaya perawatan kesehatan. Dengan menggabungkan perawatan interdisipliner, materi edukasi pasien, dan pertimbangan budaya, perencanaan pemulangan pasien dapat meningkatkan hasil akhir pasien dan meningkatkan kualitas perawatan secara keseluruhan.

8.3.2 Informasi tentang Kebutuhan dan Tindakan Perawatan di Rumah

Perencanaan pemulangan pasien merupakan aspek penting dalam layanan kesehatan yang bertujuan untuk memastikan transisi yang lancar bagi pasien dari rumah sakit ke rumah atau tempat perawatan lainnya. Hal ini melibatkan pemberian informasi, sumber daya, dan dukungan yang diperlukan kepada pasien untuk mengelola kesehatan dan kesejahteraan mereka setelah keluar dari rumah sakit (Efendi et al., 2022a). Kebutuhan dan tindakan perawatan di rumah merupakan bagian integral dari perencanaan pemulangan pasien, karena berfokus pada pemenuhan kebutuhan perawatan khusus pasien di lingkungan rumah mereka (da Silva Fernandes et al., 2022).

Sebuah studi membandingkan hasil dari pasien yang dipulangkan ke rumah dengan perawatan kesehatan di rumah dibandingkan dengan pasien yang dipulangkan ke fasilitas keperawatan terampil. Studi ini menemukan bahwa pasien yang menerima perawatan kesehatan di rumah memiliki tingkat rawat inap yang lebih rendah dan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang dipulangkan ke fasilitas perawatan terampil (Werner et al., 2019a). Hal ini menyoroti pentingnya layanan perawatan di rumah dalam memfasilitasi transisi yang sukses dan mengurangi kebutuhan rawat inap kembali.

Perencanaan pemulangan yang efektif melibatkan pemberian edukasi kesehatan kepada pasien dan pengasuhnya. Edukasi ini mencakup berbagai aspek seperti nutrisi, manajemen pengobatan, kegiatan atau pelatihan, dan instruksi khusus terkait penyakit pasien (Efendi et al., 2022a). Kesiapan pasien untuk terlibat dalam perencanaan pemulangan juga merupakan faktor penting dalam mencapai efektivitasnya. Faktor-faktor seperti jenis kelamin, usia, status pendidikan, dan status pernikahan dapat mempengaruhi kesiapan pasien dan berkontribusi

terhadap keberhasilan perencanaan pemulangan, terutama ketika pasien melakukan transisi ke perawatan di rumah (Soebagiyo et al., 2019a).

Pelaksanaan discharge planning oleh perawat memainkan peran penting dalam memastikan kesinambungan perawatan dan mendukung pasien dalam masa transisi ke perawatan di rumah. Perencanaan pemulangan memberikan kesempatan kepada pasien untuk belajar dan memperoleh keterampilan yang diperlukan selama di rumah sakit, yang dapat diterapkan di rumah. Hal ini juga membantu mengevaluasi efektivitas intervensi yang direncanakan, mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru, dan meningkatkan kemandirian pasien dalam kesiapan perawatan di rumah (Sudrajat et al., 2021).

Dalam konteks kebutuhan dan tindakan perawatan di rumah, penting untuk mempertimbangkan kerentanan dan kebutuhan spesifik dari populasi pasien tertentu. Sebagai contoh, bayi prematur memerlukan perencanaan pemulangan individual yang memberikan informasi yang jelas dan aman kepada pengasuh. Informasi ini harus disampaikan oleh tim kesehatan yang telah menjalin hubungan dengan pasien dan keluarganya (da Silva Fernandes et al., 2022). Demikian pula, anak-anak dengan kompleksitas medis dan keluarga mereka mungkin memerlukan dukungan dan intervensi tambahan, seperti pelatihan tentang teknologi medis dan sistem keuangan, untuk memastikan perencanaan pemulangan yang sukses dan pemberian perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga (Barone et al., 2020).

Kebutuhan dan tindakan perawatan di rumah juga mencakup manajemen perawatan luka. Pendidikan perawatan luka bedah yang efektif membekali pasien dengan pengetahuan

dan keterampilan yang diperlukan untuk mengelola luka bedah di rumah. Menanamkan partisipasi pasien ke dalam alur kerja klinis dapat meningkatkan praktik manajemen diri pasien setelah mereka berada di rumah (Tobiano et al., 2023).

Kolaborasi dan komunikasi di antara para profesional kesehatan sangat penting dalam perencanaan pemulangan pasien, terutama ketika pasien yang menerima perawatan paliatif untuk kanker dipulangkan dari rumah sakit. Perawat perawatan di rumah mungkin menghadapi tantangan dalam memperoleh informasi yang diperlukan terkait kebutuhan pasien, sehingga membuat kolaborasi dan perencanaan pemulangan pasien menjadi lebih sulit. Mengatasi tantangan-tantangan ini sangat penting untuk memastikan kesinambungan perawatan bagi pasien yang menerima perawatan paliatif (Lundereng et al., 2020).

Perencanaan pemulangan pasien memainkan peran penting dalam memfasilitasi transisi yang sukses dari rumah sakit ke perawatan di rumah. Hal ini melibatkan pemberian edukasi kesehatan kepada pasien dan pengasuhnya, menangani kebutuhan dan tindakan perawatan di rumah secara spesifik, serta mempertimbangkan kerentanan dan kebutuhan populasi pasien yang berbeda. Kolaborasi di antara para profesional kesehatan dan komunikasi yang efektif sangat penting untuk memastikan kesinambungan perawatan dan mendorong hasil yang positif bagi pasien di lingkungan perawatan di rumah.

8.3.3 Informasi tentang Sumber Daya dan Dukungan yang Tersedia Di Rumah

Salah satu aspek penting dalam perencanaan pemulangan pasien adalah penilaian sumber daya dan dukungan yang tersedia di rumah. Hal ini melibatkan identifikasi kebutuhan pasien dan menentukan perawatan, rujukan, dan layanan yang tepat yang

akan meningkatkan pemulihan mereka dan mendorong hasil kesehatan yang optimal (Xiao et al., 2019b). Proses penentuan sumber daya dan dukungan yang tersedia didasarkan pada penilaian komprehensif terhadap kebutuhan fisik, psikologis, dan sosial pasien. Penting untuk mempertimbangkan faktor-faktor seperti kesiapan pasien untuk dipulangkan, termasuk jenis kelamin, usia, status pendidikan, dan status pernikahan, karena hal ini dapat mempengaruhi efektivitas perencanaan pemulangan pasien, terutama saat transisi ke rumah (Soebagiyo et al., 2019b).

Perencanaan pemulangan yang efektif membutuhkan koordinasi dan kolaborasi aktif antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga pasien. Pekerja sosial rumah sakit memainkan peran penting dalam perencanaan pemulangan pasien usia lanjut, dengan menggunakan berbagai langkah dukungan seperti penilaian, edukasi, koordinasi perawatan, hubungan dengan keluarga dan penyedia layanan kesehatan, resolusi konflik, konseling, dan tindak lanjut pasca-pemulangan (Dimla et al., 2023). Selain itu, kemitraan dengan penderita stroke dan pengasuhnya memberdayakan persiapan pemulangan dan menumbuhkan kompetensi dalam menavigasi sistem perawatan kesehatan dan sosial, yang sangat penting untuk transisi yang sukses ke rumah (Chen et al., 2021).

Layanan perawatan kesehatan di rumah dan agen perawatan di rumah adalah sumber daya penting yang dapat mendukung pasien dalam transisi dari rumah sakit ke rumah. Penelitian telah menunjukkan bahwa pasien yang menerima perawatan kesehatan di rumah setelah keluar dari rumah sakit memiliki hasil yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang dipulangkan ke fasilitas keperawatan terampil. Layanan perawatan kesehatan di rumah menyediakan perawatan terampil, layanan terapi, dan bantuan untuk aktivitas kehidupan sehari-hari, yang dapat membantu pasien mengelola kondisi

kesehatan mereka dan mencegah rawat inap kembali (Werner et al., 2019b).

Selain layanan perawatan kesehatan di rumah, penyedia layanan kesehatan primer dan jaringan Layanan Kesehatan Primer memainkan peran penting dalam tindak lanjut dan pemantauan pasien setelah keluar dari rumah sakit. Integrasi antara layanan kesehatan, edukasi, dan pemantauan khusus sangat penting untuk memastikan kesinambungan perawatan dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien. Jaringan Layanan Kesehatan Primer menyediakan kunjungan tindak lanjut ke rumah dan layanan teleservices untuk memantau kesehatan bayi prematur dan meningkatkan kesehatan mereka serta mencegah cedera (da Silva & de Mello, 2022).

Selain itu, melibatkan pengasuh informal dalam proses perencanaan pemulangan pasien juga penting untuk keberhasilan transisi pasien dari rumah sakit ke rumah. Pengasuh informal, seperti anggota keluarga atau teman, memainkan peran penting dalam memberikan dukungan dan bantuan kepada pasien di rumah. Melibatkan mereka dalam proses perencanaan pemulangan pasien dan memberikan mereka informasi dan sumber daya yang diperlukan dapat membantu memastikan transisi yang lancar dan meningkatkan hasil yang lebih baik bagi pasien (Petkari et al., 2021).

Perencanaan pemulangan pasien adalah proses kompleks yang melibatkan penilaian kebutuhan pasien, mengoordinasikan perawatan dan layanan yang tepat, dan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya. Proses ini membutuhkan kolaborasi aktif antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga pasien untuk memastikan transisi yang aman dan sukses dari rumah sakit ke rumah. Layanan perawatan kesehatan di rumah, penyedia layanan primer, dan jaringan Layanan

Kesehatan Primer merupakan sumber daya dan dukungan penting yang tersedia di rumah yang dapat memfasilitasi proses perencanaan pemulangan dan mendorong hasil yang optimal bagi pasien.

8.3.4 Informasi tentang Tanda-Tanda Bahaya dan Cara Mengatasinya

Salah satu aspek penting dari perencanaan pemulangan pasien adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, termasuk informasi mengenai tanda-tanda bahaya dan cara mengatasinya. Edukasi ini sangat penting bagi pasien untuk mengenali potensi komplikasi dan mengambil tindakan yang tepat untuk mencegah bahaya lebih lanjut atau mencari bantuan medis yang tepat waktu.

Beberapa penelitian telah menyoroti pentingnya edukasi dalam meningkatkan pengetahuan pasien mengenai tanda-tanda bahaya. Sebagai contoh, sebuah penelitian yang dilakukan di Indonesia menemukan bahwa wanita dengan pendidikan menengah memiliki pemahaman yang lebih baik tentang tanda-tanda bahaya kehamilan dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki pendidikan atau hanya berpendidikan dasar (R. D. Wulandari & Laksono, 2020). Demikian pula, sebuah penelitian di Ethiopia menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi lebih cenderung memiliki pengetahuan yang baik tentang tanda bahaya neonatal (Bulto et al., 2019). Temuan-temuan ini menekankan peran pendidikan dalam memberdayakan pasien untuk mengenali dan merespons tanda bahaya secara efektif.

Perencanaan pemulangan juga melibatkan pemberian informasi kepada pasien mengenai tanda dan gejala spesifik yang terkait dengan penyakit atau kondisi mereka. Sebagai contoh, sebuah studi tentang pasien dengan cedera traumatis menyoroti perlunya perawatan interdisipliner dan materi edukasi pasien

untuk meningkatkan hasil akhir pasien (Lu et al., 2020c). Demikian pula, sebuah studi tentang penerima transplantasi paru-paru menekankan pentingnya paket perencanaan pemulangan yang mencakup edukasi pasien yang terstandardisasi (Fitz et al., 2020b). Studi-studi ini menggaris bawahi pentingnya materi edukasi yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pasien.

Selain edukasi pasien, perencanaan pemulangan juga dapat melibatkan penggunaan intervensi *telehealth*. *Telehealth* telah terbukti meningkatkan perawatan dan edukasi pasien, dengan manfaat termasuk penurunan janji temu yang terlewat, penurunan rawat inap ulang, dan peningkatan kepatuhan pengobatan (Butzner & Cuffee, 2021). Modalitas ini dapat sangat berguna dalam memberikan edukasi kepada pasien di daerah pedesaan atau terpencil, di mana akses ke layanan kesehatan mungkin terbatas (Wiryawan & Adhuri, 2022b).

Untuk memastikan efektivitas perencanaan pemulangan pasien, penting untuk mempertimbangkan faktor-faktor seperti status pendidikan pasien dan akses mereka ke layanan kesehatan. Penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa status pendidikan yang lebih tinggi dari pasien dan pasangannya berhubungan dengan pengetahuan yang lebih baik tentang tanda-tanda bahaya (Bulto et al., 2019; Demis et al., 2020). Selain itu, akses ke layanan antenatal dan pascakelahiran ditemukan berkorelasi positif dengan pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya (Degefa et al., 2019). Temuan-temuan ini menyoroti pentingnya layanan prenatal dan pasca kelahiran yang komprehensif dalam mempromosikan edukasi dan kesiapsiagaan pasien.

Perencanaan pemulangan pasien memainkan peran penting dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, termasuk informasi mengenai tanda bahaya dan cara mengatasinya. Edukasi sangat penting untuk memberdayakan pasien dalam mengenali potensi komplikasi dan mengambil tindakan yang tepat. Materi edukasi yang disesuaikan, perawatan interdisipliner, dan intervensi telehealth dapat meningkatkan efektivitas perencanaan pemulangan pasien. Faktor-faktor seperti status pendidikan pasien dan akses ke layanan kesehatan harus dipertimbangkan untuk memastikan edukasi pasien yang komprehensif dan efektif.

8.3.5 Informasi tentang jadwal kunjungan ulang dan rujukan

Sebuah studi menemukan bahwa penurunan kunjungan ulang ke rumah sakit dalam waktu 30 hari setelah pemulangan untuk kondisi medis yang ditargetkan oleh Program Pengurangan Rawat Inap Rumah Sakit (*Hospital Readmissions Reduction Program/ HRRP*) di Amerika Serikat mengindikasikan adanya peningkatan dalam perencanaan pemulangan, transisi perawatan, koordinasi perawatan, dan kualitas perawatan pascapemulangan (Wadhera et al., 2019). Hal ini menyoroti pentingnya perencanaan pemulangan yang komprehensif dalam mencapai hasil yang positif bagi pasien.

Paket perencanaan pemulangan pasien sering kali digunakan untuk menstandarkan proses dan memastikan bahwa komponen-komponen utama telah terpenuhi. Paket ini biasanya mencakup metode standar edukasi pasien, mengatur tindak lanjut rawat jalan, dan mengevaluasi pasien untuk layanan rehabilitasi (Fitz et al., 2020a). Dengan menerapkan paket pemulangan berbasis bukti, penyedia layanan kesehatan dapat memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang konsisten dan sesuai selama masa transisi dari rumah sakit ke rumah.

Dalam konteks rehabilitasi jantung, perencanaan pemulangan memainkan peran penting dalam memastikan bahwa pasien menerima edukasi dan rujukan yang diperlukan untuk perawatan berkelanjutan. Rehabilitasi jantung fase-1 melibatkan edukasi di rumah sakit mengenai manajemen penyakit, faktor risiko, perencanaan pemulangan, dan rujukan ke program rehabilitasi jantung rawat jalan atau berbasis rumah (Field et al., 2022). Pendekatan komprehensif terhadap perencanaan pemulangan ini membantu pasien melanjutkan pemulihan dan mengurangi risiko rawat inap kembali.

Pelaksanaan discharge planning membutuhkan kolaborasi di antara berbagai tenaga kesehatan, termasuk dokter, perawat, ahli gizi, apoteker, dan fisioterapis (Noviyanti et al., 2019). Para profesional ini bekerja sama untuk menilai kebutuhan pasien, mengembangkan rencana pemulangan yang sesuai dengan kebutuhan tersebut, memberikan layanan yang diperlukan, termasuk edukasi keluarga dan rujukan, dan memastikan kesinambungan perawatan melalui evaluasi tindak lanjut (D. F. Wulandari & Hariyati, 2019).

