

PENGAJARAN KLINIS PENDIDIKAN KEPERAWATAN: Pengembangan Pengajaran di Lingkungan Klinis

Penulis:

**Ns. Zakiyah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. J.
Kasmawati, S.Kep., Ns., M.Kes.
Nurmah Rachman, S.Kep., Ns., M.Med.Ed.
Sondang Manurung, S. Kp., M. Kep.
Selvi Alfrida Mangundap., S.Kp., M.Si.
Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes.
Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH.
Muhamad Nor Mudhofar, S.Pd., M.Kes.
Dr. Nyimas Heny Purwati, M.Kep., Ns., Sp. Kep.An.
Dr. Hariyono, M.Kep.
Siti Elya Bariroh, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Harizza Pertiwi, S.Kep., MN.
Agil Putra Tri Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Nur Sriyanti, M.Kep.**



GET PRESS INDONESIA

**PENGAJARAN KLINIS PENDIDIKAN KEPERAWATAN:
Pengembangan Pengajaran di Lingkungan Klinis**

Penulis :

Ns. Zakiyah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. J.
Kasmawati, S.Kep., Ns., M.Kes.
Nurmah Rachman, S.Kep., Ns., M.Med.Ed.
Sondang Manurung, S. Kp., M. Kep.
Selvi Alfrida Mangundap., S.Kp., M.Si.
Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes.
Dr. Ira Kusumawaty, SKp, MKes., MPH.
Muhamad Nor Mudhofar, S.Pd., M.Kes.
Dr. Nyimas Heny Purwati, M.Kep., Ns., Sp. Kep.An.
Dr. Hariyono, M.Kep.
Siti Elya Bariroh, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Harizza Pertiwi, S.Kep., MN.
Agil Putra Tri Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Nur Sriyanti, M.Kep.

ISBN :

Editor : Nanny Mayasari, S.Pd., M.Pd., CQMS.

Penyunting: Yuliatr M.Hum.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka, S.Pd

Penerbit : Get Press Indonesia

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Palarik Air Pacah RT 001 RW 006
Kelurahan Air Pacah Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@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

Puji Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, berkat Rahmat dan hidayah-Nya, kami dapat menyelesaikan buku ini yang berjudul **“PENGAJARAN KLINIS PENDIDIKAN KEPERAWATAN: Pengembangan Pengajaran di Lingkungan Klinis”**. Buku ini merupakan upaya kolaboratif untuk mengurai berbagai aspek yang berkaitan dengan pengajaran klinis pendidikan keperawatan, yang terdiri dari 14 bab, kami memberikan pandangan yang mendalam tentang berbagai komponen penting dalam megembangkan dan menciptakan pengajaran klinis yang berkualitas dan berkelanjutan.

Pendidikan keperawatan merupakan fondasi penting dalam pembentukan perawat-perawat masa depan yang kompeten dan berintegritas. Lingkungan klinis merupakan tempat di mana pengetahuan teoritis bertransformasi menjadi keterampilan praktis. Buku ini di rancang unutup untuk memberikan pandangan yang mendalam dan bermanfaat bagi pendidik keperawatan, praktisi klinis, dan mahasiswa dalam mengembangkan pendekatan efektif dan terkini khususnya dalam proses pengajaran klinis.

Buku ini membahas tren dan perkembangan terkini dalam praktik klinis dan bagaimana kondisi tersebut memengaruhi pendidikan keperawatan. Mengekplorasi perbedaan antara lingkungan praktik dan lingkungan pembelajaran, bagaimana keduanya dapat saling mendukung. Buku ini di lengkapi dengan kriteria evaluasi dan berbagai metode pembelajaran klinik yang efektif, di antaranya ada pembelajaran kognitif, psikomotorik, dan pembelajaran afektif. Buku ini, menawarkan kebutuhan belajar mahasiswa keperawatan pada tatanan pembelajaran klinis, mengakomodasi berbagai gaya belajar dan bagaimana dapat memenuhi kebutuhan mahasiswa keperawatan dalam pengajaran klinis.

Padang, September 2023
Editor

Nanny Mayasari, S.Pd., M.Pd., CQMS

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
BAB 1 PENGANTAR PERSPEKTIF TEORITIS DALAM PRAKTIK KLINIS	1
1.1. Pendahuluan	1
1.2. Praktik Keperawatan dan Pembelajaran Klinik.....	2
1.3. Paradigma Pendidikan Saat Ini.....	3
1.3.1. Paradigma Pendidikan Keperawatan Menghadapi Persaingan Global	4
1.4. Perspektif Teoritis Tentang Pembelajaran	5
1.4.1. Teori Pembelajaran Instrumental	6
1.4.2. Teori Humanistik atau Teori Belajar Fasilitatif (Self-directed learning).....	8
1.4.3. Teori Pembelajaran Transformatif (Pembelajaran Reflektif)	8
1.4.4. Teori Pembelajaran Sosial	9
1.4.5. Model Motivasi.....	9
1.4.6. Model Reflektif	10
1.4.7. Konstruktivis.....	10
1.5. Teori Pembelajaran.....	11
1.5.1. Penerapan Teori Pembelajaran Instrumental.....	11
1.5.2. Penerapan Teori Pembelajaran <i>Humanistic</i>	12
1.5.3. Penerapan Model Reflektif	12
1.5.4. Penerapan Teori Pembelajaran Sosial	12
1.5.5. Penerapan Teori Pembelajaran Konstruktivis	12
1.6. Penutup.....	13
DAFTAR PUSTAKA	14
BAB 2 PERSPEKTIF MASA DEPAN LINGKUNGAN KLINIS.....	17
2.1. Pendahuluan	17
2.2. Lingkungan Pembelajaran Klinis	17
2.2.1. Penempatan Lingkungan Pembelajaran Klinis.....	18
2.3. Masa Depan Lingkungan Klinis.....	20
DAFTAR PUSTAKA	23

BAB 3 LINGKUNGAN PRAKTEK KLINIS DAN LINGKUNGAN PEMBELAJARAN.....	25
3.1. Pendahuluan	25
3.2. Lingkungan Klinis.....	30
3.2.1. Model Pembelajaran Klinis	31
3.2.2. Pelaksanaan Pengajaran Klinis	35
3.2.3. Tantangan Pengajaran Rawat Inap.....	38
3.2.4. Tantangan Pembelajaran Klinis Rawat Jalan...	39
3.3. Implikasi Lingkungan Pembelajaran Klinik.....	41
DAFTAR PUSTAKA	42
BAB 4 INTERAKSI PESERTA DIDIK DAN PENGAJAR DALAM LINGKUNGAN PRAKTIK KLINIS	43
4.1. Pendahuluan	43
4.2. Interaksi Peserta Didik dan Pengajar	43
4.2.1. Interaksi Klinis.....	44
4.2.2. Pembelajaran Klinis.....	49
4.2.3. Peran Pengajar klinis	50
4.3. Lingkungan Praktik Klinis.....	52
4.3.1. Belajar Mengajar Di Lingkungan Praktik Klinis	53
DAFTAR PUSTAKA	61
BAB 5 KRITERIA DAN METODE PEMBELAJARAN KLINIK	65
5.1. Pendahuluan	65
5.2. Kriteria Pembelajaran Klinik.....	66
5.2.1. Kriteria untuk wahana praktik klinik.....	66
5.2.2. Kriteria sumber daya manusia	67
5.3. Metode Pembelajaran Klinik.....	68
5.3.1. Metode Pengamatan	68
5.3.2. Metode Penugasan	68
5.3.3. Metode Menyelesaikan Masalah.....	69
5.3.4. Metode Konferensi.....	69
5.3.5. Ronde keperawatan.....	71
5.3.6. Bed side teaching.....	72
5.3.7. Metode demonstrasi.....	72
5.3.8. Preceptorship.....	73
DAFTAR PUSTAKA	74

BAB 6 PEMBELAJARAN KOGNITIF DALAM LINGKUNGAN KLINIS.....	75
6.1. Pendahuluan	75
6.2. Teori Belajar Kognitif	76
6.3. Kognitif - Pembelajaran Sosial	77
6.4. Praktek Retrieval dan Pembelajaran Spaced	79
6.5. Generasi	81
6.6. Kekuatan, Masalah, Dan Tantangan.....	82
6.7. Penutup.....	83
DAFTAR PUSTAKA	84
BAB 7 PEMBELAJARAN PSIKOMOTORIK DALAM LINGKUNGAN KLINIS	87
7.1. Pendahuluan	87
7.2. Keterampilan Psikomotor.....	88
7.3. Tahap Pembelajaran Keterampilan Psikomotor.....	89
7.4. Praktik.....	90
7.5. Pengajaran Keterampilan Psikomotorik.....	92
7.6. Kerangka Keterampilan Mengajar dalam Keperawatan.....	93
7.7. Penutup.....	95
DAFTAR PUSTAKA	96
BAB 8 PEMBELAJARAN AFEKTIF DI LINGKUNGAN KLINIS	101
8.1. Pendahuluan	101
8.2. Tujuan Lingkungan Klinis.....	102
8.3. Konsep Mengajar Klinis.....	104
8.4. Pemilihan Lingkungan Klinis.....	109
8.4.1. Keseluruhan: Lingkungan dan Staf Pengajar.....	110
8.4.2. Pasien.....	110
8.4.3. Staf	111
8.4.4. Prasarana untuk Peserta Didik dan Staf Pengajar	111
DAFTAR PUSTAKA	112
BAB 9 TEMPAT PRAKTIK KLINIK DALAM KURIKULUM	115
9.1. Pendahuluan	115
9.2. Tempat Praktik Klinik	115
9.2.1. Rumah Sakit Umum	116
9.2.2. Klinik Spesialis.....	116