Untuk mengoptimalkan efektivitas perencanaan pemulangan, intervensi pra-pemulangan seperti edukasi pasien, rekonsiliasi obat, dan penjadwalan janji temu tindak lanjut sangat penting (Acosta et al., 2022b). Intervensi ini membantu memastikan bahwa pasien memiliki pengetahuan dan sumber daya yang diperlukan untuk mengelola kesehatan mereka setelah meninggalkan rumah sakit.

Selain itu, penelitian telah menunjukkan bahwa penjadwalan janji temu tindak lanjut dengan dokter layanan primer atau penyedia layanan kesehatan jiwa setelah pasien keluar dari rumah sakit dapat meningkatkan tingkat kunjungan ulang dan menurunkan angka rawat inap ulang (Smith et al.,

2020). Akses tepat waktu ke layanan pasca-pemulangan sangat penting bagi populasi yang rentan, dan sistem penjadwalan janji temu otomatis dapat membantu meningkatkan akses dan mengurangi kunjungan ke unit gawat darurat yang tidak perlu (Shenoy et al., 2022).

Perencanaan pemulangan pasien adalah komponen penting dalam perawatan kesehatan yang bertujuan untuk memfasilitasi transisi yang lancar bagi pasien dari rumah sakit ke rumah atau tempat perawatan kesehatan lainnya. Hal ini melibatkan pemberian edukasi, sumber daya, dan rujukan kepada pasien untuk memastikan mereka dapat mengelola kesehatan mereka secara efektif setelah keluar dari rumah sakit. Perencanaan pemulangan yang komprehensif, termasuk paket standar, kolaborasi di antara para profesional perawatan kesehatan, dan intervensi pra-pemulangan, dapat berkontribusi dalam mengurangi rawat inap ulang dan meningkatkan hasil pasien.

8.4 Evaluasi Pendidikan Kesehatan Perencanaan Pulang

8.4.1 Tujuan dan Indikator Evaluasi Pendidikan Kesehatan Perencanaan Pulang

Evaluasi pendidikan kesehatan perencanaan pemulangan melibatkan penetapan tujuan dan identifikasi indikator untuk menilai efektivitas proses perencanaan pemulangan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien. (Gonçalves-Bradley et al., 2022) membahas tentang penilaian efektivitas perencanaan pemulangan pasien secara individu. Xiao dkk. (2019) mengidentifikasi enam atribut yang menentukan perencanaan pemulangan, yang dapat berfungsi sebagai indikator untuk mengevaluasi proses perencanaan pemulangan.

(Tong et al., 2021) menyoroti kesiapan pemulangan, kualitas edukasi, dan kontrol glukosa darah sebagai indikator evaluasi rencana pemulangan rumah sakit untuk anak-anak dengan diabetes tipe 1. (Efendi et al., 2022b) menekankan pentingnya memberikan edukasi kesehatan kepada pasien sebagai bagian dari proses perencanaan pemulangan. (Prick et al., 2022) menyoroti pentingnya keterlibatan pasien dalam perencanaan pemulangan. Secara keseluruhan, tujuan evaluasi pendidikan kesehatan perencanaan pemulangan termasuk menilai efektivitas proses perencanaan pemulangan dalam memenuhi kebutuhan pasien secara individu dan meningkatkan hasil pasien, dengan indikator yang mencakup ukuran kesiapan pasien untuk pulang, kualitas pendidikan, manajemen kondisi kesehatan tertentu, dan keterlibatan pasien dalam proses perencanaan.

8.4.2 Metode dan Instrumen Evaluasi Pendidikan Kesehatan Perencanaan Pulang

Evaluasi merupakan komponen penting dalam perencanaan pemulangan pasien, karena memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk menilai efektivitas proses dan melakukan penyesuaian yang diperlukan (Xiao et al., 2019a). Metode evaluasi untuk perencanaan pemulangan pasien dapat bervariasi, tetapi harus berdasarkan bukti dan berdasarkan kriteria yang terstandarisasi. Tahap evaluasi perencanaan pemulangan melibatkan penilaian hasil dari rencana perawatan dan menentukan apakah tujuan telah tercapai. Evaluasi ini dapat membantu mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki dan memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang optimal selama masa transisi dari rumah sakit ke masyarakat (Sudrajat et al., 2021).

Perencanaan pemulangan pasien di layanan kesehatan, khususnya di layanan kesehatan jiwa, merupakan proses yang kompleks yang melibatkan asesmen, persiapan, koordinasi, dan edukasi kesehatan. Pendidikan kesehatan memainkan peran penting dalam memberikan pasien, pendamping, dan pengasuh dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk mengelola kesehatan mereka setelah keluar dari rumah sakit. Perencanaan pemulangan membutuhkan kolaborasi di antara berbagai tenaga kesehatan dan harus dievaluasi untuk memastikan keefektifannya. Dengan menerapkan metode evaluasi berbasis bukti dan menggunakan kriteria standar, penyedia layanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas perencanaan pemulangan pasien dan meningkatkan hasil akhir pasien.

8.4.3 Hasil dan umpan balik evaluasi pendidikan kesehatan perencanaan pulang

Evaluasi perencanaan pemulangan pasien sangat penting untuk menentukan efektivitasnya dan mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki (Xiao et al., 2019b). Beberapa penelitian telah menyoroti pentingnya perencanaan pemulangan pasien dalam meningkatkan hasil akhir pasien. Sebagai contoh, sebuah penelitian menemukan bahwa perencanaan pemulangan pasien berdasarkan Klasifikasi Intervensi Keperawatan (NIC) meningkatkan skor Klasifikasi Hasil Keperawatan (NOC) dan berdampak positif pada hasil kesehatan (Lemos et al., 2020). Demikian pula, sebuah penelitian menunjukkan bahwa perencanaan pemulangan terstruktur dapat meningkatkan kemampuan fungsional, kualitas hidup, kesejahteraan psikososial, dukungan sosial, dan kepuasan pasien, serta mengurangi rawat inap ulang (Batari et al., 2021).

Evaluasi perencanaan pemulangan dan pendidikan kesehatan dapat dilakukan melalui berbagai metode. menekankan perlunya peningkatan standar dan metode evaluasi berbasis bukti untuk proses perencanaan pemulangan dalam perawatan kesehatan jiwa. Mereka menyarankan bahwa memperjelas konsep perencanaan pemulangan diperlukan untuk memfasilitasi metode evaluasi yang lebih baik. Selain itu, jelaskan implementasi perencanaan pemulangan dari tahap asesmen hingga tahap evaluasi, dengan menekankan pentingnya setiap tahap dalam memastikan proses pemulangan yang sukses (Sudrajat et al., 2021).

Umpan balik dari pasien dan penyedia layanan kesehatan juga sangat penting dalam mengevaluasi perencanaan pemulangan dan pendidikan kesehatan. menemukan bahwa keterlibatan awal dan pengambilan keputusan bersama dalam perencanaan pemulangan sangat dihargai oleh pasien di layanan penyakit dalam umum di Australia (Yau Paul Chia et al., 2021). Demikian pula, sebuah penelitian yang menekankan pentingnya melibatkan berbagai tenaga kesehatan profesional, seperti dokter, perawat, ahli gizi, apoteker klinik, dan fisioterapis, dalam proses perencanaan pemulangan pasien. Pendekatan multidisiplin ini memastikan perawatan yang komprehensif dan meningkatkan efektivitas perencanaan pemulangan.

Perencanaan pemulangan adalah proses penting dalam pengaturan perawatan kesehatan yang bertujuan untuk memfasilitasi transisi pasien dari rumah sakit ke rumah atau fasilitas perawatan lainnya. Proses ini melibatkan penilaian yang komprehensif terhadap kebutuhan pasien dan penyediaan pendidikan kesehatan untuk memastikan transisi yang sukses. Evaluasi perencanaan pemulangan dan pendidikan kesehatan sangat penting untuk menentukan efektivitasnya dan mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki. Umpan balik dari

pasien dan penyedia layanan kesehatan memainkan peran penting dalam proses evaluasi ini. Dengan terus meningkatkan perencanaan pemulangan dan pendidikan kesehatan, penyedia layanan kesehatan dapat meningkatkan hasil yang lebih baik bagi pasien dan mendorong transisi yang sukses dari rumah sakit ke perawatan di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul-Kareem, K., Lindo, J. L. M., & Stennett, R. (2019). Medical-surgical nurses' documentation of client teaching and discharge planning at a Jamaican hospital. *International Nursing Review*, 66(2), 191–198. <https://doi.org/10.1111/INR.12487>
- Acosta, A. M., Lima, M. A. D. da S., Marques, G. Q., Abreu, A. P., Sanseverino, A. X., & Oelke, N. (2022a). Health interventions for the reduction of hospital readmission within 30 days in clinical patients: An integrative review. *Research, Society and Development*, 11(2), e2011225273–e2011225273. <https://doi.org/10.33448/RSD-V11I2.25273>
- Barone, S., Boss, R. D., Raisanen, J. C., Shepard, J., & Donohue, P. K. (2020). Our life at home: Photos from families inform discharge planning for medically complex children. *Birth*, 47(3), 278–289. <https://doi.org/10.1111/BIRT.12499>
- Batari, A., Michdar, T., Rivai, F., Thamrin, Y., Pasinringi, S., Maidin, A., & Anqam, H. (2021). Analysis of Discharge Planning Implementation at Siloam Hospitals Balikpapan. *Journal Wetenskap Health*, 2(2), 27–37. <https://doi.org/10.48173/JWH.V2I2.107>
- Bulto, G. A., Fekene, D. B., Moti, B. E., Demissie, G. A., & Daka, K. B. (2019). Knowledge of neonatal danger signs, care seeking practice and associated factors among postpartum mothers at public health facilities in Ambo town, Central Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S13104-019-4583-7/TABLES/2>
- Butzner, M., & Cuffee, Y. (2021). Telehealth interventions and outcomes across rural communities in the United States:

Narrative review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(8), e29575. <https://doi.org/10.2196/29575>

Casebeer, A. W., Ronning, D., Schwartz, R., Long, C., Bhattacharya, R., Uribe, C., Brown, C. R., Cameron, J., Painter, P., Sharma, A., Spitale, S., Powers, B., Stemple, C., & Shrank, W. (2022). A Comparison of Home Health Utilization, Outcomes, and Cost between Medicare Advantage and Traditional Medicare. *Medical Care*, 60(1), 66–74. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001661>

Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(19–20), 2786–2807. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15807>

da Rosa, B. V. C., Girardon-Perlini, N. M. O., Gamboa, N. S. G., Nietzsche, E. A., Beuter, M., & Dalmolin, A. (2019). DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AUDIOVISUAL EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR FAMILIES AND PEOPLE WITH COLOSTOMY BY CANCER. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, e20180053. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0053>

da Silva Fernandes, C., de Sousa Lima, M. M., de Araújo, D. V., Neto, N. M. G., Caetano, J. Á., & Barros, L. M. (2022). Construction and validation of a serial album for companions of patients with stroke. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210843. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0843>

- da Silva, R. M. M., & de Mello, D. F. (2022). Quality of follow-up of preterm infants in the Primary Health Care network: “Qualipreterm” guide. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20220241. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0241>
- Degefa, N., Diriba, K., Girma, T., Kebede, A., Senbeto, A., Eshetu, E., Aschalew, Z., Tariku, B., & Zerihun, E. (2019). Knowledge about Neonatal Danger Signs and Associated Factors among Mothers Attending Immunization Clinic at Arba Minch General Hospital, Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *BioMed Research International*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/9180314>
- Demis, A., Gedefaw, G., Wondmienen, A., Getie, A., & Alemnew, B. (2020). Women’s knowledge towards neonatal danger signs and its associated factors in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12887-020-02098-6/FIGURES/9>
- Dimla, B., Parkinson, L., Wood, D., & Powell, Z. (2023). Hospital discharge planning: A systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients’ transition from hospital admission back to the community. *Australasian Journal on Ageing*, 42(1), 20–33. <https://doi.org/10.1111/AJAG.13138>
- Drake, C., Lian, T., Cameron, B., Medynskaya, K., Bosworth, H. B., & Shah, K. (2022). Understanding Telemedicine’s “new Normal”: Variations in Telemedicine Use by Specialty Line and Patient Demographics. *Telemedicine and E-Health*, 28(1), 51–59. https://doi.org/10.1089/TMJ.2021.0041/SUPPL_FILE/SUPP_APPENDIXSB2.DOCX

- Efendi, S., Sriyanah, N., Sri Wahyuni, A., Putri Olofia Kumape, E., Abbas, V., Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar, S., & Kesehatan dan Bisnis St Fatimah Mamuju, I. (2022a). Simulation of the Implementation of Nursing Discharge Planning to Reduce Patient Recurrence Rates in Hospitals. *IJCS: International Journal of Community Service*, 1(2), 237–242. <https://doi.org/10.55299/IJCS.V1I2.284>
- Field, P., Franklin, R. C., Barker, R., Ring, I., & Leggat, P. A. (2022). Cardiac rehabilitation in rural and remote areas of North Queensland: How well are we doing? *Australian Journal of Rural Health*, 30(4), 488–500. <https://doi.org/10.1111/AJR.12861>
- Fitz, S., Diegel-Vacek, L., & Mahoney, E. (2020a). A Performance Improvement Initiative for Implementing an Evidence-Based Discharge Bundle for Lung Transplant Recipients. <https://doi.org/10.1177/1526924820933832>, 30(3), 281–285. <https://doi.org/10.1177/1526924820933832>
- George, A., Blaauw, D., Green-Thompson, L., Hajinicolaou, C., Lala, N., Parbhoo, K., Rodda, J., Velaphi, S., Kala, U., Vallabh, P., Dangor, Z., & Lala, S. G. (2019). Comparison of Video Demonstrations and Bedside Tutorials for Teaching Paediatric Clinical Skills to Large Groups of Medical Students in Resource-Constrained Settings. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*. <https://doi.org/10.1186/s41239-019-0164-z>
- Goldshtein, D., Krensky, C., Doshi, S., & Perelman, V. S. (2020). In situ simulation and its effects on patient outcomes: a systematic review. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 6(1), 3. <https://doi.org/10.1136/BMJSTEL-2018-000387>

- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2022). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(2). https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.PUB6/MEDIA/CDSR/CD000313/IMAGE_N/NCD000313-CMP-003.01.SVG
- Guo, Y. J., Tang, J., Li, J. M., Zhu, L. L., & Xu, J. S. (2021). Exploration of interventions to enhance return-to-work for cancer patients: A scoping review. *https://doi.org/10.1177/02692155211021706*, 35(12), 1674–1693.
<https://doi.org/10.1177/02692155211021706>
- Hastuti, P., Prahesti, Y., & Yunitasari, E. (2021). The Effect of Reproductive Health Education on Knowledge and Attitudes of Adolescent About Premarital Sex in Private Vocational School Surabaya. *Pedimaternat Nursing Journal*, 7(2), 101–108. <https://doi.org/10.20473/PMNJ.V7I2.27498>
- Kalhor, F., Adel Mehraban, M., Keyvanfar, M., Behjeh, Z., & Namnabati, M. (2022). Strengths, Weaknesses, Threats, and Opportunities a Pediatric Home Care Program in Covid 19 Virus Pandemic: A Qualitative Study. *https://doi.org/10.1177/10848223221090674*.
<https://doi.org/10.1177/10848223221090674>
- Lee, E., Kourgiantakis, T., & Bogo, M. (2020). Translating knowledge into practice: using simulation to enhance mental health competence through social work education. *Social Work Education*, 39(3), 329–349. <https://doi.org/10.1080/02615479.2019.1620723>
- Lemos, D. M. P., Saldanha, P. F., Vieira, L. F., & Azzolin, K. de O. (2020). Nursing taxonomies in hospital discharge planning:

a quasi-experimental study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20180896.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0896>

Lu, H. J., Huang, H. M., Hsiao, T. Y., Hung, C. C., Lin, W. T., & Lee, B. O. (2020a). Health Professionals' Perspectives on the Efficacy of Using Comprehensive Care to Improve Outcomes in Patients with Traumatic Injury. *Journal of Nursing Research*, 28(6).
<https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000396>

Lundereng, E. D., Dihle, A., & Steindal, S. A. (2020). Nurses' experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), 3382-3391.
<https://doi.org/10.1111/JOCN.15371>

Mahardika, I. M. R., & Widyandari, N. M. A. S. (2023). The Effectiveness of Leaflet and Video Educational Media Through Whatsapp toward the Knowledge of Type 2 DM Patients. *Babali Nursing Research*, 4(1), 43-53.
<https://doi.org/10.37363/BNR.2023.41140>

Makabe, S., Kume, Y., Akagawa, Y., Wakasa, M., Ito, K., & Kijima, H. (2023). Discharge Planning and Challenges for Patients With Asian Lifestyles Following Total Hip Arthroplasty: National Survey Design in Japan. *Orthopaedic Nursing*, 42(2), 115-122. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000930>

McNab, M., & Skapetis, T. (2019). Why Video Health Education Messages Should Be Considered for All Dental Waiting Rooms. *Plos One*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219506>

- Mohamed, D. N., & Ramula, D. M. (2021). Assessment of R2D2 protocol for surgery residents in understanding the discharge processes of patients: single institutional study. *International Journal of Surgery Science*, 5(3), 19–22. <https://doi.org/10.33545/SURGERY.2021.V5.I3A.727>
- Moura, E. C. C., Lima, M. B., Peres, A. M., Lopez, V., Batista, M. E. M., & Braga, F. das C. S. A. G. (2020). Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2103–2112. <https://doi.org/10.1111/JONM.12846>
- Noviyanti, S., Noprianty, R., Tinggi Ilmu Kesehatan Dharma Husada, S., & Sakit Hasan Sadikin, R. (2019). Pelaksanaan Discharge Planning oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(3), 139–146. <https://doi.org/10.22146/JKESVO.48638>
- Nurkhayati, E., Nurkhayati, E., Yunarsih, N., Sari, F., Octamelia, M., & Argaheni, N. B. (2022). The Use of Leaflet as A Health Education Media in Increasing The Knowledge of Complementary Feeding for Breastfeeding Mothers. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(S1), 141–146. <https://doi.org/10.30604/jika.v7iS1.1213>
- Patterson, D. G., Schmitz, D., & Longenecker, R. L. (2019). Family Medicine Rural Training Track Residencies: Risks and Resilience. *Family Medicine*, 51(8), 649–656. <https://doi.org/10.22454/FAMMED.2019.769343>

- Petkari, E., Kaselionyte, J., Altun, S., & Giacco, D. (2021). Involvement of informal carers in discharge planning and transition between hospital and community mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 521–530. <https://doi.org/10.1111/JPM.12701>
- Piconi, F., & Pietro, L. Di. (2019). *HEALTH EDUCATION - MAIN INSTRUMENT TO ACHIEVE A SUCCESSFUL HEALTH PROMOTION*.
- Prick, J. C. M., van Schaik, S. M., Deijle, I. A., Dahmen, R., Brouwers, P. J. A. M., Hilkens, P. H. E., Garvelink, M. M., Engels, N., Ankersmid, J. W., Keus, S. H. J., The, R., Takahashi, A., van Uden-Kraan, C. F., van der Wees, P. J., Van den Berg-Vos, R. M., van Schaik, S. M., Brouwers, P. J. A. M., Hilkens, P. H. E., van Dijk, G. W., ... Schut, E. S. (2022). Development of a patient decision aid for discharge planning of hospitalized patients with stroke. *BMC Neurology*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12883-022-02679-1/FIGURES/3>
- Rahpeima, E., Bijani, M., Karimi, S., Alkamel, A., & Dehghan, A. (2022). Effect of the Implementation of Interdisciplinary Discharge Planning on Treatment Adherence and Readmission in Patients Undergoing Coronary Artery Angioplasty. *Investigación y Educación En Enfermería*, 40(2), 2216–0280. <https://doi.org/10.17533/UDEA.IEE.V40N2E08>
- Shakshouk, A. M., El-Talawy, H. A., & Abd El-Aziem, F. H. (2019). Quality Level of Clinical Record for Pediatric Physiotherapy in Teaching Hospital “Audit Tool.” *The Medical Journal of Cairo University*, 87(March), 1107–1115. <https://doi.org/10.21608/MJCU.2019.53290>

- Shenoy, R., Kirkland, P., Jackson, N., De Virgilio, M., Zingmond, D., Russell, M. M., & Maggard-Gibbons, M. (2022). Identifying vulnerable populations with symptomatic cholelithiasis at risk for increased health care utilization. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 93(6), 863–871. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003778>
- Smith, T. E., Haselden, M., Corbeil, T., Wall, M. M., Tang, F., Essock, S. M., Frimpong, E., Goldman, M. L., Mascayano, F., Radigan, M., Schneider, M., Wang, R., Dixon, L. B., & Olfson, M. (2020). Effect of Scheduling a Post-Discharge Outpatient Mental Health Appointment on the Likelihood of Successful Transition From Hospital to Community-Based Care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(5), 18891. <https://doi.org/10.4088/JCP.20M13344>
- Soebagiyo, H., Beni, K. N., & Fibriola, T. N. (2019a). The Analysis of the Influencing Factors related to the Effectiveness of Discharge Planning Implementation in Hospitals: A Systematic Review. *Jurnal Ners*, 14(3), 217–220. <https://doi.org/10.20473/JN.V14I3.17103>
- Sudrajat, D. A., Supriatin, E., Indrawati, N., & Lindayani, L. (2021). Overview The Implementation Of Discharge Planning By Nurse In Hospital: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 7(3), 18–25. <https://doi.org/10.33023/JIKEP.V7I3.809>
- Tobiano, G., Walker, R. M., Chaboyer, W., Carlini, J., Webber, L., Latimer, S., Kang, E., Eskes, A. M., O'Connor, T., Perger, D., & Gillespie, B. M. (2023). Patient experiences of, and preferences for, surgical wound care education. *International Wound Journal*, 20(5), 1687–1699. <https://doi.org/10.1111/IWJ.14030>

- Tong, H.-J., Qiu, F., & Fan, L. (2021). Effect of hospital discharge plan for children with type 1 diabetes on discharge readiness, discharge education quality, and blood glucose control. *World Journal of Clinical Cases*, 9(4), 774–783. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i4.774>
- Udod, S., Lobchuk, M., Avery, L., & Armah, N. (2022). Using the Donabedian framework to examine transitional care for cardiac patients and family caregivers. *Leadership in Health Services*, 35(2), 285–305. <https://doi.org/10.1108/LHS-10-2021-0084/FULL/XML>
- Wadhera, R. K., Maddox, K. E. J., Kazi, D. S., Shen, C., & Yeh, R. W. (2019). Hospital revisits within 30 days after discharge for medical conditions targeted by the Hospital Readmissions Reduction Program in the United States: national retrospective analysis. *BMJ*, 366. <https://doi.org/10.1136/BMJ.L4563>
- Wang, Y., Huang, X., & Liu, Z. (2022). The Effect of Preoperative Health Education, Delivered as Animation Videos, on Postoperative Anxiety and Pain in Femoral Fractures. *Frontiers in Psychology*, 13, 881799. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.881799/BIBTEX>
- Werner, R. M., Coe, N. B., Qi, M., & Konetzka, R. T. (2019a). Patient Outcomes After Hospital Discharge to Home With Home Health Care vs to a Skilled Nursing Facility. *JAMA Internal Medicine*, 179(5), 617–623. <https://doi.org/10.1001/JAMAINTERNMED.2018.7998>

- Wiryawan, W., & Adhuri, P. N. (2022a). Overview of Discharge Plan Strategies in Rural and Remote Areas: A Narrative Literature Review. *Bioscientia Medicina: Journal of Biomedicine and Translational Research*, 6(8), 2056–2061. <https://doi.org/10.37275/BSM.V6I8.555>
- Wulandari, D. F., & Hariyati, R. T. S. (2019). OPTIMIZING THE IMPLEMENTATION OF DISCHARGE PLANNING IN X GENERAL HOSPITAL JAKARTA. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 2(1), 70–81. <https://doi.org/10.35654/IJNHS.V2I1.72>
- Wulandari, R. D., & Laksono, A. D. (2020). Determinants of knowledge of pregnancy danger signs in Indonesia. *PLOS ONE*, 15(5), e0232550. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0232550>
- Xiao, S., Tourangeau, A., Widger, K., & Berta, W. (2019a). Discharge planning in mental healthcare settings: A review and concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 816–832. <https://doi.org/10.1111/INM.12599>
- Yau Paul Chia, Y., Ekladios, A., & Yong Yau Paul Chia, C. (2021). Australian public hospital inpatient satisfaction related to early patient involvement and shared decision-making in discharge planning. *Internal Medicine Journal*, 51(6), 891–895. <https://doi.org/10.1111/IMJ.14872>
- Yücel, Ç., Hawley, G., Terzioğlu, F., & Bogossian, F. (2020). The Effectiveness of Simulation-Based Team Training in Obstetrics Emergencies for Improving Technical Skills. *Simulation in Healthcare the Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000416>

BAB 9

SISTEM RONDE KEPERAWATAN

Oleh Yannerith Chintya

9.1 Pendahuluan

Pelayanan keperawatan merupakan salah satu indikator dalam meningkatkan citra yang baik bagi Rumah Sakit dimata masyarakat. Ketidakprofesionalan tim keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dapat memberikan dampak pada ketidakpuasan pasien dan keluarga (Karaca & Durna, 2019). Menurut Nursalam (2014) metode keperawatan primer merupakan salah satu metode pemberian pelayanan keperawatan dimana salah satu kegiatannya adalah ronde keperawatan, ronde keperawatan yaitu suatu metode untuk menggali dan membahas secara mendalam masalah keperawatan yang terjadi pada pasien dan kebutuhan pasien akan keperawatan yang dilakukan oleh perawat primer atau *associate*, konselor, kepala ruangan dan seluruh tim keperawatan dengan melibatkan pasien secara langsung sebagai fokus kegiatan. Ronde keperawatan akan menjadi media bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor, kepekaan dan cara berpikir kritis terhadap pengaplikasian konsep teori ke dalam praktik keperawatan dan pelayanan kepada pasien (Negarandeh, Bahabadi, Mamaghani, 2014). Dalam ronde keperawatan, komunikasi interpersonal merupakan salah satu keterampilan dalam mempresentasikan perkembangan

pasien. Hal ini tidak terlepas dari peran manajer tingkat bawah seperti Kepala Ruangan atau Ketua Tim (Pratiwi, dkk. 2022).

Dimana ronde keperawatan merupakan sarana bagi perawat baik perawat primer maupun perawat *assosiate* untuk membahas masalah keperawatan yang terjadi pada klien yang melibatkan klien dan seluruh tim keperawatan termasuk konsultan keperawatan. Salah satu tujuan dari kegiatan ronde keperawatan adalah meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan (Riski & Wijaya, 2018 dalam Seniwati, dkk, 2022).

Ronde keperawatan dirancang untuk meningkatkan otonomi perawat, ikut terlibat dalam pengambilan keputusan, hubungan profesional dengan pelayanan kesehatan lainnya, dan penggunaan *Evidence Based Care* untuk meningkatkan persepsi perawat terhadap lingkungan praktik sebagai pengaturan bagi praktik keperawatan profesional (Moi et al., 2019 dalam Seniwati, dkk, 2022).

Dengan pelaksanaan ronde keperawatan yang berkesinambungan, diharapkan dapat membawa manfaat dalam mengasah kemampuan untuk berpikir secara kritis dan dapat menciptakan komunitas keperawatan yang profesional sehingga dapat bekerjasama dengan tim kesehatan yang lainnya guna mempercepat penyembuhan dan kualitas kesehatan pasien sehingga kualitas pelayanan di Rumah Sakit semakin meningkat.

9.2 Manajemen Pelayanan Keperawatan

Manajemen pelayanan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan pelayanan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat yang menerapkan fungsi-fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian dalam

mencapai pelayanan keperawatan yang profesional dengan berprinsip efektif dan efisien. Dalam melakukan tata kelola pelayanan keperawatan, manajemen keperawatan menggunakan tahapan pendekatan yang sistematis, dimulai dengan membuat perencanaan, pengorganisasian, penyusunan staff dan tim kerja, melakukan pengarahan, diikuti pengendalian serta diakhiri dengan evaluasi dan umpan balik (Dedi & Dwiantoro, 2020).

Menurut Seniwati, dkk (2022) manajemen pelayanan keperawatan meliputi pelayanan di Rumah Sakit yang dikelola oleh Bidang Keperawatan dengan melalui 3 (tiga) tingkatan manajerial yaitu Kepala Bidang Keperawatan (Manajemen Puncak), Kepala Unit Pelayanan atau Supervisor (Manajemen Menengah), dan Kepala Ruangan (Manajemen Bawah) yang memiliki peran dan fungsi yang sangat mempengaruhi keberhasilan dalam pelayanan keperawatan di suatu ruangan.

9.3 Fungsi Manajemen Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan kesimpulan dari beberapa pendapat para ahli, fungsi manajemen pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut (Dedi & Dwiantoro, 2020) :

1. Perencanaan (*Planning*)

Suatu upaya yang sistematis dari kepala ruangan untuk menentukan kebutuhan sumber daya dan dana organisasi untuk mencapai tujuan jangka pendek, menengah, dan jangka panjang. Kegiatan kepala ruangan dalam tahap perencanaan antara lain yaitu mensosialisasikan visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit, merencanakan kegiatan ruangan sesuai visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit, merencanakan pembuatan visi dan misi ruangan, merencanakan kebutuhan SDM keperawatan,

menegakkan SOP intervensi keperawatan, merencanakan aktivitas yang mendukung akreditasi pelayanan keperawatan dan merencanakan evaluasi asuhan keperawatan ruangan, merencanakan kebutuhan alat kesehatan atau material kesehatan dan sarana prasarana penunjang lainnya, dan melibatkan perawat pelaksana dalam membuat rencana tiap unit serta penentuan gaya kepemimpinan yang akan diterapkan.

2. Pengorganisasian (*Organizing*)

Suatu proses penyatuan semua sumber daya dan dana sehingga dapat saling mendukung atau bekerjasama sesuai fungsinya. Adapun hasil pengorganisasian adalah *menetapkan siapa, melakukan apa, dan dengan siapa bekerja*. Dalam hal ini, kepala ruangan harus menjelaskan bagaimana melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan SAK (Standar Asuhan Keperawatan) dan SOP (*Standard Operational Procedure*), menyusun jadwal dinas, memberikan perhatian terhadap pekerjaan atau supervisi, melakukan pertemuan rutin (rapat ruangan, diskusi, *pre* dan *post conference*), menentukan metode penugasan keperawatan dan membuat struktur organisasi ruangan.

3. Pengarahan (*Directing*)

Memberikan arahan dan bimbingan kepada perawat pelaksana agar melaksanakan asuhan keperawatan yang sesuai standar yang berlaku. Kepala ruangan akan melakukan kegiatan membimbing, mengarahkan pekerjaan perawat pelaksana, memberikan motivasi, memberikan *reward*, mendelegasikan pekerjaan, meneruskan informasi kebijakan dari Kepala Rumah Sakit, serta melakukan supervisi internal ruangan.

4. Pengendalian (*Controlling*)

Suatu kegiatan untuk mengendalikan aktivitas pelayanan keperawatan agar tetap berada pada koridor standar yang berlaku, aktivitas membandingkan hasil kerja dengan standar penampilan kerja yang diinginkan dan mengambil kegiatan perbaikan bila ada kekurangan. Disamping itu, pengendalian adalah kegiatan untuk menilai hasil kerja secara periodik yang ada dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan sehingga menghasilkan umpan balik untuk ditindaklanjuti. Kepala ruangan akan melakukan penilaian hasil kerja asuhan keperawatan dan membandingkan dengan standar yang ditetapkan, menilai sikap dan perilaku perawat pelaksana, melihat biaya yang sudah keluar, dan merencanakan tindak lanjut hasil evaluasi.

Dalam melaksanakan manajemen pelayanan keperawatan di institusi pelayanan kesehatan, manajemen keperawatan menerapkan pendekatan sistem yang terdiri dari *Input* (masukan), *Process* (proses), *Output* (keluaran), *Control* (pengendalian), dan *Feedback Mechanism* (mekanisme umpan balik).