9.2.3.	Pusat Kesehatan Komunitas.....	116
9.2.4.	Unit Perawatan Intensif (ICU)	117
9.2.5.	Unit Bedah.....	117
9.2.6.	Unit Keperawatan Kebidanan dan Obstetri ...	117
9.2.7.	Panti Jompo atau Pelayanan Perawatan Kesehatan di Rumah.....	117
9.3.	Periode dan durasi praktik klinik	118
9.3.1.	Periode Praktik Klinik.....	118
9.3.2.	Durasi Praktik Klinik	118
9.3.3.	Durasi Tertentu dalam Setiap Blok Praktik...	119
9.3.4.	Rotasi di Berbagai Setting Klinik:	119
9.3.5.	Integrasi dengan Mata Kuliah Teori	119
9.3.6.	Evaluasi dan Umpan Balik.....	119
9.4.	Tujuan Dan Hasil Pembelajaran	120
9.4.1.	Memahami Asuhan Pasien Holistik	120
9.4.2.	Mengembangkan Keterampilan Klinik.....	120
9.4.3.	Menerapkan Pengetahuan Teori dalam Praktek	120
9.4.4.	Memahami Peran Perawat dalam Tim Kesehatan	121
9.4.5.	Beradaptasi dengan Lingkungan Klinik.....	121
9.4.6.	Berprilaku Profesional dan Etika	121
9.4.7.	Mempertajam Keterampilan Komunikasi.....	121
9.4.8.	Merencanakan dan Melaksanakan Perawatan Pasien.....	121
9.5.	Struktur pembelajaran.....	122
9.5.1.	Pengaturan Praktik Klinik.....	122
9.5.2.	Pengawas Praktik Klinik/Perseptor.....	122
9.5.3.	Durasi dan Jadwal Praktik Klinik.....	122
9.5.4.	Kurikulum Praktik Klinik.....	123
9.5.5.	Evaluasi dan Umpan Balik.....	123
9.5.6.	Bimbingan Akademik.....	123
9.6.	Panduan Praktik Klinik	123
9.6.1.	Pendahuluan dan Tujuan.....	124
9.6.2.	Persiapan Praktik Klinik	124
9.6.3.	Persiapan Pribadi	124
9.6.4.	Etika dan Profesionalisme.....	124
9.6.5.	Pelaksanaan Praktik Klinik.....	125

9.6.6.	Evaluasi dan Umpan Balik	125
9.6.7.	Dukungan dan Sunber Daya	125
9.7.	Sumber daya dan dukungan	126
9.7.1.	Bimbingan Dosen atau Perseptor akademik:	126
9.7.2.	Perseptor Klinik:.....	126
9.7.3.	Perawat Berpengalaman	127
9.7.4.	Layanan Konseling:.....	127
9.7.5.	Program Mentoring:.....	127
9.7.6.	Sesi Refleksi atau Diskusi Kelompok:.....	127
9.7.7.	Portal Online atau Sistem Komunikasi:	127
9.7.8.	Kelompok Studi atau Partner Praktik:	128
9.8.	Evaluasi dan umpan balik.....	128
9.8.1.	Evaluasi Keterampilan Klinis.....	128
9.8.2.	Penilaian Akademik:.....	129
9.8.3.	Jurnal Refleksi:	129
9.8.4.	Umpan Balik Langsung:	129
9.8.5.	Evaluasi Berbasis Observasi:	129
9.8.6.	Evaluasi Berkala:	130
9.8.7.	Umpan Balik Diri:	130
9.8.8.	Penggunaan Alat Evaluasi:.....	130
DAFTAR PUSTAKA		131
BAB 10 EVALUASI KLINIK		133
10.1.	Pendahuluan	133
10.2.	Evaluasi Pembelajaran Klinik.....	134
10.3.	Aspek Evaluasi Pembelajaran Klinik	134
10.4.	Tahapan Pelaksanaan Evaluasi.....	135
10.5.	Tingkat pengukuran penampilan klinik.....	135
10.6.	Metode evaluasi	136
DAFTAR PUSTAKA		142
BAB 11 PENGARUH TRANFORMASI TEKNOLOGI PADA		
PELAYANAN KESEHATAN.....		145
11.1.	Pendahuluan	145
11.2.	Manfaat Teknologi dalam bidang keperawatan	146
11.2.1.	Mengurangi kesalahan	146
11.2.2.	Pembaharuan Teknologi	146
11.2.3.	Mempermudah Komunikasi	148
11.2.4.	Meningkatkan Kepuasan Pasien	148
11.2.5.	Meningkatkan Keselamatan Pasien	148

11.3. Implementasi Teknologi di Rumah Sakit	149
11.3.1. Peralatan Kesehatan	149
11.3.2. Penggunaan Teknologi Digital	150
11.4. Transformasi Teknologi di Rumah Sakit.....	151
11.5. Hambatan Implementasi Transformasi Teknologi di Rumah sakit.	151
11.6. Peran Perawat dalam Implementasi Teknologi di Rumah Sakit.....	152
DAFTAR PUSTAKA	154
BAB 12 PENGEMBANGAN PENGAJARAN DI LINGKUNGAN KLINIS	159
12.1. Pendahuluan.....	159
12.2. Konsep Pengajaran di Lingkungan Klinis.....	160
12.2.1. Atribut	161
12.2.2. Anteseden.....	163
12.2.3. Konsekuensi	163
12.3. Hambatan Pengajaran di Lingkungan Klinis.....	164
12.3.1. Sistem.....	164
12.3.2. Suasana.....	165
12.3.3. Pengajar	165
12.3.4. Mahasiswa.....	166
12.3.5. Pasien.....	166
12.3.6. Staf Klinik	166
12.4. Pengembangan Pengajaran di Lingkungan Klinis.....	167
12.5. <i>Update</i> Pengajaran di Lingkungan Klinis	170
12.5.1. Pengajaran daring dan <i>blended learning</i>	171
12.5.2. Simulasi.....	171
12.5.3. Penggunaan <i>smartphone</i> dan <i>mobile</i> <i>applications</i>	172
DAFTAR PUSTAKA	173
BAB 13. INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE) DAN INTERPROFESSIONAL COLLABORATIVE PRACTICE (ICPP)	175
13.1. Pendahuluan.....	175
13.2. <i>Interprofesional Education (IPE)</i>	176
13.2.1. Kompetensi dan capaian pembelajaran dalam IPE.....	177

13.2.2. Faktor Pendukung dan Penghambat dalam IPE.....	178
13.3. Kompetensi dan capaian pembelajaran dalam IPE...	181
13.4. Manfaat Interprofesional Collaborative Practice (IPCP)	182
DAFTAR PUSTAKA	185
BAB 14. KEBUTUHAN BELAJAR MAHASISWA KEPERAWATAN PADA TATANAN PEMBELAJARAN KLINIS	187
14.1. Pendahuluan.....	187
14.2. Jenis Pembelajaran Mahasiswa Keperawatan PadaTatanan Klinis.....	190
14.3. Metode Pengajaran Mahasiswa Pada Lahan Klinis ...	192
14.4. Potensi Preseptor Klinis Sesuai Perspektif Mahasiswa	196
14.5. Faktor – Faktor Yang Memengaruhi Motivasi	199
DAFTAR PUSTAKA	208
BIODATA PENULIS	211

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Pergeseran Paradigma Pendidikan	4
Gambar 3.1 One Minute Perceptor.....	31
Gambar 3.2 Kompetensi Guru Klinis	33
Gambar 3.3 Didactic Lecture Information.....	37
Gambar 3.4 Tutorial Model	37
Gambar 12.1 Dimensi Pengajaran di Lingkungan Klinis	164
Gambar 13.1 Mekanisme IPE	180
Gambar 13.2 Sistem edukasi IPE menuju IPCP	183
Gambar 14.1 Kualitas Lingkungan Pembelajaran Klinis	189

DAFTAR TABEL

Tabel 14.1 Karaktristik.....	197
Tabel 14.2 Perilaku	198
Tabel 14.3 Motivasi.....	200
Tabel 14.4 Lingkungan Belajar.....	203

BAB 1

PENGANTAR PERSPEKTIF TEORITIS DALAM PRAKTIK KLINIS

Oleh Ns. Zakiyah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. J.

1.1. Pendahuluan

Pembelajaran klinik menjadi tantangan yang sulit dan menakutkan bagi mahasiswa. Mahasiswa seringkali mengalami stress, frustrasi, takut, cemas dan lelah dalam membayangkan praktik di klinik (Syahreni and Waluyanti, 2007). Hasil penelitian mendapatkan bahwa saat praktik klinik mahasiswa tidak bisa mencapai target kompetensi, adanya keterbatasan kasus pasien, dan mahasiswa masih kurang percaya diri dalam melakukan prosedur pada pasien (Papastavrou *et al.*, 2016), serta tingkat kesiapan mahasiswa pada tahap pendidikan klinik yang masih berada pada kategori kesiapan sedang (Aruan, 2015). Selain lingkungan dan pembimbing, faktor motivasi dan kecemasan dapat mempengaruhi kesiapan mahasiswa ketika praktik klinik. Jika mahasiswa tidak siap melakukan pembelajaran klinik maka tujuan pembelajaran tidak dapat tercapai (Sianturi and Natalia, 2021).

Pengalaman pembelajaran berbasis klinik merupakan hal utama yang menjadi bekal serta modal dasar bagi mahasiswa sebagai upaya untuk memenuhi dan meningkatkan capaian kompetensi sebagai seorang yang ahli dan profesional. Keahlian dalam keperawatan merupakan hasil dari pengetahuan dan pengalaman klinik. Keahlian diperlukan untuk menginterpretasikan situasi klinik, dan membuat keputusan yang kompleks merupakan inti dari asuhan keperawatan dan

menjadi dasar untuk pengembangan praktik keperawatan dan ilmu keperawatan.

Pengajaran klinis dalam pendidikan keperawatan merupakan proses interaktif yang dapat mendorong terjadinya pembelajaran bagi mahasiswa, dan seyogyanya sebagai pendidik, baik dosen maupun perawat pendidik klinis yang melaksanakan pengajaran klinis dapat memberikan informasi yang mendorong peserta didik untuk terlibat dalam aktivitas yang mengacu pada perubahan tertentu baik pada aspek pengetahuan maupun keterampilan sebagai dasar dalam melaksanakan praktik keperawatan yang profesional.

1.2. Praktik Keperawatan dan Pembelajaran Klinik

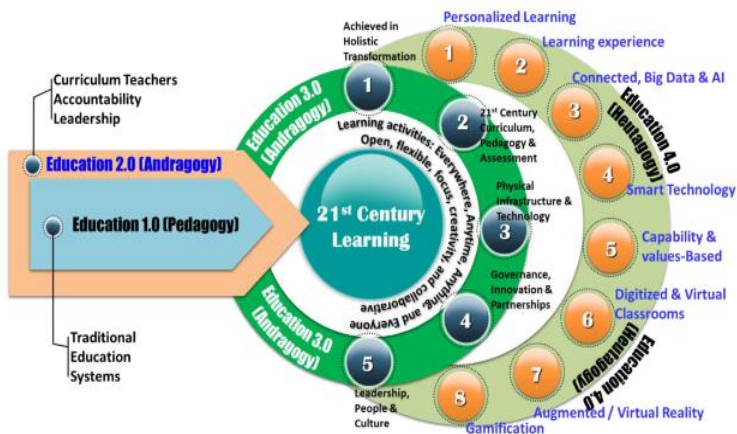
Praktik keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan, yang didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional (UU no.38 tahun 2014). Sedangkan *International Council of Nursing* (ICN) mendefinisikan keperawatan meliputi perawatan otonom dan kolaboratif pada individu dari segala usia, keluarga, kelompok dan masyarakat sakit maupun sehat di semua *setting*. Keperawatan meliputi kegiatan promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan orang sakit, cacat, dan menjelang ajal. Advokasi, promosi lingkungan yang aman, penelitian, partisipasi dalam membentuk kebijakan kesehatan dan manajemen pasien dan sistem kesehatan, serta pendidikan juga merupakan peran kunci keperawatan (ICN, 2020).

Profesi keperawatan merupakan profesi yang kompleks dan juga beragam. Perawat melakukan praktik di berbagai tempat yang menuntut aspek asuhan keperawatan dan peran perawat yang berbeda. Selain itu, seseorang dapat menjadi perawat melalui berbagai jalur pendidikan keperawatan dan berbagai kesempatan mengembangkan karir yang ada sepanjang perawat meningkatkan pendidikannya dan meningkatkan kemampuan klinisnya (Potter & Perry, 2010).

Peningkatan kemampuan klinis perawat dapat diperoleh melalui pembelajaran klinis. Pembelajaran klinis tidak hanya memberikan kesempatan untuk menerapkan teori-teori yang telah diperoleh di kelas sebelumnya tetapi juga mengintegrasikan teori dan praktik (Corkhill, 1998). Pengajaran dan pembelajaran dimulai ketika seseorang mengidentifikasi kebutuhan terhadap pengetahuan atau keterampilan tertentu. Pembelajaran yang paling efektif adalah ketika pembelajaran tersebut memenuhi kebutuhan peserta didik (Potter & Perry, 2010). Penyelenggaraan pendidikan dan proses pembelajaran saat ini didorong oleh kebutuhan yang menuntut pada penyesuaian era digital dan kebutuhan global, sehingga perlu untuk memahami paradigma pendidikan saat ini.

1.3. Paradigma Pendidikan Saat Ini

Dunia pendidikan tinggi saat ini telah masuk pada era pendidikan 4.0 yang menuntut dosen dan pengelola pendidikan untuk memberikan lebih banyak pilihan pembelajaran bagi mahasiswa, dan pilihan yang lebih personal sesuai minat dan bakat mahasiswa. Salah satu ciri pendidikan era 4.0 adalah penggunaan dan pemanfaatan teknologi informasi dalam proses pembelajaran yang terjadi secara masif sehingga mahasiswa memiliki akses terhadap sumber-sumber belajar yang lebih kaya, dan dapat belajar kapan saja dan di mana saja. Belajar menjadi banyak pilihan, dan pengalaman belajar akan membantu mahasiswa/peserta didik tidak hanya untuk mencapai kompetensi belajar namun juga meningkatkan kapasitas belajarnya. Pendekatan tersebut sering disebut dengan pendekatan heutagogy (pembelajaran yang ditentukan secara mandiri oleh peserta didik berdasarkan kebutuhan belajarnya), seperti yang digambarkan pada gambar 1. Pemilihan bentuk kegiatan belajar dan metode pembelajaran yang tepat dan dipadu dengan penggunaan teknologi yang selaras dapat menjadi kunci keberhasilan pembelajaran saat ini (Dirjen Ristek Dikti, 2023)



Gambar 1.1 Pergeseran Paradigma Pendidikan

(Sumber: Dirjen Ristek Dikti, Buku Panduan Implementasi Pembelajaran Berpusat Pada Mahasiswa, 2023)

1.3.1. Paradigma Pendidikan Keperawatan Menghadapi Persaingan Global

Perguruan tinggi keperawatan di Indonesia terus berbenah diri dalam menghadapi tantangan global revolusi industri 4.0. Pendidikan keperawatan di Indonesia harus memiliki standar nasional pendidikan untuk digunakan sebagai acuan pengembangan kurikulum, tenaga kependidikan, sarana dan prasarana, pengelolaan, dan pembiayaan. Untuk itu Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia membuat peta jalan menuju persaingan global melalui: 1) *Meningkatkan daya saing pendidikan*; dan 2) *Meningkatkan daya saing lulusan* (Hadi, 2023)

Pergeseran paradigma pendidikan telah mendorong proses pembelajaran berfokus pada mahasiswa atau yang lebih populer dengan sebutan *Student Centered Learning* (SCL) yang memiliki prinsip: 1) Kecenderungan pembelajaran aktif daripada pasif; 2) penekanan pada pembelajaran dan pemahaman yang mendalam; 3) peningkatan tanggung jawab dan akuntabilitas pada mahasiswa; 4) peningkatan kemandirian

belajar mahasiswa; 5) saling ketergantungan dan saling menghormati antara dosen dan mahasiswa; 6) pendekatan reflektif untuk proses belajar mengajar oleh dosen maupun mahasiswa (Dirjen Ristek Dikti, 2023). Pembelajaran berpusat mahasiswa merupakan karaktersitik pembelajaran yang memberi peran aktif kepada mahasiswa untuk meningkatkan kemampuan belajar mandiri dan memberikan kepercayaan sebagai orang dewasa yang bertanggung jawab sepenuhnya atas pembelajaran yang dilakukan dan memberikan ruang untuk berkembang melebihi kemampuan yang dirancang. Beberapa konsep atau teori tentang pembelajaran dapat dijadikan dasar dalam melaksanakan pendidikan klinik saat ini.