Pendekatan *Input* (masukan) yang ada pada ruang pelayanan keperawatan seperti sarana prasarana, alat kesehatan dan material kesehatan, metode pelayanan keperawatan serta sumber daya perawat dan tenaga penunjang. Pendekatan *Process* (proses) pada pelayanan keperawatan antara lain sistem atau metode kerja yang diterapkan guna menyelesaikan tugas pelayanan atau asuhan keperawatan termasuk di dalamnya pola pengarahan dan pengendalian kerja. Pendekatan *Output* (keluaran) dalam pelayanan keperawatan berupa hasil penampilan kinerja yang baik atau buruk. Kinerja yang baik dapat dirasakan oleh pasien dan perawat misalnya tingkat kepuasan,

percepatan pemulangan pasien, dokumentasi keperawatan yang lengkap dan yang paling penting adalah tidak adanya keluhan dari pasien, keluarga pasien, atau masyarakat. Sedangkan dalam mengawal pekerjaan dari mulai tahap perencanaan sampai tahap pelaksanaan evaluasi, maka seorang manajer keperawatan menerapkan pendekatan *Control* (pengendalian) agar tujuan dapat berjalan sesuai rencana awal, serta dapat berjalan secara efektif dan efisien.

Pendekatan *Feedback Mechanism* (mekanisme umpan balik) adalah cara melakukan investigasi pada kelebihan dan kekurangan dari *Input – Process – Output* serta cara dalam melaporkannya, kemudian melihat cara proses pemecahan masalahnya. Semua hambatan yang mengganggu atau yang tidak lancar dalam proses pelaksanaan tugas harus dimonitor dan ditindaklanjuti. Tindak lanjut secara cepat atau lambat, tetap harus dilakukan dan dilaporkan kepada *Middle* dan *Top Manager* untuk mendapatkan respon dalam pengambilan keputusan dengan cepat.

9.4 Prinsip yang Mendasari Manajemen Keperawatan

Menurut Joyce (2012) dalam Tuasikal, Embuai & Siauta (2020) prinsip yang mendasari manajemen keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Manajemen keperawatan seyogyanya berlandaskan perencanaan karena melalui fungsi perencanaan pimpinan dapat menurunkan resiko pengambilan keputusan, pemecahan masalah yang efektif dan terencana.
2. Manajemen keperawatan dilaksanakan melalui penggunaan waktu yang efektif. Manajer keperawatan yang

menghargai waktu akan menyusun perencanaan yang terprogram dengan baik dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan sebelumnya.

3. Manajemen keperawatan akan melibatkan pengambilan keputusan. Berbagai situasi maupun permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kegiatan keperawatan memerlukan pengambilan keputusan diberbagai tingkat manajerial.
4. Memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien merupakan fokus perhatian manajer keperawatan dengan mempertimbangkan apa yang pasien lihat, pikir, yakini, dan ingini. Kepuasan pasien merupakan poin utama dari seluruh tujuan keperawatan.
5. Manajemen keperawatan harus terorganisir, pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan.
6. Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah diorganisasikan.
7. Divisi keperawatan yang baik memotivasi karyawan untuk memperlihatkan penampilan kerja yang baik.
8. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif. Komunikasi yang efektif akan mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan, arah dan pengertian diantara pegawai.
9. Pengembangan staf penting untuk dilaksanakan sebagai upaya persiapan perawat-perawat pelaksana menduduki posisi yang lebih tinggi atau upaya manajer untuk meningkatkan pengetahuan karyawan.
10. Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi dan menetapkan prinsip-

prinsip melalui penetapan standar, membandingkan penampilan dengan standar dan memperbaiki kekurangan.

Berdasarkan prinsip-prinsip diatas maka para manajer dan administrator seyogyanya bekerja bersama-sama dalam perencanaan dan pengorganisasian serta fungsi-fungsi manajemen lainnya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Adapun pandangan berbeda yang dikatakan oleh Seniwati, dkk (2022) bahwa ada 7 (tujuh) prinsip manajemen yang harus anda ketahui, yaitu Perencanaan, Penggunaan waktu yang efektif, Pengambilan keputusan, Pengelola atau pemimpin, Tujuan sosial, Pengorganisasian dan Perubahan. Berikut dibawah ini akan dijelaskan maksud dari prinsip-prinsip manajemen tersebut:

1. Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan adalah fungsi dasar dan pertama dalam manajemen (*the first function of management*). Semua fungsi manajemen tergantung dari perencanaan. Perencanaan adalah suatu proses berpikir atau proses mental untuk membuat keputusan dan peramalan (*forecasting*). Dalam perencanaan, salah satu hal penting yang menjadi pusat perhatian adalah rencana pengaturan sumber daya manusia (SDM) dan sumber daya yang lain yang relevan. Perencanaan yang baik akan meningkatkan capaian tujuan dan pembiayaan yang efektif.

2. Penggunaan Waktu Efektif (*Effective Utilization of Time*)

Penggunaan waktu efektif berhubungan dengan pola pengaturan dan pemanfaatan waktu yang tepat dan memungkinkan berjalannya roda organisasi agar tercapainya tujuan organisasi. Waktu pelayanan dihitung dan kegiatan perawat dikendalikan.

3. Pengambilan Keputusan (*Decision Making*)

Pengambilan keputusan adalah suatu hasil atau keluaran dari proses mental atau kognitif yang membawa pada pemilihan diantara beberapa alternatif yang tersedia yang dilakukan oleh seorang pembuat keputusan. Keputusan dibuat untuk mencapai tujuan melalui pelaksanaan atau implementasi dari pilihan keputusan yang diambil.

4. Pengelola/Pemimpin (*Manager/Leader*)

Manajer yang bertugas mengatur manajemen memerlukan keahlian dan tindakan nyata agar para anggota menjalankan tugas dan wewenang dengan baik. Adanya manajer yang mampu memberikan semangat, mengontrol dan mengajak mencapai tujuan merupakan sumber daya yang sangat menentukan.

5. Tujuan Sosial (*Social Goal*)

Manajemen yang baik harus memiliki tujuan yang jelas dan ditetapkan dalam bentuk visi, misi dan tujuan organisasi.

6. Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian adalah pengelompokan sejumlah aktivitas untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Penugasan pada masing-masing kelompok dilakukan berdasarkan supervisi, ada koordinasi dengan unit lain baik secara horizontal maupun secara vertikal.

7. Perubahan (*Change*)

Perubahan adalah proses penggantian dari suatu hal dengan yang lainnya yang berbeda dari sebelumnya. Perubahan di dalam manajemen keperawatan dijadikan prinsip karena sifat layanan yang dinamis mengikuti karakteristik pasien yang akan Anda layani.

9.5 Lingkup Manajemen Keperawatan

Menurut Bassie (2013) dalam Tuasikal, Embuai & Siauta (2020) mengatakan lingkup manajemen keperawatan terdiri dari:

1. Manajemen operasional

Pelayanan keperawatan di rumah sakit dikelola oleh bidang keperawatan yang terdiri dari 3 (tiga) tingkatan manajerial, yaitu:

- a. Manajemen Puncak
- b. Manajemen Menengah
- c. Manajemen Bawah

Tidak setiap orang memiliki kedudukan dalam manajemen berhasil dalam kegiatannya. Ada beberapa faktor yang perlu dimiliki oleh orang-orang tersebut agar penatalaksanaannya dapat berhasil. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Kemampuan menerapkan pengetahuan
- b. Ketrampilan kepemimpinan
- c. Kemampuan menjalankan peran sebagai pemimpin
- d. Kemampuan melaksanakan fungsi manajemen

2. Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep-konsep manajemen di dalamnya seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian atau evaluasi. Seniwati, dkk (2022) mengatakan manajemen asuhan keperawatan menekankan pada penggunaan proses keperawatan dan hal ini melekat pada diri seorang perawat. Setiap perawat dalam melaksanakan tugasnya harus

menggunakan proses keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan pada pasien. Proses keperawatan merupakan proses pemecahan masalah yg menekankan pada pengambilan keputusan tentang keterlibatan perawat sesuai yang dibutuhkan pasien. Proses keperawatan terdiri dari 5 (lima) tahapan yaitu: pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

9.6 Standar Pelaksanaan Penetapan Tim Manajemen Keperawatan

Menurut Tuasikal, Embuai & Siauta (2020) dalam menetapkan tim manajemen keperawatan memiliki peran masing-masing, antara lain :

1. Peran Manajer

Peran manajer dapat mempengaruhi faktor motivasi dan lingkungan. Manajer yang bertugas mengatur manajemen memerlukan keahlian dan tindakan nyata agar para anggota dapat menjalankan tugas dan wewenang dengan baik. Adanya manajer yang mampu memberikan semangat, mengontrol dan mengajak untuk mencapai tujuan merupakan sumber daya yang sangat menentukan.

2. Peran Kepala Ruang

Kepala ruangan di sebuah ruangan keperawatan perlu melakukan koordinasi kegiatan unit yang menjadi tanggungjawabnya dan melakukan kegiatan evaluasi pemberian asuhan keperawatan kerja para staf. Peran kepala ruangan antara lain; sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer, orientasi dan merencanakan karyawan baru, menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten, evaluasi kerja,

merencanakan atau menyelenggarakan perencanaan staf dan menjadikan 1-2 orang pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi.

3. Peran Lini dan Staf

Memberikan supervisi langsung terhadap bawahannya. Sebaliknya, kerja staf di Rumah Sakit umumnya dihubungkan dengan kegiatan pengarahan atau pemberian saran. Pada perawat, kepuasan ini diberikan oleh para manajer yang bertanggungjawab terhadap pelatihan dan pendidikan.

9.7 Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen keperawatan dapat didefinisikan yaitu suatu proses koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai perawatan, tujuan pelayanan dan objektif (Nursalam, 2008 dalam Tuasikal, Embuai & Siauta, 2020). Manajemen dapat didefinisikan sebagai proses dari koordinasi dan integrasi sumber daya melalui perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian atau pengarahan dan pengendalian untuk mencapai tujuan institusional yang spesifik dan objektif.

Manajemen asuhan keperawatan yang baik sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien secara sistematis dan terorganisir. Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metoda proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien (Keliat, 2005 dalam Seniwati dkk, 2022). Tiga komponen penting dalam manajemen asuhan keperawatan yaitu manajemen sumber daya manusia (perawat) dengan menggunakan sistem pengorganisasian pekerjaan

perawat (asuhan keperawatan) dan sistem klasifikasi kebutuhan klien dalam metode pemberian asuhan keperawatan yaitu proses keperawatan.

9.8 Fungsi Manajemen Asuhan Keperawatan

Dalam manajemen keperawatan ada beberapa elemen utama berdasarkan fungsinya antara lain (Christina, Indracahyani, dan Yatnikasaria, 2019 dalam Tuasikal, Embuai & Siauta, 2020) :

1. Perencanaan (*Planning*)
2. Pengorganisasian (*Organizing*)
3. Kepegawaian (*Staffing*)
4. Pengarahan (*Directing*)
5. Pengendalian atau Evaluasi (*Controlling*)

9.9 Prinsip Manajemen Asuhan Keperawatan

Prinsip-prinsip manajemen asuhan keperawatan adalah sebagai berikut (Dedi & Dwiantoro, 2020):

1. Dasar perencanaan pemikiran atau konsep tindakan tertulis yang merupakan fungsi untuk menurunkan resiko dalam pengambilan keputusan atau pemecahan masalah dan efek perubahannya. Adapun kegiatan yang bisa dilakukan adalah analisa dan mengkaji sistem, mengatur strategi, menentukan tujuan jangka panjang dan jangka pendek, mengkaji sumber-sumber organisasi dan kemampuan yang bisa dimanfaatkan, serta membuat aktivitas berdasarkan prioritas kegiatan.
2. Memanfaatkan waktu yang efektif misalnya membuat jadwal tugas dan bila ingin tahu kondisi yang sebenarnya dengan turun ke lapangan.

3. Melibatkan staf dalam pembuatan keputusan.
4. Memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan yang efektif.
5. Mengorganisir misalnya struktur organisasi sesuai blok atau level manajemen mulai dari unit, departemen, top atau eksekutif dan tingkat operasional.
6. Melakukan langsung kegiatan pengarahan misalnya dengan melakukan pendelegasian, supervisi, koordinasi secara intern dan ekstern serta pengendalian.
7. Memberikan motivasi agar tetap memiliki motivasi yang tinggi, menaikkan gaji secara periodik, memberikan pendidikan atau pelatihan tambahan dan promosi lainnya.
8. Menerapkan komunikasi yang efektif baik terhadap teman sejawat (perawat) atau tenaga kesehatan lainnya.
9. Melakukan kegiatan pengendalian seperti membuat penilaian pelaksanaan rencana kerja, memberikan instruksi, menetapkan standar atau pedoman kerja untuk dilaksanakan, dan membandingkan penampilan kinerja dengan standar awal yang telah ditetapkan.
10. Pengembangan staf, sebagai manajer harus selalu berpikir pengembangan staf bukan pengurangan staf. Sehingga jenjang karir dan jabatan menjadi jelas. Hal ini akan meningkatkan motivasi dan kinerja para staf. Dalam hal ini, ada 3 (tiga) kategori kemampuan yang harus dimiliki oleh seorang manajer agar menjadi sukses dalam pengembangan staf yaitu :
 - a. Kemampuan Konseptual, kemampuan berpikir yang didasari oleh ilmu pengetahuan dan pengalaman yang pernah dialami. Hal ini mendukung dalam pembuatan perencanaan terutama dalam membuat visi, misi, dan kerangka konsep pekerjaan baik dimasa sekarang maupun dimasa yang akan datang.
 - b. Kemampuan Tehnis, kemampuan dimana seorang manajer bisa membuat metode, sistem, dan pedoman

kerja yang mudah diikuti oleh para staf dan mudah juga untuk dievaluasi. Kemampuan ini berdasarkan pengalaman kerja di lapangan karena pengetahuan bila ditunjang dengan pengalaman lapangan akan menjadi sempurna, sehingga mempercepat dalam proses pengambilan tindakan dan berani mengambil resiko.

- c. Kemampuan *Human* atau Interpersonal, kemampuan untuk membangun hubungan dengan orang lain, dalam hal ini membuat pekerjaan menjadi tambah lancar. Membangun hubungan dengan staf, membangun hubungan dengan satu tingkat atau selevel, dan membangun hubungan dengan atasan termasuk pihak luar yang terkait dengan pelayanan.

9.10 Peran dan Tugas Manajemen Asuhan Keperawatan

Peran dan fungsi perawat profesional disusun untuk mengidentifikasi dan memperjelas aspek-aspek yang membedakan praktik keperawatan profesional dari praktik perawatan yang diberikan oleh orang yang tidak mempunyai kualifikasi keperawatan profesional. Adapun peran dan fungsi perawat secara umum sebagai berikut (Lestari, 2014 dalam Tuasikal, Embuai & Siauta, 2020) :

1. Perencanaan keperawatan untuk masing-masing klien
2. Pemberian perawatan langsung
3. Identifikasi waktu yang tepat untuk melaksanakan pelayanan keperawatan pada klien oleh staf yang tidak memiliki kualifikasi perawatan profesional.
4. Mempersiapkan dan mendukung staf yang tidak memiliki kualifikasi keperawatan profesional untuk melaksanakan

aktivitas yang diserahkan kepada mereka oleh perawat profesional.

5. Manajemen dan sumber daya manusia, perlengkapan dan pelayanan yang efektif dan efisien langsung dikendalikan atau diambil alih oleh perawat profesional.
6. Pembentukan standar, audit keperawatan dan audit klinik.