1.4. Perspektif Teoritis Tentang Pembelajaran

Salah satu aspek penting dalam pendidikan saat ini yang perlu mendapat perhatian adalah mengenai konsep pendidikan untuk orang dewasa. Orang dewasa adalah orang yang telah memiliki banyak pengalaman, pengetahuan, kecakapan, dan kemampuan dalam mengatasi permasalahan hidup secara mandiri. Keikutsertaan orang dewasa dalam belajar memberikan dampak positif dalam melakukan perubahan hidup ke arah yang lebih baik (Budiwan, 2018) 2018).

Upaya melakukan perubahan hidup ini dilakukan oleh peserta didik keperawatan dengan karakteristik sebagai individu dewasa dengan menempuh pendidikan keperawatan di tingkat akademik maupun profesi, dalam rangka mencapai tugas perkembangan dan menggunakan kesempatan mendapatkan pendidikan yang lebih tinggi sehingga mampu berdaya saing dengan individu lainnya (Zakiyah, 2016). Pemahaman tentang perkembangan orang dewasa memiliki arti penting bagi para pendidik atau fasilitator dalam menghadapi orang dewasa sebagai peserta didik. implementasi *Adult Learning Theory* atau teori pembelajaran orang dewasa dilakukan dengan pendekatan *andragogy*. *Andragogy* dapat diartikan sebagai seni dan pengetahuan mengajar orang dewasa, akan karena orang dewasa adalah individu yang dapat mengarahkan diri sendiri, maka arti *andragogi* yang lebih penting adalah kegiatan belajar dari

peserta didik bukan kegiatan mengajar dosen (Nursalam and Efendi, 2014).

Teori pembelajaran orang dewasa yang digunakan sebagai panduan cepat bagi pendidik profesional perawatan kesehatan berdasarkan hasil penelitian (Mukhalalati and Taylor, 2019) adalah sebagai berikut:

1.4.1. Teori Pembelajaran Instrumental

Teori ini meliputi teori perilaku, teori kognitivisme, dan pembelajaran berdasarkan pengalaman.

1) Teori Perilaku

Theorist seperti Thorndike, Watson, Hull, Guthrie, dan Skinner merupakan tokoh yang membangun dan mengembangkan teori perilaku. Aliran teori perilaku memiliki pandangan bahwa perubahan perilaku terjadi sebagai akibat dari adanya interaksi antara stimulus dan respon atau perubahan yang dialami mahasiswa/peserta didik dalam hal kemampuannya untuk bertindak laku dengan cara yang baru sebagai hasil interaksi antara stimulus dan respon (Nursalam and Efendi, 2014). Teori ini berfokus pada stimulus di lingkungan yang mengarah pada perubahan perilaku individu dengan konsekuensinya adalah pembelajaran. Konsekuensi positif, atau penguat, dapat memperkuat perilaku dan pada akhirnya meningkatkan pembelajaran. Sementara konsekuensi negative, atau hukuman, dapat melemahkan perilaku.

2) Teori Kognitivisme

Theorist pada teori kognitivisme adalah Jean Piaget, Ausubel, dan Bruner. Teori ini berfokus pada lingkungan internal peserta didik dan struktur kognitif dibandingkan dengan konteks atau lingkungan eksternal. Pembelajaran kognitif dikaitkan dengan proses mental dan psikologis untuk memfasilitasi pembelajaran dengan memberikan makna pada peristiwa, seperti wawasan, pemrosesan informasi, persepsi, refleksi, metakognisi, dan memori,

sehingga dapat disimpulkan bahwa pembelajaran terutama terjadi dalam pendidikan formal melalui instruksi atau demonstrasi lisan atau tertulis dan mencakup akumulasi pengetahuan yang eksplisit dan dapat diidentifikasi. Teori ini lebih mementingkan proses belajar daripada hasil belajar itu sendiri. Belajar tidak sekedar melibatkan hubungan antara stimulus dan respon. Belajar melibatkan proses berpikir yang sangat kompleks. Pada awalnya, teori ini menjelaskan bagaimana mahasiswa/peserta didik mengolah stimulus dan bagaimana mahasiswa/peserta didik sampai kepada respon tertentu. Akan tetapi saat ini perhatian teori ini terpusat pada proses bagaimana suatu ilmu yang baru berasimilasi dengan ilmu yang sebelumnya lebih dikuasai oleh mahasiswa/peserta didik. Ilmu pengetahuan dibangun dalam diri seseorang melalui proses interaksi yang berkesinambungan dengan lingkungan. Proses ini merupakan suatu rangkaian yang saling terkait dan tidak terpisah atau berjalan sendiri.

3) Teori pembelajaran berdasarkan pengalaman

Kolb (1984) memiliki pandangan bahwa pembelajaran dan konstruksi pengetahuan difasilitasi melalui interaksi dengan lingkungan yang otentik. Konstruksi pembelajaran dan pengetahuan difasilitasi melalui pengalaman. Kolb membagi siklus pembelajaran menjadi empat fase:

- (1) Pengalaman Konkret, pada fase ini mahasiswa hanya sekedar mampu ikut mengalami suatu kejadian, dan belum memiliki kesadaran mengenai hakikat kejadian tersebut. Mahasiswa belum mengerti bagaimana dan mengapa suatu kejadian dapat terjadi.
- (2) Observasi Aktif dan Reflektif, pada fase ini lambat laun mahasiswa mampu mengadakan observasi aktif terhadap kejadian dan mulai berusaha memikirkan dan memahami kejadian tersebut.
- (3) Konseptualisasi Abstrak, pada fase ini mahasiswa mulai belajar membuat abstraksi atau teori tentang suatu hal yang pernah diamatinya. Pada fase ini, mahasiswa diharapkan sudah mampu untuk

membuat aturan-aturan umum dari berbagai contoh kejadian meskipun Nampak berbeda-beda tetapi memiliki landasan aturan yang sama.

- (4) Eksperimen Aktif, pada fase ini mahasiswa sudah mampu mengaplikasikan suatu aturan umum ke situasi yang baru. Mahasiswa sudah mampu menyelesaikan masalah yang belum pernah ia temukan sebelumnya.

Semua fase ini terjadi secara berkesinambungan dan berlangsung di luar kesadaran peserta didik. Artinya, meskipun pada teorinya memiliki garis tegas antara fase satu dengan fase lainnya, akan tetapi pada praktiknya peralihan dari satu fase ke fase lainnya seringkali terjadi begitu saja dan susah ditentukan kapan beralihnya.

1.4.2. Teori Humanistik atau Teori Belajar Fasilitatif (Self-directed learning)

Teori ini memiliki pandangan bahwa belajar itu diarahkan sendiri dan bahwasanya orang dewasa dapat merencanakan, mengelola, dan menilai pembelajaran mereka sendiri untuk mencapai aktualisasi diri, pemenuhan diri, nilai-nilai motivasi diri, tujuan, dan kemandirian dalam pembelajaran mereka. Oleh karenanya pembelajaran dapat berpusat pada peserta didik dan dipersonalisasi, dan pendidik adalah fasilitator.

1.4.3. Teori Pembelajaran Transformatif (Pembelajaran Reflektif)

Teori ini berfokus pada transformasi makna, konteks, dan proposisi lama. Peserta didik diberdayakan untuk mengidentifikasi dan menantang validitas asumsi tertanam mereka yang disebut sebagai 'kerangka acuan'. Pembelajaran terjadi ketika pengetahuan baru menjadi terintegrasi ke dalam pengetahuan yang ada, dan peserta didik mempertahankan

'kerangka acuan' asli mereka, tetapi terus menantang dan mengubah beberapa perspektif 'skema makna' mereka. Pada pembelajaran transformative ada tiga tahap, yang *pertama*, melibatkan pengalaman isu atau masalah yang membingungkan dan merefleksikan perspektif sebelumnya tentang peristiwa tersebut; yang kedua, terlibat dalam evaluasi kritis dan refleksi diri pada pengalaman, yang membutuhkan pemikiran metakognitif; ketiga, mengambil tindakan terhadap isu tersebut berdasarkan refleksi diri dan asumsi sebelumnya yang mengarah pada transformasi makna, konteks, dan proposisi yang sudah lama ada.

1.4.4. Teori Pembelajaran Sosial

Teori Pembelajaran Sosial (Zona perkembangan proksimal, kognisi yang terletak, komunitas praktik). Teori ini mengintegrasikan konsep pemodelan perilaku dengan pembelajaran kognitif sehingga pemahaman tentang kinerja tugas diperkuat. Teori ini berfokus pada interaksi sosial, orang, konteks, komunitas, dan perilaku yang diinginkan, sebagai fasilitator utama pembelajaran. Komponen mendasar dari teori pembelajaran sosial adalah observasi dan pemodelan di mana pendidik bertanggung jawab untuk menyediakan lingkungan belajar yang mendukung dan mengklarifikasi perilaku yang diharapkan.

1.4.5. Model Motivasi.

Model Motivasi (teori penentuan Nasib sendiri, teori valensi harapan, model rantai respon). Teori ini menyiratkan bahwa pembelajaran orang dewasa dikaitkan dengan dua elemen mendasar, yaitu: motivasi dan refleksi. Contoh teori motivasi adalah penentuan Nasib sendiri yang berfokus pada motivasi intrinsik; teori valensi harapan yang mengagabungkan harapan keberhasilan; dan model rantai tanggapan yang berfokus pada tiga faktor motivasi internal; evaluasi diri, sikap

pelajar terhadap pendidikan, dan pentingnya tujuan dan harapan.

1.4.6. Model Reflektif

Model Reflektif (refleksi tindakan dan refleksi dalam tindakan). Pada model ini terdapat dua jenis refleksi, yaitu: refleksi on action yang memungkinkan peserta didik untuk mengevaluasi tingkat relevansi atau kekakuan dari proses setelah terjadi; dan refleksi in action yang memungkinkan peserta didik untuk merefleksikan saat aktivitas sedang terjadi. Hal ini dimaksudkan untuk memberikan arahan kepada peserta didik dalam menguji pengetahuan mereka melalui penyelidikan. Refleksi membantu peserta didik membuat makna dari situasi yang kompleks dan memungkinkan mereka untuk belajar dari pengalaman dalam praktik yang otentik. Pembelajaran refleksi bervariasi sesuai dengan kemampuan peserta didik untuk merefleksikan pengalaman mereka, masalah klinis, dan konteks praktik. Pemikiran dan praktik reflektif peserta didik dapat berkembang seiring waktu dengan lingkungan belajar yang mendukung dan mendorong para pendidik. Peserta didik membutuhkan panduan terstruktur untuk refleksi serta umpan balik konstruktif tentang refleksi mereka dari pendidik mereka.

1.4.7. Konstruktivis

Konstruktivitis memiliki pandangan bahwa individu membangun pengetahuan baru melalui interaksi antara keterampilan dan pengetahuan mereka sebelumnya, keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh dari interaksi sosial dengan teman sebaya dan pendidik, dan aktivitas sosial. Pengetahuan dibangun secara aktif berdasarkan lingkungan peserta didik, dunia fisik dan sosial yang menjadikannya relative

1.5. Teori Pembelajaran

Teori Pembelajaran Pendidikan Profesi Kesehatan dan Keperawatan. Pada dasarnya teori-teori pembelajaran diharapkan dapat memberikan panduan bagi pendidik dalam menentukan strategi instruksional, tujuan pembelajaran, dan pendekatan evaluasi yang akan digunakan dalam rangka peningkatan capaian kompetensi peserta didik dan tujuan akhir pembelajaran. Penerapan teori-teori pembelajaran pada pendidikan profesi kesehatan dan keperawatan (Aliakbari *et al.*, 2015; Mukhalalati and Taylor, 2019) dapat dilihat sebagai berikut:

1.5.1. Penerapan Teori Pembelajaran Instrumental

Penerapan teori pembelajaran instrumental pada pendidikan profesi kesehatan memberikan kerangka kerja yang mengukur kinerja klinis, dimana kompetensi awalnya diturunkan dari teori perilaku dan peta konsep diturunkan dari kognitivisme. Teori Thorndike yang dikenal dengan belajar melalui *trial and error*, menyatakan bahwa dalam setiap situasi pembelajaran atau pemecahan masalah, peserta didik menjawab secara berulang-ulang hingga mendapatkan jawaban yang sesuai untuk satu masalah.

Pendidikan keperawatan, dimungkinkan untuk memberikan akses keterampilan dengan melakukan prosedur melalui penggunaan manekin, sehingga dengan metode coba-coba yang tidak berbahaya peserta didik akan memperoleh keterampilan yang diinginkan. Jika hasilnya memuaskan, maka akan mengarah pada penguatan, dan sebaliknya jika hasil dari coba-coba tadi tidak memuaskan menyebabkan atau mendorong peserta didik mencari alternatif jawaban melalui *trial and error* sampai akhirnya menemukan jawaban yang benar untuk setiap pertanyaan atau masalah. Hasil yang memuaskan tadi dapat membuat klien, teman sekelas, atau pendidik memberikan tepuk tangan sebagai bentuk apresiasi atas keberhasilan.

1.5.2. Penerapan Teori Pembelajaran *Humanistic*

Teori ini dapat diterapkan pada program pendidikan lanjutan (misal pendidikan lanjut jenjang S3). Dalam perspektif *humanism*, pendidik mengutamakan peserta didik untuk belajar berdasarkan rasa ingin tahunya. Pendidik memberikan tanggung jawab dan kebebasan kepada peserta didik untuk belajar sesuai dengan keinginan dan keinginan mereka untuk belajar. Akan tetapi tetap ada struktur yang jelas sebagai Batasan minimum yang disyaratkan sesuai dengan kebutuhan kurikulum namun proses pembelajarannya tetap terbuka.

1.5.3. Penerapan Model Reflektif

Teori ini terbukti efektif dalam meningkatkan kompetensi mahasiswa dan pembelajaran klinik

1.5.4. Penerapan Teori Pembelajaran Sosial

Teori ini dapat membantu pendidik dalam melatih keterampilan dan berbagai topik. Teori ini dapat diterapkan pada mahasiswa baru tentang bagaimana menjadi perawat professional dengan cara memberikan kesempatan pada peserta didik mengamati praktik keperawatan professional. Peserta didik tidak hanya mengamati kinerja perawat, tetapi juga melihat interaksi antar perawat, pasien, dan anggota tim perawatan lainnya. Pendidik juga memiliki peran sebagai model professional sehingga bisa mentransfer sikap professional tersebut kepada peserta didik dan menyiapkan mereka untuk melakukan keterampilan profesionalnya.

1.5.5. Penerapan Teori Pembelajaran Konstruktivis

Dapat dijadikan panduan dalam menyusun strategi pendidikan kedokteran maupun keperawatan, seperti diskusi kelompok, pengembangan potopolio kursus, dan penilaian kritis. Teori ini dapat digunakan dan sangat berguna dalam memberikan kesempatan peserta aktif berpartisipasi dalam diskusi dan menempatkan peserta didik dengan perspektif berbeda terhadap suatu subjek dan mensurvei mereka.

Membuat diskusi kelompok, membentuk serta memperkuat kerja tim, dapat dipilih satu orang sebagai koordinator pada sesi pembelajaran teori dan praktik.

1.6. Penutup

Belajar merupakan proses perubahan perilaku atau kecakapan manusia karena adanya interaksi individu-individu dan individu-lingkungannya sehingga manusia lebih mampu berinteraksi dengan lingkungannya. Dengan kata lain seseorang yang berhasil mengalami proses belajar akan mengalami perubahan dalam tingkah laku baik dari aspek kognitif, afektif, dan psikomotor.

Oleh karena itu, terlepas dari masing-masing kekurangan dari masing-masing teori, maka kombinasi dari teori-teori yang ada tentang pembelajaran dapat dijadikan jalan keluar dalam melaksanakan pendidikan khususnya pada pendidikan klinis. Dengan menggunakan berbagai strategi pembelajaran dalam pendidikan keperawatan dapat lebih mencakup aspek kebutuhan peserta didik dan menjaga motivasi peserta didik untuk belajar. Pendidik juga diharapkan dapat mengenal berbagai pandangan dalam pembelajaran agar dapat menerapkannya pada masing-masing tempat sesuai dengan karakteristik peserta didik, tingkat motivasi, jenis materi, tujuan pendidikan, dan fasilitas yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Aliakbari, F. *et al.* (2015) 'Learning theories application in nursing education.', *Journal of education and health promotion*, 4(February), p. 2. doi: 10.4103/2277-9531.151867.
- Aruan, N. (2015) *Gambaran kesiapan Self Directed Learning pada mahasiswa tahap Pendidikan Klinik UIN Syarif Hidayatullah dan faktor-faktor yang berhubungan.*
- Budiwan, J. (2018) 'Pendidikan Orang Dewasa (Andragogy)', *Jurnal Qalamuna*, 10(2), pp. 107–135.
- Dirjen Dikti. (2023) 'Panduan implementasi pembelajaran berpusat pada mahasiswa', pp. 1–52.
- ICN (2020) *International Council of Nurses Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020*, International Council of Nurses.
- Mukhalalati, B. A. and Taylor, A. (2019) 'Adult Learning Theories in Context: A Quick Guide for Healthcare Professional Educators', *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 6, p. 238212051984033. doi: 10.1177/2382120519840332.
- Nursalam, N. and Efendi, F. (2014) *PENDIDIKAN DALAM KEPERAWATAN Nursalam Ferry Efendi ISBN: 978-979-3027-66-1.*
- Papastavrou, E. *et al.* (2016) 'Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: A research study', *BMC Nursing*, 15(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12912-016-0164-4.
- Patricia A. Potter; Anne Griffin Perry; Dripta Sjabana; Edward Tanujaya (2010) *Fundamental of Nursing: Fundamental Keperawatan*. Buku 1 edi. Jakarta-Indonesia: Salemba Medika.
- Sianturi, S. R. and Natalia, L. (2021) 'Jurnal Ilmu Keperawatan : Journal of Nursing Science Kesiapan Mahasiswa Keperawatan dalam Menjalani Pembelajaran Klinik Jurnal Ilmu Keperawatan : Journal of Nursing Science',

Jurnal Ilmu Keperawatan, 9(1), pp. 126–132.