Secara spesifik adapun beberapa peran dan fungsi dari perawat dalam manajemen keperawatan yaitu sebagai berikut (Tuasikal, Embuai & Siauta, 2020) :

1. Peran Perawat

- a. Perawat pelaksana bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan keperawatan dari yang bersifat sederhana sampai pada yang paling kompleks pada klien, keluarga, kelompok dan masyarakat
- b. Pengelolaan dalam bidang pelayanan keperawatan secara fungsional termasuk perlengkapan, peralatan dan lingkungan. Disamping itu membimbing petugas kesehatan yang berpendidikan lebih rendah, bertanggungjawab dalam hal administrasi keperawatan baik di masyarakat maupun didalam institusi, mengelola pelayanan keperawatan baik untuk klien, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- c. Tenaga keperawatan bertanggung jawab dalam hal pendidikan dan pengajaran ilmu keperawatan dasar bagi tenaga kesehatan lainnya dan anggota keluarga.

2. Fungsi Perawat

Tenaga keperawatan diharapkan dapat melaksanakan fungsi (klien yang dirawat) sebagai berikut :

- a. Menentukan kebutuhan kesehatan klien dan mendorong klien untuk berperan serta didalam memenuhi kebutuhan kesehatannya.
- b. Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai kebersihan perorangan, kesehatan lingkungan, kesehatan mental, gizi, kesehatan ibu dan anak, pencegahan penyakit dan kecelakaan.
- c. Memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang meliputi perawatan darurat, serta bekerjasama dengan dokter dalam program pengobatan.
- d. Melaksanakan rujukan terhadap kasus-kasus yang tidak dapat ditanggulangi dan menerima rujukan dari organisasi kesehatan lainnya.
- e. Melaksanakan pencatatan pelaporan asuhan keperawatan.

3. Tugas Tenaga Keperawatan

- a. Memelihara kebersihan dan kerapihan didalam ruangan
- b. Menerima klien baru
- c. Melaksanakan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode proses keperawatan
- d. Mempersiapkan klien keluar
- e. Membimbing dan mengawasi tenaga kesehatan lainnya
- f. Mengatur tugas jaga
- g. Mengelola peralatan medik dan keperawatan, bahan habis pakai, serta obat-obatan
- h. Mengelola administrasi.

9.11 Tujuan Ronde Keperawatan

Menurut Tuasikal, Embuai & Siauta (2020) tujuan ronde keperawatan, sebagai berikut :

1. Menumbuhkan cara berpikir secara kritis
2. Menumbuhkan pemikiran tentang tindakan keperawatan yang berasal dari masalah klien
3. Meningkatkan validitas data klien
4. Menilai kemampuan justifikasi
5. Meningkatkan kemampuan dalam menilai hasil kerja
6. Meningkatkan kemampuan untuk memodifikasi rencana perawatan klien

9.12 Jenis Ronde Keperawatan

Terdapat 4 (empat) jenis tipe ronde keperawatan antara lain (Close & Castledine, 2016 dalam Seniwati, dkk, 2022) :

1. *Matron Nurse* : seorang perawat berkeliling ke ruangan-ruangan, menanyakan keadann pasien sesuai jadwal rondonya. Perawat ronde ini memeriksa standar pelayanan, kebersihan, kerapihan, menilai penampilan dan kemajuan perawat dalam memberikan pelayanan pada pasien.
2. *Nurse Management Rounds* : ronde manajerial yang melihat pada rencana pengobatan dan implementasi pada sekelompok pasien dan mengetahui prioritas tindakan yang sudah dikerjakan serta melibatkan pasien dan keluarga pada proses interaksi. Pada ronde ini tak terjadi proses pembelajaran antara perawat dan *head nurse*.
3. *Patient Comport Nurse* : ronde yang berfokus pada kebutuhan utama yang dibutuhkan pasien di Rumah Sakit. Fungsi perawat dalam ronde ini ialah mencukupi semua kebutuhan pasien. Misalnya ketika ronde dikerjakan dimalam hari,

perawat menyiapkan tempat tidur agar pasien dapat beristirahat.

4. *Teaching Rounds* : dikerjakan antara *teacher nurse* dengan perawat atau mahasiswa perawat, dimana terjadi proses pembelajaran. Teknik ronde ini biasa dikerjakan oleh perawat atau mahasiswa perawat. Dengan pembelajaran langsung perawat atau mahasiswa perawat bisa langsung mengaplikasikan ilmu yang didapat kepada pasien.

9.13 Karakteristik Ronde Keperawatan

Menurut Dewi, Rinawati & Maryana (2019) karakteristik ronde keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Klien dilibatkan secara langsung
2. Klien merupakan fokus kegiatan
3. Perawat *associate*, perawat primer, dan konselor melakukan diskusi bersama
4. Konselor memfasilitasi kreativitas
5. Konselor membantu mengembangkan kemampuan perawat *associate*, dan meningkatkan kemampuan perawat primer dalam mengatasi masalah.

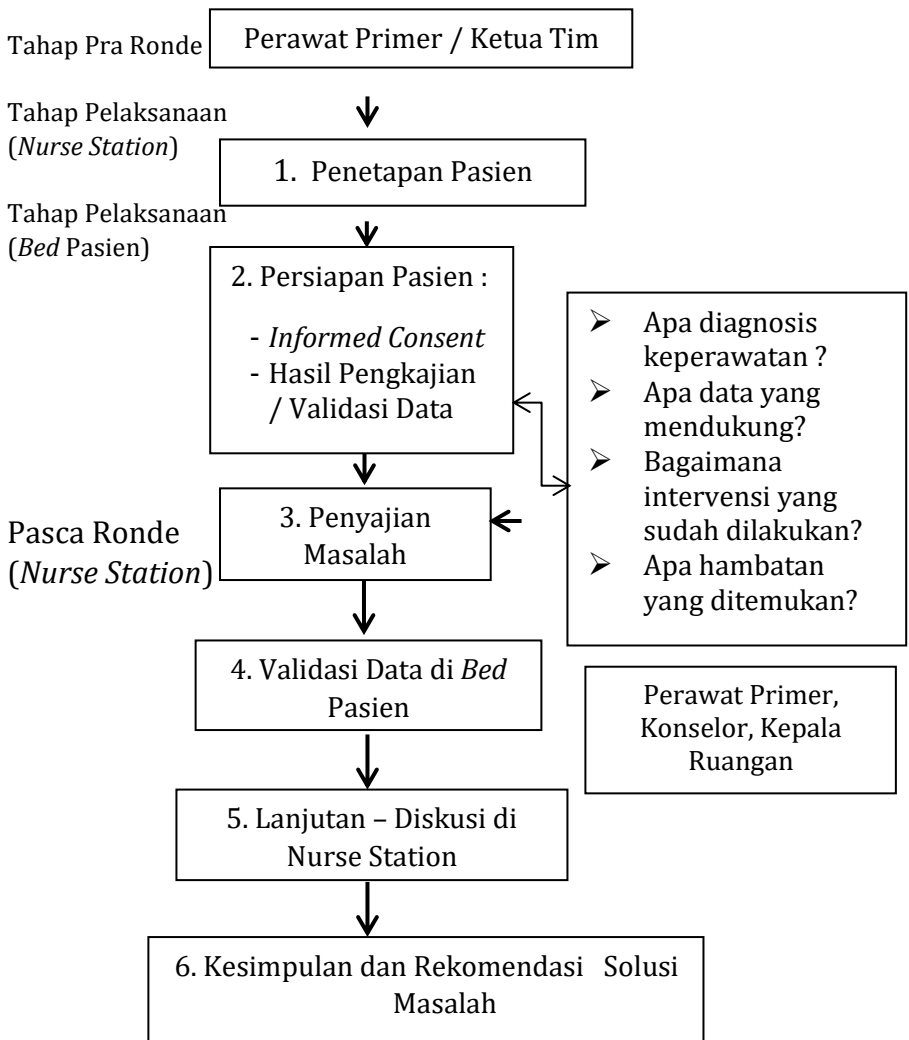
9.14 Peran dalam Ronde Keperawatan

Menurut Tuasikal, Embuai & Siauta (2020) tim ronde keperawatan memiliki peran masing-masing sebagai berikut:

1. Peran Perawat Primer dan Perawat *Associate* :
 - a. Menjelaskan keadaan dan data demografi klien
 - b. Menjelaskan masalah utama keperawatan klien
 - c. Menjelaskan intervensi yang belum dan yang akan dilakukan
 - d. Menjelaskan tindakan selanjutnya

2. Peran Perawat Konselor dan Tenaga Kesehatan Lainnya :
 - a. Memberikan justifikasi
 - b. Memberikan penguatan (*reinforcement*)
 - c. Menilai kebenaran dari suatu masalah, intervensi keperawatan serta tindakan yang rasional
 - d. Mengarahkan dan mengoreksi
 - e. Mengintegrasikan teori dan konsep yang telah dipelajari

9.15 Langkah-langkah Ronde Keperawatan



Gambar 9.1. Modifikasi Penulis Langkah-Langkah Ronde Keperawatan
(Sumber : Nursalam, 2014)

Keterangan (Nursalam, 2014) :

1. Tahap Pra Ronde Keperawatan
 - a. Menentukan kasus dan topik (masalah yang tidak teratasi dan masalah langka)
 - b. Menentukan tim ronde keperawatan
 - c. Mencari sumber atau literatur
 - d. Membuat proposal
 - e. Mempersiapkan pasien: *Informed Consent* dan Pengkajian
2. Pelaksanaan Ronde Keperawatan
 - a. Diskusi :
 - Apa diagnosis keperawatan?
 - Apa data yang mendukung?
 - Bagaimana intervensi yang sudah dilakukan?
 - Apa hambatan yang ditemukan selama perawatan?
 - b. Penjelasan tentang pasien oleh perawat primer atau ketua tim yang difokuskan pada masalah keperawatan dan rencana tindakan yang akan dilaksanakan dan atau telah dilaksanakan serta memilih prioritas yang perlu didiskusikan.
 - c. Anggota tim ronde keperawatan mendiskusikan kembali tentang kasus tersebut.
 - d. Pemberian justifikasi oleh perawat primer atau konselor atau kepala ruangan tentang masalah pasien serta rencana tindakan yang akan dilakukan.
3. Pasca Ronde Keperawatan
 - a. Evaluasi, revisi, dan perbaikan.
 - b. Kesimpulan dan rekomendasi penegakkan diagnosis, intervensi keperawatan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Dedi, B., Dwiantoro, L. (2020). Kepemimpinan dan Manajemen Pelayanan Keperawatan : Teori, Konsep dan Implementasi. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Dewi, S., C, Rinawati, R., A., Maryana. (2019). Modul Praktik : Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan - Prodi Sarjana Terapan Keperawatan. Yogyakarta : Poltekkes Jogja Press.
- Fibriansari, R. D. (2019). Modul Praktikum Manajemen Keperawatan. Lumajang : KSU Mulia Husada.
- Karaca A., Durna, Z. (2019). Patient Satisfaction with the Quality of Nursing Care. Journal. Nursing Open : John Wiley & Sons Ltd.
- Negarandeh, R., Bahabadi, A.H., Mamaghani, J.A. (2014). Impact of Regular Nursing Rounds on Patient Satisfaction with Nursing Care. Journal. Asian Nursing Research : Elsevier.
- Nursalam (2014) Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta : Salemba Medika.
- Pratiwi, A., dkk. (2022). Peningkatan Pengetahuan tentang Ronda Kasus Keperawatan pada Ketua Tim melalui Metode Role Play di Rumah Sakit Jiwa. Vol. 10. Hal. 821-828. Jurnal Keperawatan Jiwa.
- Seniwati., dkk. (2022). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Sulawesi Tengah : CV. Feniks Muda Sejahtera.
- Tuasikal, H., Embuai, S., Siauta, M. (2020). Manajemen Keperawatan : Teori dan Konsep dalam Keperawatan. Banten : Desanta Muliavisitama.

BAB 10

PENGELOLAAN RUMAH SAKIT PENDIDIKAN DAN KOMUNITAS PROFESIONAL

Oleh Mariam Dasat

10.1 Standar Rumah Sakit Pendidikan di Indonesia

Rumah sakit pendidikan diatur dalam Permenkes Nomor 31 Tahun 2022. Berikut akan diuraikan standar rumah sakit pendidikan di Indonesia:

10.1.1 Definisi

Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multi profesi.

10.1.2 Jenis Rumah Sakit Pendidikan

Jenis rumah sakit pendidikan terdiri dari Rumah Sakit Pendidikan utama, rumah Sakit Pendidikan afiliasi; dan rumah Sakit Pendidikan satelit. Penjelasan lebih lanjut terkait rumah sakit tersebut akan diuraikan dibawah ini.

1. Rumah Sakit Pendidikan utama

Rumah sakit umum yang digunakan fakultas kedokteran dan/atau fakultas kedokteran gigi untuk memenuhi seluruh atau sebagian besar kurikulum guna mencapai kompetensi di bidang kedokteran atau

kedokteran gigi. Rumah sakit khusus gigi dan mulut yang digunakan fakultas kedokteran gigi untuk memenuhi seluruh atau sebagian besar kurikulum dalam rangka mencapai kompetensi di bidang kedokteran gigi. Rumah Sakit Pendidikan utama paling sedikit menyelenggarakan 12 (dua belas) pelayanan medik spesialis untuk rumah sakit umum atau 8 (delapan) pelayanan medik spesialis yang sesuai kekhususan untuk rumah sakit khusus gigi dan mulut. Pendidikan utama harus memenuhi

- 1) Paling sedikit 200 (dua ratus) tempat tidur rawat inap untuk rumah sakit umum.
- 2) Paling sedikit 12 (dua belas) tempat tidur rawat inap dan 50 (lima puluh) dental unit untuk rumah sakit khusus gigi dan mulut

Rumah Sakit Pendidikan utama juga dapat ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan afiliasi atau Rumah Sakit Pendidikan satelit bagi fakultas kedokteran atau fakultas kedokteran gigi lainnya. Rumah Sakit Pendidikan utama yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan afiliasi atau Rumah Sakit Pendidikan satelit, dalam penetapannya harus memperhatikan akumulasi rasio tenaga pengajar dengan peserta didik, dan jumlah dan variasi kasus.

2. Rumah Sakit Pendidikan afiliasi

Rumah Sakit Pendidikan afiliasi merupakan rumah sakit khusus yang digunakan oleh Institusi Pendidikan untuk memenuhi kurikulum dalam rangka mencapai kompetensi spesialis. Selain rumah sakit khusus, Rumah Sakit Pendidikan afiliasi juga dapat berupa rumah sakit umum dengan unggulan pelayanan kedokteran dan kesehatan tertentu. Rumah Sakit Pendidikan afiliasi digunakan untuk memenuhi seluruh kurikulum bagi dokter

spesialis/dokter gigi spesialis dan/atau pendidikan spesialis tenaga kesehatan lain.

Rumah Sakit Pendidikan afiliasi dapat menjadi Rumah Sakit Pendidikan satelit bagi Institusi Pendidikan apabila digunakan bagi pendidikan dokter/dokter gigi dan tenaga kesehatan lain. Rumah Sakit Pendidikan afiliasi yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan satelit, dalam penetapannya harus memperhatikan akumulasi rasio tenaga pengajar dengan peserta didik, dan jumlah dan variasi kasus.

3. Rumah Sakit Pendidikan Satelit

Rumah Sakit Pendidikan satelit merupakan rumah sakit umum yang digunakan Institusi Pendidikan guna mencapai kompetensi tenaga kesehatan di bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan/atau kesehatan lain. Rumah Sakit Pendidikan satelit paling sedikit menyelenggarakan 4 (empat) pelayanan medik spesialis

Rumah sakit dapat menyelenggarakan pendidikan profesi tenaga kesehatan lainnya sebelum maupun setelah ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan (Pasal 7 Permenkes No 31 tahun 2022)

10.1.3 Fungsi Rumah Sakit Pendidikan

1. Rumah Sakit Pendidikan memiliki fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain
2. Fungsi Rumah Sakit Pendidikan merupakan bagian dari implementasi sistem kesehatan akademis yang terintegrasi untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui pendidikan dan riset di bidang kesehatan

3. Informasi terkait fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian harus disampaikan oleh Rumah Sakit Pendidikan secara terbuka kepada pengunjung.. Dalam menjalankan fungsi pelayanan bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain Rumah Sakit Pendidikan bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan terintegrasi dengan mengutamakan tata kelola klinis yang baik, perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain berbasis bukti dengan memperhatikan aspek etika profesi dan hukum kesehatan.