Syahreni, E. and Waluyanti, F. T. (2007) 'Pengalaman mahasiswa S1 keperawatan program reguler dalam pembelajaran klinik (Experience of regular program undergraduate nursing students in clinical learning)', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 11(2), pp. 47–53.

BAB 2

PERSPEKTIF MASA DEPAN LINGKUNGAN KLINIS

Oleh Kasmawati, S.Kep., Ns., M.Kes.

2.1. 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).

2.2. Lingkungan Pembelajaran Klinis

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).

2.2.1. 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).

2.2.2. 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).

2.3. 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 Kepewatan 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 3

LINGKUNGAN PRAKTEK KLINIS DAN LINGKUNGAN PEMBELAJARAN

Oleh Nurmah Rachman, S.Kep., Ns., M.Med.Ed.

3.1. Pendahuluan

Apa yang dipahami dengan istilah pendidikan klinis, konsep pendidikan klinis didekati secara berbeda dalam berbagai disiplin ilmu, yang dapat menimbulkan ketidak pastian pedagogis. Pendidikan klinis di institusi pendidikan tinggi, yang sebelumnya dipahami hanya berlaku untuk disiplin profesional kesehatan, tidak lagi menjadi domain kedokteran dan ilmu kesehatan. Itu telah berkembang menjadi model pendidikan yang diadopsi oleh beberapa disiplin ilmu untuk menciptakan dan menerapkan kesempatan belajar pengalaman bagi siswa. Misalnya dalam disiplin hukum telah melahirkan klinik hokum dimana siswa dapat menangani klien kehidupan nyata dan mendapatkan pengalaman profesional dalam mewawancarai dan menyusun surat dan dokumen hokum dibawah pengawasan praktisi yang ketat.

Di bidang lain seperti psikologi pendidikan klinis telah dilaksanakan sebagai bagian integral dari model pendidikan klinik universitas dan penempatan eksternal yang memberikan kesempatan untuk mempraktekkan keterampilan klinis dibawah pengawasan sebelum terdaftar sebagai praktisi independen. Pendidikan klinis dapat berarti hal yang berbeda untuk disiplin ilmu yang berbeda. Ini membutuhkan pendekatan yang berbeda untuk disiplin ilmu yang berbeda yang dapat menimbulkan ketidakpastian pedagogis ketika mencoba untuk mendefinisikan apa arti istilah pendidikan klinis. Pendidikan klinis diperguruan

tinggi telah dikenal dan berhasil diterapkan dalam disiplin profesi kesehatan. Abraham Flexner menghasilkan laporan tentang pendidikan kedokteran dimana ia menggambarkan pentingnya rumah sakit pendidikan untuk pendidikan praktisi medis masa depan (Flexner, 1910) dalam (Australian Journal of Clinical Education, 2016 Vol 1 article 2).

Pengaturan perawatan dimana siswa terlibat dalam perawatan pasien dibawah pengawasan. Belajar dari kontak pasien tetap menjadi bagian mendasar dari pendidikan klinis, lokasi konteks, dan penyampaian pengalaman pendidikan berubah dengan perkembangan model dari rumah sakit pendidikan ke konteks tambahan yang memberikan pemaparan ke berbagai pengaturan klinis termasuk komunitas, perawatan primer, dan pengaturan rawat jalan (Prideaux, & Wilson, 2012). Dengan model pengawasan perseptor merupakan alternatif dari model pembelajaran klinis tradisional. Hal ini didasarkan pada asumsi bahwa hubungan satu ke satu yang konsisten antara perawat berpengalaman dan siswa keperawatan adalah cara yang efektif untuk memberikan bimbingan individual dalam pembelajaran klinis serta kesempatan untuk sosialisasi profesional (LEINSTER2, 2008; 30: 347–364).

Perseptor adalah hubungan satu ke satu yang terbatas waktu antar siswa dan perawat berpengalaman yang dipekerjakan oleh institusi tempat/ lokasi berlangsungnya kegiatan pembelajaran klinis. Dosen tidak boleh hadir secara fisik selama kegiatan pembelajaran, pembimbingan memberikan kesempatan belajar intensif dan individual yang meningkatkan kompetensi klinis dan kepercayaan diri siswa. Perseptor memberikan kesempatan untuk sosialisasi kedalam peran keperawatan profesional. Selain itu meningkatkan pengembangan pribadi dan profesional para pembimbing. Model pembimbingan bersifat kolaboratif. Dosen adalah anggota institusi pendidikan yang memiliki tanggung jawab keseluruhan untuk kualitas pembelajaran klinis. Dosen menyediakan hubungan antara program pendidikan dan pengaturan praktik dengan memilih dan mempersiapkan perseptor, menugaskan

siswa ke perseptor, memberikan bimbingan untuk pemilihan kegiatan pembelajaran yang sesuai, menjadi sumber bagi pasangan perseptor- siswa dan mengevaluasi kinerja siswa (GABERSON, 2010).

Pengaturan klinis berarti Rumah Sakit, Departemen, Rawat Jalan, atau Klinik yang tujuan utamanya adalah pelayanan kedokteran, Rehabilitasi atau Kesehatan. Lingkungan klinis terdiri dari rawat inap, rawat jalan rumah sakit dan pengaturan komunitas. Di lingkungan inilah siswa belajar apa artinya menjadi profesional kedokteran maupun profesional perawat. Pembelajaran di lingkungan klinis, didefinisikan sebagai pembelajaran yang berfokus pada, dan biasanya melibatkan langsung pasien dan masalah mereka (Spencer, 2003) dalam Medical Teacher, 2008. Di lingkungan inilah siswa belajar apa artinya menjadi seorang profesional dokter dan/ atau seorang profesional perawat. Dengan keterampilan seperti anamnesis/ Tanya jawab, pemeriksaan fisik, komunikasi pasien dengan profesionalisme paling baik dipelajari dalam pengaturan klinis (Dorte Guldbrand Nielsen, 2016.).

Pengetahuan medis diterapkan langsung pada perawatan pasien, peserta pelatihan mulai termotivasi oleh relevansi dan pembelajaran mandiri mengambil makna baru. Guru klinis memiliki peran ganda dalam kedokteran dan/ atau keperawatan memberikan perawatan pasien dan mengajar. Meskipun semua dokter dan/ atau perawat biasanya dipersiapkan untuk peran klinis mereka, hanya sedikit yang terlatih untuk peran mengajar. Guru klinik mengambil peran mereka sebagai guru generasi dokter dan/ atau perawat masa depan dengan serius dan antusias. Namun sebagian besar kurangnya pengetahuan tentang prinsip-prinsip pendidikan dan strategi pengajaran sehingga tidak cukup siap untuk peran profesional tambahan ini (College of Medicine, 2014).

Karena perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, seperti metode belajar mengajar baru, pengajaran yang lebih berpusat pada siswa, penilaian berbasis kompetensi dan penekanan pada profesionalisme Model umum pengajaran klinik

yang telah berhasil digunakan dalam pengembangan institusi guru klinis. Berbasis perilaku dan dapat diadaptasi oleh guru klinis untuk semua pengaturan klinis yang pertama *Stanford* untuk pengajaran klinis dan yang kedua model pengajaran *microskills* yang dikenal sebagai *one minute preceptor*. Model *microskills* menyediakan *Tools* yang diperlukan oleh pembimbing klinis untuk mengajarkan prinsip umum dalam lima menit atau kurang. Metode ini menampilkan lima keterampilan mikro yang memungkinkan pembimbing menilai dasar pengetahuan dan proses berpikir siswa, mengajarkan prinsip tertentu dan memberikan umpan balik tepat waktu (Cantatore, 2016).