Pelayanan kesehatan terintegrasi merupakan pelayanan yang: 1) Dilakukan secara kolaborasi interprofessional sesuai kebutuhan pasien/klien dengan melibatkan Mahasiswa. 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan primer, pelayanan kesehatan sekunder, dan pelayanan kesehatan tersier pada Rumah Sakit Pendidikan utama. 3) Mengintegrasikan fungsi pelayanan dengan fungsi pendidikan dan fungsi penelitian. Kolaborasi interprofesional merupakan kegiatan pendidikan baik pendidikan dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan lain yang dilakukan bersama-sama dalam upaya mencapai kompetensi.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer dapat dilaksanakan melalui kerja sama antara Rumah Sakit Pendidikan utama dengan jejaring Rumah Sakit Pendidikan. Kerja sama dilaksanakan dengan mewajibkan Dosen dari Rumah Sakit Pendidikan utama melakukan supervisi terhadap proses pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi di jejaring Rumah Sakit Pendidikan

10.1.4 Jumlah Mahasiswa serta Jumlah dan variasi Jenis Kasus Penyakit

Rumah Sakit Pendidikan hanya dapat menerima Mahasiswa sesuai dengan :

1. Rasio jumlah Dosen dengan Mahasiswa; dan
2. Jumlah dan variasi jenis kasus penyakit

Rasio jumlah Dosen dengan Mahasiswa ditetapkan oleh Menteri setelah berkoordinasi dengan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, kebudayaan, riset, dan teknologi. Jumlah dan variasi jenis kasus penyakit harus memenuhi variasi jenis kasus sesuai dengan kompetensi yang harus dicapai dengan jumlah yang cukup untuk setiap jenis kasus.

10.1.5 Tim Koordinasi Pendidikan

Tim koordinasi pendidikan terdiri atas unsur jejaring Rumah Sakit Pendidikan dan unsur Institusi Pendidikan. Susunan organisasi, keanggotaan, dan jumlah anggota tim koordinasi pendidikan ditetapkan oleh direktur/kepala Rumah Sakit Pendidikan atau pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

10.1.6 Kewajiban Rumah Sakit Pendidikan

Rumah Sakit Pendidikan memiliki kewajiban:

1. Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien/klien;
2. Meningkatkan kompetensi sumber daya manusia secara terus menerus sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain;
3. Menyelenggarakan jejaring pelayanan rujukan dan membina fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama;

4. Menjalankan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang efektif, efisien, dan akuntabel;
5. Meningkatkan fasilitas peralatan pendidikan bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat berdasarkan fungsi dan klasifikasinya;
6. Meningkatkan penelitian klinis dan penelitian lain di bidang kesehatan; dan
7. Memberikan insentif bagi peserta program dokter layanan primer dan spesialis-subspesialis.
8. Insentif Rumah Sakit Pendidikan
9. Insentif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 30 huruf g diberikan oleh Rumah Sakit Pendidikan.
10. Insentif bersumber dari pendapatan Rumah Sakit Pendidikan atas jasa pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh peserta program dokter layanan primer dan spesialis-subspecialist, sesuai dengan kemampuan Rumah Sakit Pendidikan.
11. Dalam hal rumah sakit Pendidikan merupakan satuan kerja badan layanan umum, insentif diberikan dengan kriteria: 1) kegiatan yang sumber dananya berasal dari penerimaan negara bukan pajak badan layanan umum; 2) merupakan komponen biaya dari tarif layanan; dan 3) mempertimbangkan standar harga pasar.
12. Dalam hal Rumah Sakit Pendidikan merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah, insentif diberikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
13. Dalam hal Rumah Sakit Pendidikan merupakan rumah sakit perguruan tinggi negeri badan hukum dan rumah sakit milik swasta, insentif diberikan sepanjang pendanaannya berasal dari non anggaran pendapatan dan belanja negara.
14. Ketentuan mengenai komponen, kriteria, dan tata cara pemberian insentif bagi peserta program dokter layanan primer dan spesialis-subspesialis ditetapkan dengan Keputusan Menteri.

10.2 Pengelolaan Pendidikan Klinis

Pengelolaan pendidikan klinis mengacu pada peraturan pemerintah Nomor 31 Tahun 2022 , tetapi setiap rumah sakit akan memiliki kebijakan yang berbeda-beda. **Berikut contoh panduan pengelolaan pendidikan klinis di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo .**

10.2.1 Tim Koordinasi Pendidikan (Timkordik)

1. Dalam rangka melaksanakan koordinasi terhadap seluruh proses pembelajaran klinik di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo, dibentuk Tim Koordinasi Pendidikan
2. Tim Koordinasi Pendidikan dibentuk oleh Direktur RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo dan Pimpinan Institusi Pendidikan
3. Tim Koordinasi Pendidikan merupakan unit fungsional dan berkedudukan di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo
4. Tugas, Tanggung Jawab, Hak, Wewenang, Masa tugas dan keanggotaan Tim Koordinasi Pendidikan adalah sebagai berikut :
5. Uraian Tugas Tim Koordinasi Pendidikan :
 - a. Tim Koordinasi Pendidikan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo dan Pimpinan Institusi Pendidikan terkait dalam pelaksanaan tugasnya
 - b. Bertanggungjawab terhadap kelancaran proses manajemen praktik klinik mahasiswa di wahana klinik (rumah sakit)

- c. Bertanggungjawab terhadap monitoring dan evaluasi kegiatan praktik klinik mahasiswa di wahana klinik (rumah sakit)
 - d. Berkoordinasi dengan institusi pendidikan terkait (yang diwakilkan oleh anggota perwakilan dari institusi pendidikan terkait) dalam membuat program kerja dan anggaran kebutuhan praktik klinik
 - e. Bertanggung jawab melaporkan hasil kerja secara berkala kepada Direktur RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo dan Pimpinan Institusi Pendidikan
6. Tanggung Jawab :
- 1) Proses manajemen pendidikan klinik berjalan dengan baik dan lancar
 - 2) Monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan pendidikan klinik yang berlangsung
 - 3) Melakukan sosialisasi kebijakan, peraturan pelaksanaan, dan peraturan teknis lainnya.
7. Hak :
- 1) Mengatur penggunaan sarana dan prasarana tertentu sesuai kebutuhan, keadaan dan kemampuan RSUD Nyi Ageng Serang
 - 2) Melaporkan kinerja dan perilaku Peserta Program Pendidikan berdasarkan ketentuan-ketentuan yang berlaku
 - 3) Mendapatkan reward atas kegiatan yang dilakukan.
8. Wewenang Tim Koordinasi Pendidikan :
- 1) Mengusulkan keanggotaan Timkordik kepada Direktur RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo, serta berkoordinasi dengan pihak institusi pendidikan

dalam menunjuk wakilnya dalam bagian keanggotaan Timkordik

- 2) Mengusulkan nama Pembimbing klinik yang sesuai dengan ketentuan syarat, kualifikasi dan kompetensinya sebagai pembimbing klinik mahasiswa
- 3) Membuat program kerja dan anggaran kebutuhan praktik klinik sehubungan dengan kesinambungan pelaksanaan bimbingan praktik klinik.

9. Masa Tugas Tim Koordinasi Pendidikan :

- 1) Masa tugas Timkordik dimulai dari disahkannya surat kebijakan Direktur RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo
- 2) Masa tugas Timkordik 3 tahun sekali dan dapat dipilih kembali sesuai dengan regulasi yang berlaku di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo
- 3) Keanggotaan Tugas Tim Koordinasi Pendidikan :
- 4) Ketua merangkap sebagai anggota berasal dari unsur RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo
- 5) Sekretaris merangkap sebagai anggota berasal dari unsur RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo
- 6) Bendahara merangkap sebagai anggota berasal dari unsur RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo
- 7) Anggota terdiri dari pembimbing klinik/CI di masing-masing lab/ruangan/instalasi dan perwakilan dari institusi pendidikan.

10.2.2 Pembimbing Klinik

1. Kriteria pembimbing klinik

- 1) Staf yang kompeten/qualified
- 2) Memiliki kualifikasi pendidikan minimal satu tingkat diatas peserta didik
- 3) Memiliki pengalaman kerja 5 tahun

- 4) Memiliki surat tanda registrasi (STR)
- 5) Memiliki surat penugasan kerja klinis (SPKK) dan rincian kewenangan klinis (RKK)
- 6) Memiliki sertifikat pelatihan CI/*perceptorship*/pekerti/*Applied*

2. *Approach*

- 1) Memiliki sertifikat pelatihan OSCE bagi penguji
- 2) Tugas dan tanggungjawab pembimbing klinik
 - a) Mengorientasikan peserta didik tentang ruangan yang akan digunakan untuk praktik klinik dan mengorientasikan peraturan yang berlaku di rumah sakit
 - b) Merencanakan model bimbingan klinik yang sesuai bagi peserta didik
 - c) Menyusun program kegiatan untuk peserta didik meliputi peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan perubahan sikap
 - d) Melakukan peran pengajaran dan sebagai role model bagi peserta didik
 - e) Melakukan evaluasi pada peserta didik selama proses bimbingan klinik dan membuat lap[oran tentang penilaian peserta didik.
- 3) Wewenang Pembimbing Klinik
 - a) Memfasilitasi peserta didik mencapai kompetensi yang ditetapkan.
 - b) Melakukan verifikasi pencapaian kompetensi peserta didik dengan mengisi buku kerja harian sesuai tingkat kompetensi yang dicapai.
 - c) Melakukan tutorial klinik menggunakan kasus yang telah ditentukan.

- d) Melakukan verifikasi terhadap laporan kasus yang dibuat peserta didik sebelum diserahkan ke dosen pembimbing klinik.
- e) Mengisi lembar penilaian peserta didik selama rotasi.

10.2.3 Peserta Didik

Sebelum melaksanakan praktik klinik, peserta didik wajib mengikuti satu kali orientasi dari rumah sakit, dan rumah sakit akan menerbitkan sertifikat bagi peserta didik yang telah mengikuti orientasi tersebut. Materi orientasi meliputi:

- 1) Profil RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo
- 2) Refreshing sumpah peserta didik dalam menjaga kerahasiaan pelayanan dan dokumen rekam medis pasien
- 3) Sosialisasi PPI (Pencegahan & Pengendalian Infeksi)
- 4) Sosialisasi KPRS (Keselamatan Pasien Rumah sakit)
- 5) Sosialisasi K3 (Kesehatan & Keselamatan Kerja)
- 6) Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO).

- 1. Peraturan bagi peserta didik selama melaksanakan praktik klinik :

Kewajiban Peserta PKL

- 1) Menjunjung tinggi nilai-nilai ke Rumah Sakit : Cinta Kasih, Tulus Ikhlas, Kejujuran, Profesional dan kebersamaan
- 2) Mematuhi segala tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
- 3) Memelihara hubungan baik dengan tenaga/Karyawan Rumah Sakit (sopan, salam, tegur, sapa dan lain-lain)
- 4) Menjaga Nama baik Rumah Sakit
- 5) Menjaga/ikut memelihara kebersihan Rumah Sakit , termasuk ikut berhemat dalam menggunakan fasilitas Rumah Sakit, Air, listrik dan lain-lain.
- 6) Tata Tertib Peserta PKL/Coass
- 7) Memakai seragam, sepatu sesuai dengan Institusi Pendidikan dan tanda pengenalan serta jam tangan.

8) Jam Kerja di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo

Pagi : Jam 08.00 - 14.00 WIB

Sore : Jam 14.00 - 20.00 WIB

Malam : Jam 20.00 - 08.00 WIB

Diharapkan hadir 15 menit sebelumnya.

- a. Setiap datang dan pulang harus mengisi daftar hadir/presensi di ketahui Oleh Pembimbing atau Petugas yang didelegasikan.
- b. Segala kegiatan hendaknya dikonsultasikan dengan pembimbing.
- c. Membawa buku Panduan dan alat Pemeriksaan fisik dasar (Stetoskop, Tensimeter Aneuroid, Thermometer, Penlight)
- d. Tidak diperbolehkan membawa pulang status pasien/peralatan RS
- e. Tidak boleh menulis catatan pasien di dokumen Rekam Medik
- f. Tidak boleh menyampaikan diagnosa pasien pada keluarga ataupun pasiennya sendiri, yang berwenang hanya DPJP
- g. Wajib menjaga kerahasiaan informasi medik pasien
- h. Selalu memperkenalkan diri pada pasien/keluarga pasien
- i. Dilarang membuka HP saat ke pasien
- j. Tidak Merokok di Lingkungan Rumah Sakit
- k. Peserta didik wajib menjaga mutu rumah sakit dengan meningkatkan kepatuhan cuci tangan, penggunaan APD dan melakukan SKP dan meminimalkan insiden keselamatan pasien.
- l. Parkir dengan tertib pada tempat yang telah ditentukan.

Pelanggaran terhadap salah satu tata tertib tersebut akan berdampak pada sanksi yang dikenakan sesuai aturan yang berlaku :

- a. Apabila tidak masuk tanpa keterangan wajib mengganti 3 hari
- b. Apabila tidak masuk dengan alasan ijin harus dengan persetujuan pembimbing baik dari Institusi maupun dari RSUD Nyi Ageng Serang maka wajib mengganti sesuai jumlah hari yang ditinggalkan.
- c. Apabila tidak masuk dikarenakan sakit harus menyertakan surat keterangan dokter dan wajib mengganti praktek sesuai surat sakitnya.
- d. Penggantian jadwal dinas harus berdasarkan persetujuan resmi (surat resmi) dari Institusi dan Rumah Sakit
- e. Tidak boleh mengganti jadwal dinas pada saat pelaksanaan PKL
- f. Bentuk sanksi : Teguran lisan, Teguran tertulis, Pengembalian ke Institus.

10.2.4 Tata Laksana

1. Pengelola Pendidikan Klinis

Pendidikan Klinis yang diselenggarakan di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo dikelola oleh Tim Koordinasi Pendidikan (Timkordik) yang bertanggung jawab untuk merencanakan, memonitor, dan mengevaluasi penyelenggaraan program pendidikan klinis di rumah sakit. Timkordik melakukan koordinasi terhadap seluruh proses pendidikan kedokteran, keperawatan, dan tenaga kesehatan lainnya di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo.

2. Penyelenggaraan Pendidikan

Sistem penyelenggaraan pendidikan dalam hal pelayanan pendidikan akan diberikan *reward and punishment* bagi semua pihak yang terlibat dalam kegiatan

pendidikan baik staf medis, staf non medis, maupun peserta didik.

- a. Batasan kewenangan prosedur medis yang dapat dilakukan oleh peserta didik ditetapkan bersama oleh Timkordik (Tim Koordinasi Pendidikan).
- b. Jadwal pra pelaksanaan pendidikan dikirim oleh Institusi pendidikan kesehatan kepada Rumah Sakit sebelum kegiatan berlangsung.
- c. Tersedia Jadwal pelaksanaan sesuai program di tiap bagian terdiri dari: nama, kegiatan, waktu, penanggung jawab ruangan dan dilaksanakan sesuai jadwal.
- d. Setiap kegiatan pendidikan mahasiswa dan tenaga pengajar dibuat daftar hadir oleh sekretariat pendidikan.
- e. Tersedia staf sekretariat (staf non edukatif) yang bertanggung jawab untuk menangani kelengkapan proses pendidikan peserta didik seperti alat bantu belajar, ruangan, nilai, pengaturan jadwal, dan administrasi.
- f. Masing-masing bagian menyusun perencanaan terkait proses aktivitas staf medis dalam penyusunan rancangan tersebut dan membuat notulensi setiap kegiatan pertemuan rutin serta dibuat catatan kehadiran dalam proses pendidikan (*log book*)
- g. Buku panduan program pendidikan sesuai dengan panduan program pendidikan yang disusun oleh masing-masing bagian/KSM di bawah koordinasi Timkordik (Tim Koordinasi Pendidikan) dan disetujui oleh Direktur RSUP Dr. Sardjito dan
- h. Program pendidikan klinis terstruktur mengacu pada standar pendidikan profesi dokter/dokter gigi dan dokter/dokter gigi spesialis sesuai standar kompetensi.
- i. Pembiayaan proses pendidikan klinis dibayarkan sesuai tarif yang berlaku.