Pendidikan Profesional Kesehatan merupakan misi utama di rumah sakit pendidikan. Untuk membekali guru klinis dengan keterampilan mengajar yang diperlukan, pengembangan institusi pendidikan, dan meningkatkan beberapa program yang berbeda. Tantangan bagi guru di lingkungan klinis, kurangnya tujuan dan harapan yang jelas, para siswa pada umumnya mengingat fakta daripada pemecahan masalah. Kurang partisipasi aktif para peserta didik, dan pengamatan langsung serta pemberian umpan balik yang tidak memadai disebabkan karena waktu yang tidak cukup untuk refleksi dan diskusi. Pelaksanaan praktik klinis kurang sesuai dengan kurikulum (D Prideaux, 2000).

Pembelajaran klinis yang dilakukan di institusi pendidikan dalam kurikulum yang direncanakan dan ditawarkan sebagai tanggapan terhadap harapan dan tuntutan profesional, masyarakat dan pendidikan, menggunakan sumber daya manusia, intelektual, fisik dan keuangan yang tersedia. Kurikulum mengarahkan proses pengembangan kurikulum dengan memberikan dasar untuk memilih, mengurutkan, dan menggunakan konten dan kegiatan pembelajaran. Kesenjangan yang ditemukan pada pandangan tradisional tentang pengembangan kurikulum, sehingga penulis menyarankan dalam pengembangan kurikulum hendaknya berdasarkan konteks atau teori pembelajaran seperti: behaviorisme, teori

kognitif dan pedagogi interpretative yang mencerminkan keyakinan institusi pendidikan tentang pembelajaran klinis dan karakteristik siswa dan lingkungan klinis (Chacko1, 2007).

Mengajar di lingkungan klinis adalah tugas yang menuntut, rumit, dan seringkali membuat frustrasi tugas yang dilakukan oleh banyak dokter atau perawat tanpa persiapan atau orientasi yang memadai. Menurut Harden & Crosby, 2000 menjelaskan dua peran untuk guru kedokteran dan atau keperawatan. Peran instruktur klinik dalam pendidikan kedokteran/ keperawatan seorang instruktur klinik/ guru yang baik didefinisikan sebagai seorang instruktur/ guru yang membantu siswa untuk belajar. Peran instruktur/guru melampaui memberikan informasi, memiliki serangkaian peran kunci untuk memainkan dalam proses pendidikan. Karena praktik profesional terjadi dalam konteks masyarakat, maka ia harus menanggapi tuntutan dan harapan sosial dan ilmiah (Li, 2015).

Oleh karena itu, basis pengetahuan dan keahlian seorang perawat profesional tidak boleh statis. Pendidikan profesional harus melampaui pengetahuan dan keterampilan saat ini untuk mempersiapkan praktik di masa depan. Dengan demikian, pengajaran klinis harus mencakup keterampilan seperti mengidentifikasi kesenjangan pengetahuan, menemukan dan memanfaatkan informasi baru, dan memulai atau mengelola perubahan. Selain itu, karena profesional perawatan kesehatan biasanya berlatih secara interdisipliner pengaturan, mahasiswa keperawatan harus belajar kerja tim dan keterampilan kolaborasi (Oermann & Gaberson, 2009; Speziale & Jacobson, 2005). Dengan demikian, jika kegiatan pembelajaran klinik adalah untuk mempersiapkan mahasiswa keperawatan untuk praktik profesional, mereka harus mencerminkan realitas praktik tersebut. Pendidikan klinis harus memungkinkan siswa menghadapi masalah praktik nyata di dataran rendah berawa. Daripada berfokus secara eksklusif pada masalah yang didefinisikan oleh guru dan terstruktur dengan baik yang jawabannya mudah ditemukan dalam teori dan penelitian,

pendidik klinis harus memaparkan siswa pada masalah yang tidak terstruktur yang tidak memiliki data yang cukup atau bertentangan atau beberapa solusi (Oermann & Gaberson, 2009). Pendidikan klinis harus mencerminkan sifat praktek profesional keperawatan adalah disiplin profesional. Pemahaman guru tentang perannya, pendekatan pengajaran klinis, pemilihan kegiatan belajar mengajar, penggunaan proses evaluasi dan hubungan dengan siswa dan orang lain di lingkungan klinis.

3.2. Lingkungan Klinis

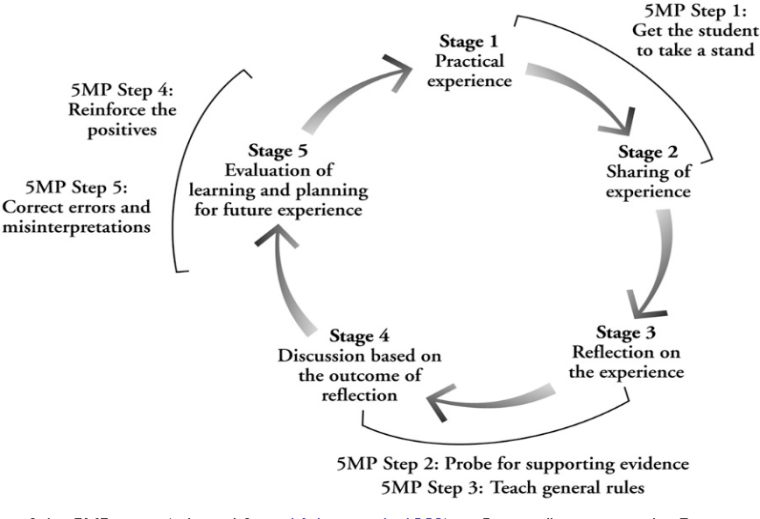
Lingkungan klinis adalah tempat dimana siswa siswa berhubungan dengan pasien atau konsumen untuk tujuan pengujian teori dan keterampilan belajar. Iklim belajar didefinisikan sebagai nada atau suasana dari pengaturan pengajaran termasuk itu apakah merangsang apakah siswa dapat dengan nyaman mengidentifikasi dan mengatasi keterbatasan mereka. Ini menetapkan lingkungan klinis untuk pengajaran dan pembelajaran yang efektif. Hal ini juga mengacu pada cara dimana interaksi pengajar fokus dan tidak mundur mandiri yang dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan guru. Hal ini mencerminkan dinamika kelompok yang memengaruhi efisiensi dan fokus dari setiap interaksi pengajaran. Penempatan tujuan menyediakan struktur untuk proses pengajaran, membimbing/memandu guru dalam merencanakan pengajaran dan memberikan dasar penilaian (Ellen Ruderman (auth.), 2013).

Lingkungan klinis rumah sakit, departemen, fasilitas rawat jalan atau klinik, mempromosikan pemahaman dan retensi untuk kemampuan menganalisis, mensintesis dan menerapkan dengan benar. Sedangkan retensi adalah proses mengingat fakta atau konsep, pendekatan ini dapat digunakan guru untuk menjelaskan konten yang diajarkan dan meminta siswa berinteraksi secara bermakna dengan konten tersebut memungkinkan siswa memahami dan mempertahankan. Guru klinik melakukan evaluasi, evaluasi adalah proses yang dilakukan guru klinis dalam menilai pengetahuan, keterampilan dan sikap siswa berdasarkan tujuan pendidikan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Evaluasi dapat bersifat formatif untuk menilai kemajuan siswa yang sedang berlangsung menuju tujuan pendidikan atau evaluasi sumatif untuk penilaian akhir untuk menilai pencapaian tujuan pembelajaran. Pemberian feedback dimana guru memberikan informasi kepada siswa tentang kinerja mereka untuk peningkatan potensial . hal ini memberikan lingkaran pendidikan dimana guru tidak dapat membimbing siswa untuk menggunakan evaluasi kinerja mereka untuk menilai kembali pencapaian tujuan. Mempromosikan pembelajaran mandiri yang di prakarsai oleh kebutuhan tujuan dan minat siswa untuk terus belajar di luar waktu pendidikan formal.

3.2.1. Model Pembelajaran Klinis

Mengintegrasikan pengajaran kedalam rutinitas dokter/ perawat sehari-hari tetap ada Tools dan teknik yang telah dikembangkan untuk membantu pembimbing. Pendekatan yang teruji dan berharga adalah One- Minute- Perceptor Model. Terlihat pada gambar 3.1 dibawah ini



Gambar 3.1 One Minute Perceptor

Sumber

One Minute Preceptor (OMP) terdiri dari sejumlah keterampilan yang digunakan secara bertahap di akhir persentasi siswa. Setiap langkah adalah teknik atau alat pengajar individu, tetapi bila di kombinasikan maka membentuk satu strategi terpadu untuk instruktur klinik dalam pengajaran perawatan kesehatan. Microskills memungkinkan guru untuk menilai, menginstruksikan dan memberikan umpan balik secara efektif dan lebih efisien.