3. Persiapan Pelaksanaan Penerimaan Peserta Pendidikan Klinis Di Rsud Nyi Ageng Serang
 - a. Timkordik menindaklanjuti disposisi dari Kepala Bagian Tata Usaha perihal surat permohonan pelaksanaan praktek klinik dari institusi pendidikan.
 - b. Timkordik berkoordinasi dengan pembimbing dan kepala unit/kepala ruang sebagai tempat yang dituju oleh instansi pendidikan
 - c. Timkordik berkoordinasi dengan tim narasumber untuk melakukan orientasi peserta pendidikan klinis di RSUD Nyi Ageng Serang Kabupaten Kulon Progo
 - d. Penerimaan peserta pendidikan klinis dan selanjutnya diserahkan ke dokter pembimbing klinik untuk pelaksanaan praktek dan peserta pendidikan profesi kesehatan lain ke pembimbing klinik masing -masing profesi
 - e. Pada akhir pelaksanaan praktek, peserta pendidikan klinik menyerahkan hasil refleksi kasus selama pelaksanaan praktek, referat untuk dokter muda dan kompetensi yang sudah dilakukan selama praktek (Foto copy logbook)
 - f. Membuat sertifikat hasil dari orientasi peserta peserta didik
 - g. Melakukan penagihan biaya praktek peserta pendidikan klinik ke institusi pendidikan
4. Daya Tampung

Pendidikan klinis di Rumah Sakit harus mengutamakan keselamatan pasien serta memperhatikan kebutuhan pelayanan sehingga pelayanan rumah sakit tidak terganggu, akan tetapi justru menjadi lebih baik dengan adanya program pendidikan klinis.

Jumlah peserta didik di RSUD Nyi Ageng Serang ditentukan berdasarkan rasio pendidik klinis dan peserta didik sebagai berikut :

- a. Rasio pembimbing dengan peserta didik PPDS adalah 1 : 3
- b. Rasio pembimbing dengan peserta didik PPDU/Koas adalah 1 : 5
- c. Rasio pembimbing dengan peserta didik Perawat dan tenaga kesehatan lainnya adalah 1 : 5

5. Supervisi Klinik

Terdapat 4 (empat) tingkatan supervisi yang disesuaikan dengan kompetensi dan juga kewenangan peserta didik sebagai berikut :

- a. Supervisi tinggi: kemampuan asesmen peserta didik belum sah sehingga keputusan dalam membuat diagnosis dan rencana asuhan harus dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Begitu pula tindakan medis dan operatif hanya boleh dilakukan oleh DPJP. Pencatatan pada berkas rekam medis harus dilakukan oleh DPJP. Peserta didik yang tergolong pada level supervisi tinggi ini adalah:
Pendidikan Profesi Dokter : (Koas)
Pendidikan Profesi Keperawatan, Kebidanan & PPA Lainnya Lainnya : (Profesi : Ners dan Dietisien. Strata 1 : Kedokteran, Keperawatan & Gizi. Diploma IV : Keperawatan, Kebidanan, Gizi, Fisioterapi dan Lainnya. Diploma III : Keperawatan, Kebidanan, Gizi, TLM, TTK dan Lainnya
- b. Supervisi moderat tinggi: kemampuan asesmen peserta didik sudah dianggap sah, namun kemampuan membuat keputusan belum sah sehingga rencana asuhan yang dibuat peserta didik harus disupervisi oleh DPJP. Tindakan medis dan operatif dapat dikerjakan oleh peserta didik dengan

supervisi langsung (onsite) oleh DPJP. Pencatatan pada berkas rekam medis oleh peserta didik dan diverifikasi dan divalidasi oleh DPJP. Peserta didik yang tergolong pada level supervisi moderat tinggi ini adalah : Pendidikan Profesi Dokter (PPDS/dokter residen)

- c. Supervisi moderat: kemampuan melakukan asesmen sudah sah, tetapi kemampuan membuat keputusan belum sah sehingga keputusan rencana asuhan harus mendapat persetujuan DPJP sebelum dijalankan, kecuali pada kasus gawat darurat. Tindakan medis dan operatif dapat dilaksanakan oleh peserta didik dengan supervisi tidak langsung oleh DPJP (dilaporkan setelah pelaksanaan). Pencatatan pada berkas rekam medis oleh peserta didik dengan verifikasi dan validasi oleh DPJP. Peserta didik yang tergolong pada level supervisi moderat ini adalah: Pendidikan Profesi Dokter (PPDS/dokter residen).
- d. Supervisi rendah: kemampuan asesmen dan kemampuan membuat keputusan sudah sah sehingga dapat membuat diagnosis dan rencana asuhan, namun karena belum mempunyai legitimasi tetap harus melapor kepada DPJP. Tindakan medis dan operatif dapat dilakukan dengan supervisi tidak langsung oleh DPJP.
Peserta didik yang tergolong pada level supervisi rendah ini adalah : Pendidikan Profesi Dokter : (PPDS/dokter residen)

Bukti fisik yang dibutuhkan untuk melakukan supervise meliputi :

- a. SK pembimbing klinik
- b. Surat pengantar dan daftar nama peserta pendidikan klinis
- c. Buku panduan
- d. Logbook supervisi

10.3 Pengelolaan Profesional Komunitas

Berikut akan diuraikan beberapa istilah terkait dengan pengelolaan professional komunitas.

10.3.1 Pengertian dalam Pengelolaan Profesional Komunitas

1. Perencanaan adalah suatu proses menentukan hal-hal yang ingin dicapai (tujuan) di masa depan serta menentukan berbagai tahapan yang diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut.
2. Perencanaan partisipatif adalah sebuah metode perencanaan pembangunan dengan melibatkan warga masyarakat yang diposisikan sebagai subyek pembangunan. Tujuannya agar masyarakat diharapkan mampu mengetahui permasalahannya sendiri di lingkungannya, menilai potensi SDM dan SDA yang tersedia, dan merumuskan solusi yang paling menguntungkan.
3. Community Development (Pengembangan Masyarakat) adalah kegiatan pemberdayaan masyarakat yang diarahkan untuk meningkatkan kondisi sosial ekonomi (kesejahteraan) dan budaya (peradaban) yang lebih baik dibandingkan dengan kondisi sebelumnya.
4. *Cooperate Social Responsibility* (Tanggung Jawab Sosial Perusahaan) adalah suatu tindakan atau konsep (mekanisme) yang dilakukan oleh perusahaan (sesuai kemampuan perusahaan tersebut) sebagai bentuk tanggung jawab mereka terhadap sosial dan lingkungan sekitar (termasuk para pemangku kepentingan) dimana perusahaan itu berada untuk mewujudkan pembangunan berkelanjutan.
5. Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan juga mengurus urusan pemerintahannya. Desa juga merupakan

perwujudan atau kesatuan geografi, sosial, ekonomi, politik, serta kultural yang terdapat di suatu daerah yang memiliki hubungan dan pengaruhnya secara timbal balik.

6. Pemberdayaan masyarakat desa adalah upaya untuk mengembangkan kemandirian dan kesejahteraan masyarakat dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, keterampilan, perilaku, kemampuan, kesadaran, serta memanfaatkan sumber daya melalui penetapan kebijakan, program, kegiatan, dan pendampingan yang sesuai dengan esensi masalah dan prioritas kebutuhan masyarakat desa
7. Kajian desa adalah proses identifikasi potensi wilayah desa yang dilakukan untuk memperoleh data keadaan wilayah (desa) dan ekosistem dengan menggunakan data primer maupun data sekunder. Data primer diperoleh dari informasi langsung masyarakat yang terkait, sedangkan data sekunder diperoleh dari monografi desa dan atau dari sumber-sumber lain yang relevan.
8. RPJM Desa atau Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa adalah Rencana Kegiatan Pembangunan Desa untuk jangka waktu 6 (enam) tahun. Dalam RPJMDes terdapat arah kebijakan pembangunan desa, rencana kegiatan yang meliputi penyelenggaraan pemerintahan desa, pelaksanaan pembangunan desa, pembinaan kemasyarakatan desa dan apa saja kegiatan pemberdayaan masyarakat yang bakal dilakukan pemerintah desa.
9. BUMDes adalah badan usaha yang seluruh atau sebagian besar modalnya dimiliki desa melalui penyertaan modal langsung yang berasal dari kekayaan desa. BUMDes harus lahir atas kehendak seluruh warga desa yang diputuskan melalui Musyawarah Desa (Musdes). Musdes adalah forum tertinggi melahirkan berbagai keputusan utama dalam BUMDes mulai dari nama lembaga, pemilihan pengurus hingga jenis usaha yang bakal dijalankan.

10. Participatory Rural Appraisal (PRA) adalah suatu metode untuk memahami desa secara partisipatif, dalam upaya memahami permasalahan dan upaya antisipasi yang dibutuhkan, berdasarkan pada potensi dan kendala sumber daya yang tersedia. Metode ini digunakan untuk memfasilitasi masyarakat untuk saling berbagi pengetahuan dan pengalaman; menganalisis kondisi kehidupannya; dan membuat rencana kegiatan berdasarkan hasil analisisnya
11. Logical Framework Analysis (LFA) adalah instrumen (alat bantu) analisis dan manajemen yang dapat menjelaskan analisis situasi yang menjadi alasan atau argumentasi penting suatu program, kaitan logis sebab-akibat secara hirarki, hubungan antara tujuan yang akan dicapai dengan proses yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan, identifikasi potensi-potensi resiko yang akan dihadapi dalam pelaksanaan program, mekanisme bagaimana hasil-hasil kerja (output) dan dampak program (outcome) akan dimonitor dan dievaluasi.

10.3.2 Membangun Indonesia dari Desa

Sesuai amanat UU No. 6 Tahun 2014, pembangunan desa ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup masyarakat desa. Caranya adalah dengan mendorong pembangunan desa-desa mandiri dan berkelanjutan yang memiliki ketahanan sosial, ekonomi, dan lingkungan. Upaya mengurangi kesenjangan antara desa dan kota dilakukan dengan mempercepat pembangunan desa-desa mandiri serta membangun keterkaitan ekonomi lokal antara desa dan kota melalui pembangunan kawasan perdesaan.

Mulai tahun 2015, pemerintah secara bertahap menjalankan amanat undang-undang No 6/2014 tentang desa. Salah satunya adalah kewajiban pemerintah memberikan Dana Desa. UU Desa hadir sebagai bentuk pendekatan baru atas pembangunan atau pembangunan yang digerakkan oleh desa (*village driven development /VDD*). Kata kunci penting VDD dalam dunia ekonomi adalah konsolidasi dan institusionalisasi atas aktor (petani, nelayan, peternak, perajin, kepala desa, perangkat desa, penyuluh, pendamping, dan seterusnya); aset lokal (tanah perorangan, tanah masyarakat, tanah desa, SDA, dana desa, dan lain-lain), dan akses (informasi, pengetahuan, kebijakan, pasar, dan lainlain).

Gerakan ekonom berbasis desa (VDD) bukan berarti menegasi atas pengembangan ekonomi lokal atau ekonomi rakyat yang digerakkan oleh UMKM maupun koperasi. Dalam konteks ini ada tiga pola VDD yaitu 1) Desa Mandiri: setiap desa tampil secara mandiri sebagai penggerak ekonomi desa, yang melakukan konsolidasi dan inovasi di berbagai sector, mulai dari gerakan menanam beragam tanaman, diversifikasi pangan hingga membangun BUMDesa. 2) Kolaborasi Antar desa: sejumlah desa bekerja sama mengonsolidasi dan institusionalisasi aset mereka untuk membangun korporasi ekonomi misalnya melalui BUMDes. Misalnya membangun kebun kolektif, peternakan kolektif, pangan kolektif, dsb dengan menolak kehadiran korporasi dari luar. 3) Negosiasi dan kolaborasi desa dengan modal: baik desa maupun antardesa melakukan negosiasi dan kerjasama bisnis dengan BUMN, perusahaan yang ada di sekitar desa maupun pemodal. Misalnya desa mengorganisir dan memfasilitasi produsen lokal dengan perusahaan. Desa maupun lembaga kolaborasi (ekonomi) antardesa membangun pola shareholding

dengan perusahaan. Kegiatan ini bisa sekaligus menjadi program CSR perusahaan.

10.3.3 Memberdayakan Masyarakat Desa

Dengan kewenangan dan sumber dana yang memadai, desa sangat mungkin menginisiasi dan merencanakan pembangunan yang substantif, integratif, komprehensif, dan inovatif. Hal ini memberikan kesempatan kepada pemerintah desa untuk membangun dan menguatkan aspek pemberdayaan dan ekonomi pemerintah dan masyarakat desa melalui penekanan bidang pemberdayaan dan pembangunan ekonomi produktif di desa. Penekanan pada aspek pemberdayaan dan pembangunan ekonomi desa merupakan pilihan strategis yang bisa memberikan percepatan kemandirian desa dengan meningkatkan pendapatan asli desa.

Tingginya pendapatan asli desa (PADes) tidak menjadikan Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes) lebih besar, sehingga pada anggaran selanjutnya, pemerintah desa dapat lebih leluasa dalam membangun sektor sektor strategis lainnya, khususnya pembangunan infrastruktur dan pelayanan sosial dasar. Pemberdayaan masyarakat desa harus dilakukan kepada petani, kelompok usaha produktif dan kreatif dalam kerangka meningkatkan kualitas dan kuantitas produk mereka, berdasarkan keunggulan komparatif maupun kompetitif.

Pemerintah desa perlu membina Badan Usaha Milik Desa (BUMDes) yang bergerak dalam bidang jasa promosi, distribusi, dan penjualan produk unggulan masyarakat desa yang telah diberdayakan sebelumnya. Lembaga ini digadang-gadang sebagai kekuatan yang akan bisa mendorong terciptanya peningkatan kesejahteraan dengan cara menciptakan produktivitas ekonomi lokal dengan berdasar pada ragam potensi yang dimiliki desa.

Perbincangan tentang ekonomi lokal maupun ekonomi kerakyatan sering menyentuh ekonomi perdesan, tetapi hampir tidak pernah menyentuh BUMDes. Baik ekonomi lokal maupun ekonomi kerakyatan hadir sebagai alternatif atas ekonomi kapitalisglobal, tetapi keduanya lebih banyak berbicara tentang UMKM maupun koperasi yang digerakkan oleh pelaku ekonomi lokal. Para pendukung UMKM itu kritis dan skeptis terhadap BUMDes, sebab desa tidak memiliki kapasitas dan tradisi berbisnis dan skala ekonomi desa yang kecil dan tidak efisien.

Tetapi juga tidak jarang para pelaku UMKM itu tampil sebagai borjuis lokal atau tengkulak lokal yang menghisap tenaga kerja maupun petani, peternak, nelayan dan perajin. Lalu siapa yang bisa melindungi dan memperkuat rakyat kecil di desa seperti petani, peternak, nelayan dan perajin? Koperasi secara teoretis merupakan kekuatan ekonomi rakyat yang secara mandiri menggalang kekuatan rakyat kecil dalam aktivitas ekonomi. Berbeda dengan BUMDes, koperasi merupakan institusi ekonomi yang bisa melakukan perikatan hukum, baik akses kredit di bank maupun kontrak kerja.

Petani dan nelayan merupakan bagian dari komunitas lokal yang mempunyai posisi dan wajah sosial. Sebagai pelaku ekonomi lokal, para petani dan nelayan sangat terikat dengan institusi lokal. Mereka saling membangun interaksi atau komunikasi dalam sebuah masyarakat yang terbentuk secara alami dan kontinyu dalam satu daerah. Masyarakat desa (petani, nelayan, peternak) sangat mudah untuk bekerjasama tetapi sulit untuk berusaha bersama. Karena itu mereka sulit membangun usaha kolektif dalam wadah koperasi, kecuali kalau ada pihak lain yang mengorganisir mereka.

Jika ada petani kaya mengorganisir mereka ke dalam koperasi untuk membentuk aksi kolektif maka petani kaya itu akan hadir sebagai penumpang gelap yang melakukan elite capture, sebagaimana sering terjadi dalam kasus gabungan kelompok tani (gapoktan). Dalam konteks itu, menurut Sutoro Eko Yunarto (perancang UU Desa) bahwa dibutuhkan sentuhan kelembagaan ekonomi yang peka terhadap persoalan modal sosial, solidaritas, gotong royong, kolektivitas, dan patron yang terlembagakan secara formal. Jika koperasi tidak mampu mengorganisir karena anti patron, maka BUMDes yang digerakkan oleh kepala desa dan terlembagakan melalui musyawarah desa, menjadi jawaban atas keterbatasan koperasi maupun pendekatan kelompok tani.

Berbeda dengan orang kaya yang menjadi patron personal, kepala desa akan hadir sebagai patron institusional bagi orang desa (petani, nelayan, peternak). Kepala desa memang juga elite lokal yang berkepentingan dengan ekonomi seperti halnya orang kaya, tetapi kepentingan ekonomi kepala desa bisa ditukar dengan insentif politik jika dia berpihak dan mengorganisir orang desa. Jika kepala desa tidak mempunyai inisiatif, maka aktor-aktor lain seperti BPD bisa mendorong kepala desa untuk hadir sebagai patron institusional. Dalam konteks ini BUMDes bisa menjadi institusi alternatif yang melakukan konsolidasi atas aktor, aset dan akses petani menjadi lebih kuat.

10.3.4 Corporate Social Responsibility (CSR)

CSR dapat didefinisikan sebagai tanggung jawab moral suatu perusahaan terhadap para *strategic-stakeholdersnya*, terutama komunitas atau masyarakat di sekitar wilayah kerja dan operasinya. CSR memandang perusahaan sebagai agen moral. Dengan atau tanpa aturan hukum, sebuah perusahaan harus menjunjung tinggi moralitas. Parameter keberhasilan suatu

perusahaan dalam sudut pandang CSR adalah pengedepankan prinsip moral dan etis, yakni menggapai suatu hasil terbaik, tanpa merugikan kelompok masyarakat lainnya.

Terdapat banyak sekali definisi CSR yang berkembang saat ini antara lain: (1) CSR dapat dimaknai sebagai upaya global di tataran lokal untuk menciptakan tekanan eksternal terhadap kiprah adidaya perusahaan multinasional, disamping itu CSR dapat berfungsi sebagai piranti pengendali berbagai kecenderungan sikap dan praktik negatif dari perusahaan-perusahaan multinasional (tinjauan politik ekonomi); (2) CSR diartikan sebagai sarana sekaligus wahana perwujudan sikap kooperatif serta tanggung jawab sosial dan lingkungan dari perusahaan-perusahaan yang memiliki kesadaran bahwa kegiatan operasional mereka berdampak positif dan negatif yang besar dan luas; (3) CSR juga merupakan upaya manajemen yang dijalankan entitas bisnis untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan berdasar keseimbangan pilar ekonomi, sosial dan lingkungan, dengan meminimalkan dampak negatif dan memaksimalkan dampak positif di tiap pilar.

ISO 26000 mengamanatkan tujuh prinsip pelaksanaan CSR yang meliputi: 1) Akuntabilitas; perusahaan harus bertanggung jawab atas dampak terhadap masyarakat dan lingkungan. 2) Transparansi; perusahaan harus transparan dalam pengambilan keputusan dan kegiatan yang berdampak pada masyarakat dan lingkungan. 3) Perilaku Etis; perusahaan harus bersikap etis setiap saat. 4) Menghormati kepentingan pemangku kepentingan; perusahaan harus menghormati, mempertimbangkan dan menanggapi kepentingan pemangku kepentingan. 5) Menghormati aturan hukum; perusahaan harus menerima bahwa penghormatan terhadap aturan hukum adalah wajib. 6) Menghormati norma-norma perilaku internasional; perusahaan harus menghormati norma-norma perilaku internasional,

sementara berpegang pada prinsip penghormatan terhadap aturan hukum. 7) Menghormati hak asasi manusia; perusahaan harus menghormati hak asasi manusia dan mengakui pentingnya dan berlakunya universalitas.

ISO 26000 Guidance Standard on Social Responsibility yang secara konsisten mengembangkan tanggung jawab sosial maka masalah SR akan mencakup 7 isu pokok yaitu: 1) Pengembangan Masyarakat 2) Konsumen 3) Praktek Kegiatan Institusi yang Sehat 4) Lingkungan 5) Ketenagakerjaan 6) Hak asasi manusia 7) Tata kelola organisasi Namun demikian, masih seringkali terjadi hubungan antara sektor industri dan masyarakat sekitarnya tidak berlangsung dengan lancar dan baik (harmonis).

10.3.5 *Community Involvement and Development (CID)*

Pengembangan masyarakat atau sekarang lebih ditekankan menjadi CID didefinisikan sebagai: "sebuah model pengembangan masyarakat yang menekankan pada partisipasi penuh seluruh warga masyarakat". PBB (1955) mendefinisikan pengembangan masyarakat sebagai berikut: "Pengembangan masyarakat didefinisikan sebagai suatu proses yang dirancang untuk menciptakan kemajuan kondisi ekonomi dan sosial bagi seluruh warga masyarakat dengan partisipasi aktif dan prakarsa masyarakat.

Ada beberapa prinsip dasar dalam melaksanakan *Community Development*, diantaranya meliputi: 1) *Integrated development*: Program pengembangan masyarakat harus mencakup aspek sosial, ekonomi, politik, budaya, lingkungan, dan personal/spiritual. 2) *Sustainability*: Penggunaan sumber daya lokal yang berkelanjutan daripada yang tidak bisa berkelanjutan. Hilangkan ketergantungan masyarakat pada pihak luar sehingga membuat program bisa berkelanjutan. 3) *Empowerment*: Menyediakan sumber, kesempatan, pengetahuan, dan

252

keterampilan untuk meningkatkan kapasitas warga masyarakat untuk menentukan masa depannya sendiri, dan berpartisipasi dalam dan mempengaruhi kehidupan masyarakatnya. 4) *Community building*: Pengembangan masyarakat berusaha menguatkan interaksi sosial masyarakat, kebersamaan warga masyarakat, membantu masyarakat untuk berkomunikasi satu sama lain yang dapat menimbulkan adanya dialog, kesepahaman, dan tindakan sosial bersama. 5) *Process and outcome*: Proses menentukan hasil; proses dan hasil harus terintegrasi. Proses harus merefleksikan hasil terlalu berkonsentrasi pada proses dapat menyebabkan pencapaian hasil terabaikan. 6) *Inclusiveness*: Proses harus mencari cara "to include" daripada "to exclude", semua orang harus dihargai walau pun mereka berlawanan dan diberikan kesempatan merubah kedudukannya tanpa perlu "kehilangan muka". 7) *Consensus*: Proses pengembangan masyarakat dibangun atas dasar konsensus; ada kesepakatan. 8) *Participation*: pengembangan masyarakat harus selalu berupaya memaksimalkan partisipasi dengan tujuan pengembangan masyarakat membuat semua orang terlibat secara aktif dalam proses aktivitasnya. 9) *Defining need*: harus mencapai kesepakatan mengenai kebutuhan yang teridentifikasi. Definisi kebutuhan masyarakat harus oleh masyarakat sendiri. 10) *Gender Responsif*, pengembangan masyarakat harus berupaya untuk memberikan simpati, empati yang konsisten dan sistematis terhadap pencegahan terjadinya perbedaan-perbedaan antara perempuan dan laki-laki dalam pembangunan masyarakat. Aspek keadilan sering menjadi fokus pandangan yang ditujukan terhadap keterbatasan-keterbatasan dari penerapan gender dalam masyarakat.

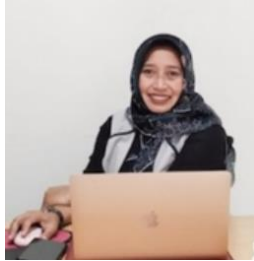
Menurut standar ISO 26000 bahwa tahapan-tahapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan *Community Involvement and Development* (CID) adalah sebagai berikut: 1) Pemetaan atau riset

sosial ekonomi. 2) Perencanaan program CSR bersama masyarakat (partisipatif). 3) Pembentukan lembaga kolaboratif. 4) Implementasi program CSR ke arah transformasi, dengan pendampingan. 5) Inovasi dan penguatan sumber daya lokal. 6) Monitoring dan evaluasi, pelaporan program CSR.

DAFTAR PUSTAKA

- Icrsnas. .(2021). Pengelolaan Pendidikan Klinis.
[https://rsnas.kulonprogokab.go.id/detil/418/pengelolaan-
-pendidikan-klinis](https://rsnas.kulonprogokab.go.id/detil/418/pengelolaan-pendidikan-klinis).
- Galih Endradita M. 2022. Standar Rumah Sakit Pendidikan Di
Indonesia Tahun 2022.
[https://galihendradita.wordpress.com/2022/12/01/stand
ar-rumah-sakit-pendidikan-di-indonesia-tahun-2022/](https://galihendradita.wordpress.com/2022/12/01/standar-rumah-sakit-pendidikan-di-indonesia-tahun-2022/)
- Permenkes Nomor 31 Tahun 2022 Tentang Peraturan
Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015
Tentang Rumah Sakit Pendidikan
- ISO 26000 tentang Pedoman Pelaksanaan CSR untuk Perusahaan

BIODATA PENULIS



Sutarmi, MN.

Penulis lahir di Demak, 15 Juni 1974, saat ini tinggal di Blora, alumni Post Graduate Nursing, Melbourne University, Australia (2003) yang saat ini sedang menempuh pendidikan program Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan, Universitas Diponegoro, seorang dosen, praktisi dan peneliti yang berpengalaman dan berdedikasi dalam bidang keperawatan dan kebidanan lebih dari 20 tahun di bidangnya.

Beliau telah mengikuti pelatihan tentang kesehatan anak baik di dalam maupun luar negeri. Beberapa pelatihan yang pernah diikuti diantaranya adalah child health and well-being, pediatric neuro sensory development therapy, infant massage instructor, pediatric massage therapy consultant, certified growing up child massage instructor, international yoga kids' educator, certified therapist autism with ABA, certified total SEFT solution, SEFT therapy for healing, Aesthetic care short course, Brain Gym IOI International, and Full consciousness Bio energy. Beberapa negara yang pernah dikunjungi sebagai tempat belajarnya antara lain Belanda, India, Swedia, Australia dan Taiwan. Selain sebagai dosen, saat ini juga merupakan Owner, Trainer, Therapist & Consultant Sekolah Autis Ceria Mandiri (Autis, Hyperaktif, ADHD, CP, Down Syndrome & Kesulitan Belajar) serta Owner, Trainer, Therapist & Consultant Elthy Mom Baby Care. Beliau juga merupakan owner dan trainer di

Indonesian Holistic Care Association (IHCA). Beliau pernah mendapat penghargaan sebagai pemenang lomba "Womenpreneur Community tahun 2017", "Penghargaan the best Healthy Baby spa of the year th 2015" dan masuk ke dalam nominasi 10 besar Dosen berprestasi tingkat Nasional Kemenkes 2014. Untuk komunikasi lebih lanjut dengan beliau dapat menghubungi email: sutarmisaja15@gmail.com/Ig@sutarmipmc

BIODATA PENULIS

Ns.Puji Astuti Wiratmo.Skep.MN

Dosen Program Studi Ners

Fakultas Keperawatan & Kebidanan Universitas Binawan

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan. Penulis mengajar pada keilmuan Keperawatan Medikal Bedah dan Riset Keperawatan. Penulis menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan melanjutkan studi S2 pada keilmuan Profesional Studies di Faculty of Nursing Midwifery and Health dan Faculty of Education University of Technology Sydney, Australia. Saat ini penulis aktif melakukan penelitian dan bimbingan penelitian teoritis maupun penelitian lapangan pada mahasiswa keperawatan.

BIODATA PENULIS



Ns. Frana Andrianur, S.Kep., M.Kep.

Dosen Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur

Penulis lahir dikota Samarinda tanggal 12 Desember 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Keperawatan di Program Studi D III Keperawatan, Program Studi Profesi Tahap Sarjana Keperawatan Kelas Reguler, Program Studi Profesi Tahap Sarjana Keperawatan Kelas Rintisan Internasional, Program Studi Profesi Ners di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur. Penulis menyelesaikan Pendidikan D III Keperawatan di Akper Depkes Samarinda tahun 2001, S1 keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2009 dan Profesi Ners pada Jurusan Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tahun 2010 dan melanjutkan S2 Peminatan Keperawatan Medikal Bedah pada Jurusan Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2018. Penulis banyak mengikuti pelatihan seperti In House Training Pemeriksaan Fisik, Pelatihan preceptorship lanjutan, Pelatihan media Presentasi. Penulis juga aktif dalam penelitian dan pengabdian masyarakat antara lain publikasi artikel di jurnal internasional bereputasi, jurnal internasional, jurnal nasional terakreditasi, konferensi nasional maupun Internasional, serta perolehan HaKI dari hasil menulis.

BIODATA PENULIS



Ns. M Iqbal Angga Kusuma, M.Kep.

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ummi Bogor

Penulis lahir di Manna (Bengkulu Selatan) tanggal 18 Juni 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ummi Bogor. Menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi. Penulis menekuni bidang keilmuan keperawatan gawat darurat. Selain sebagai Dosen, saat ini penulis juga menjadi pelatih untuk pelatihan gawat darurat di beberapa lembaga pelatihan terakreditasi.

BIODATA PENULIS



Kasmawati, S.Kep., Ns., M.Kes

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Syekh Yusuf Al Makassar Gowa

Penulis lahir di Labakkang tanggal 12 Mei 1963. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Syekh Yusuf Al Makassar Gowa. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners. Penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan. Penulis menekuni bidang ini karena ingin menambah wawasan dan pengetahuan dalam membuat penelitian dan merangkumnya menjadi sebuah jurnal ataupun buku.

BIODATA PENULIS



Nandar Wirawan, S.Kep.,Ners.,M.Kep
Praktisi Keperawatan RSUD Kabupaten Sumedang

Penulis lahir di Bandung tanggal 28 Nopember. Penulis adalah praktisi keperawatan di RSUD Kabupaten Sumedang. Menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan (S.Kep) di STIKes Jendral Achmad Yani Cimahi tahun 2008, Program Profesi Ners di STIKes Jendral Achmad Yani Cimahi tahun 2009 dan Magister Keperawatan (M.Kep) peminatan keperawatan kritis di Universitas Padjadjaran tahun 2016. Penulis bekerja sebagai praktisi keperawatan sejak 2010 dengan bidang keahlian Gawat Darurat dan Keperawatan Kritis. Selain itu penulis memiliki pengalaman mengajar di beberapa Universitas pada program studi keperawatan. Penulis memiliki pengalaman sebagai sekretaris pokja Akses Pasien dan Kontinuitas pelayanan pada Akreditasi RS, selain itu penulis pernah menjabat sebagai ketua komite keperawatan sejak 2015 sampai 2024. Beberapa hasil penelitian penulis telah dipublikasikan baik penelitian yang dilakukan secara individu maupun tim.

BIODATA PENULIS



Ns. Yannerith Chintya, S.Kep., M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Pembangunan Indonesia
Manado

Penulis lahir di Jakarta tanggal 19 Januari 1982. Jenjang pendidikan di mulai dari Akademi Keperawatan PGI Cikini pada tahun 2003. Kemudian melanjutkan pendidikan S1 pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan *Sint Carolus* dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dan Ners pada tahun 2009, lalu penulis melanjutkan studi strata dua pada program Magister Keperawatan dengan Peminatan Medikal Bedah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan *Sint Carolus* dan lulus tahun 2017. Pengalaman kerja penulis pada bidang keperawatan dimulai sebagai Perawat Profesional di RS PGI Cikini dan dosen tetap pada Akper PGI Cikini, Akper Husada Karya Jaya dan STIKES RS Husada. Pada saat ini penulis aktif sebagai Dosen tetap pada Program Studi Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Pembangunan Indonesia Manado. Untuk berkomunikasi dapat dilakukan dengan berinteraksi melalui alamat e-mail : yannerithcf@gmail.com