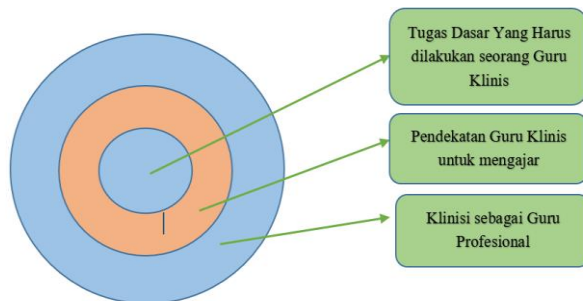
Model pengajaran klinis microskills ada 5 (lima) langkah, dengan memaksimalkan waktu mengajar rata-rata interaksi ini 10 menit dan waktu ini dibagi menjadi beberapa kegiatan yang berbeda. Sehingga pendekatan one minute memungkinkan preceptor untuk memaksimalkan waktu yang tersedia untuk mengajar. Pertemuan mengajar masih akan memakan waktu lebih dari satu menit tetapi waktu yang dihabiskan digunakan lebih efisien dan efektif pengajaran di optimalkan. One minute preceptor terdiri dari sejumlah keterampilan yang digunakan secara bertahap di akhir persentasi siswa.

Langkah-langkah ini dapat digunakan untuk menyusun pertemuan pengajaran klinis singkat yang efektif yang bertanggung jawab 5 (lima) menit atau kurang serta untuk mengatasi masalah yang muncul. Lima langkah tersebut diantaranya: (1) mendapat komitmen, guru mendorong siswa untuk mengartikulasikan pendapat mereka tentang diagnosis banding dan manajemen daripada memberi kesimpulan dan rencana mereka sendiri. Guru harus menciptakan lingkungan belajar yang aman untuk mengambil risiko. (2) mencari bukti pendukung, guru harus mendorong siswa untuk “berpikir keras” dan memberikan alasan mereka untuk komitmen yang baru saja mereka buat untuk diagnosis, pengobatan, atau aspek lain dari masalah pasien. Guru harus memvalidasi komitmen siswa atau menolak dengan lembut jika cacat. (3) mengajarkan aturan umum, guru dapat membimbing siswa untuk memahami bagaimana pembelajaran dari satu pasien dapat diterapkan pada situasi lain. Siswa siap untuk informasi baru yang dapat mereka terapkan pada pasien tertentu serta pasien di masa depan. (4)

memperkuat apa yang dilakukan dengan baik, sangat tepat untuk menggunakan keterampilan mikro (microskills) ini setiap kali siswa berlatih menangani situasi perawatan pasien dengan baik. Penguatan yang efektif harus spesifik dan berbasis perilaku dan tidak kabur. Umpan balik positif juga membangun harga diri siswa dalam berlatih. (5) Memperbaiki kesalahan, umpan balik negative atau konstruktif sering di hindari pengajar klinis, tetapi ini penting untuk memastikan perawatan pasien yang baik.

Mengajarkan penilaian diri sendiri adalah cara yang baik agar siswa menyadari kesalahan mereka sendiri adalah cara yang baik agar siswa menyadari kesalahan mereka sendiri dan jika mereka telah mengidentifikasi kesalahan mereka dapat diberi umpan balik positif tentang kemampuan refleksi diri mereka. Jika guru harus menunjukkan kesalahan, ini harus spesifik tepat waktu dan sepenuhnya di dasarnya pada perilaku. Sehingga model dalam pengajaran klinis amat sangat diperlukan kerangka kerja untuk mengembangkan keunggulan sebagai pendidikan klinis.

Harden, dkk (1999) dalam Medical Teacher, 2008 mengusulkan model hasil belajar 3 (tiga) lingkaran untuk mengklasifikasi keterampilan dan kemampuan yang harus dimiliki dokter/perawat. Seorang guru klinis bergerak dari kompetensi klinis ke kompetensi META dalam setiap lingkaran. Terlihat pada gambar di bawah ini



Gambar 3.2 Kompetensi Guru Klinis

Sumber

Untuk efisiensi waktu Irby & Bowen, dalam Medical Teacher (2008) telah menjelaskan pendekatan 3 langkah ini untuk mengajar efisien waktu di lingkungan klinis. Tiga langkah yang dijelaskan dapat disesuaikan dengan baik untuk sesi 1 (satu) jam sebagai sesi pengajaran 10 (sepuluh) menit, dengan rencana sebagai berikut: (a) menjelaskan harapan dengan mengkomunikasikan tujuan pembelajaran, menciptakan lingkungan belajar yang aman dan saling menghormati, memilih pasien yang tepat untuk pengajaran. (b) jelaskan peran dan tanggung jawab, (c) mengalokasikan waktu untuk instruksi dan umpan balik, (d) memfokuskan siswa pada prioritas dan tugas penting.

Menggunakan skrip penyakit dan pengajaran, contohnya skrip penyakit termasuk pengetahuan tentang gejala khas dan temuan fisik faktor predisposisi yang menempatkan pasien pada risiko dan patofisiologi yang mendasari. Skrip pengajaran umum meliputi: point-point penting dengan ilustrasi apresiasi kesalahan umum pembelajaran dan cara efektif untuk membuat kerangka kerja bagi pemula untuk membangun skrip penyakit mereka sendiri. Bertindak sebagai panutan di samping tempat tidur atau di ruang pemeriksaan mengevaluasi dan merefleksi. Mengamati siswa secara langsung merupakan prasyarat penting untuk umpan balik yang efektif. Umpan balik harus didasarkan pada perilaku yang diamati, termasuk umpan balik positif atau negative dan guru klinik perlu mempromosikan penilaian diri oleh siswa. Pengajaran didepan pasien, sehingga bedside teaching hanya dapat diterapkan di lingkungan rumah sakit. Apa yang melibatkan perawat belajar disamping tempat tidur (bedside teaching,) adalah mengobservasi pasien, menilai dan mencatat gejala pasien, mengukur tanda vital, melakukan tes diagnostic, pemberian obat, mengoperasikan peralatan medis, memperbarui catatan pasien, mendidik pasien tentang rencana perawatan di rumah. Pengajaran apapun dihadapan pasien dan merupakan strategi pengajaran klinis siswa kedokteran/ keperawatan. Pengajaran di samping tempat tidur dapat meningkatkan anamnesis, keterampilan pemeriksaan dan pengetahuan etik klinis siswa, dapat mengajarkan mereka

profesionalisme, membina komunikasi yang baik dan memungkinkan siswa untuk mengembangkan empati dengan pasien.

3.2.2. Pelaksanaan Pengajaran Klinis

Pengajaran klinis adalah interaksi yang kompleks antara siswa dan guru klinik. Sehingga yang mempengaruhi proses pengajaran klinis adalah karakteristik guru dan siswa, lingkungan klinis dan sifat praktek dalam lingkungan itu, pasien, keluarga dan orang lain yang di rawat siswa, personel, institusi dan penyedia layanan kesehatan lainnya. Sifat yang melekat dari praktik klinis dengan ketidakpastiannya. Pembelajaran klinik memberi kerangka kerja bagi guru untuk digunakan dalam merencanakan kegiatan klinis yang sesuai untuk digunakan dalam merencanakan kegiatan klinis yang sesuai untuk hasil belajar dan siswa, membimbing siswa dalam pengaturan praktek dan mengevaluasi kinerja klinik. Guru klinik adalah nara sumber dengan informasi untuk tujuan memfasilitasi pembelajaran dan peroleh pengetahuan dan keterampilan baru. Belajar adalah proses dimana orang berubah berbagi hasil dan pengalaman mereka.

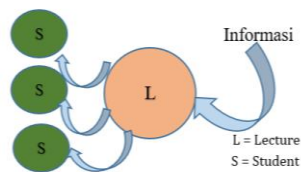
Beberapa orang memandang pembelajaran sebagai perubahan perilaku yang nyata dan terukur, yang dihasilkan dari sebuah pengalaman. Merefleksi pengalaman klinis mereka dan menuangkan pemikiran mereka ke dalam kata-kata, yang mengarah pada pengetahuan baru dan pembelajaran yang lebih dalam. Mengajar dan belajar adalah proses yang saling terkait, masing-masing dapat terjadi tanpa yang lain. Tujuan instruksi klinis adalah untuk menciptakan lingkungan dan kegiatan belajar, menyadari bahwa setiap siswa akan memperoleh wawasan dan hasil yang berbeda dari siswa.

Proses pengajaran klinis ada 5 (lima) langkah, yakni: (1) mengidentifikasi hasil pembelajaran, (2) menilai kebutuhan pembelajaran, (3) merencanakan kegiatan pembelajaran klinis, (4) membimbing siswa, (5) mengevaluasi pembelajaran dan kinerja klinis. Proses pengajaran klinis tidak linear, sebaliknya

setiap komponen mempengaruhi yang lain misalnya: evaluasi klinis memberikan data tentang kebutuhan belajar siswa lebih lanjut yang pada gilirannya menyarankan kegiatan belajar baru.

Mengidentifikasi hasil pembelajaran langkah pertama dalam pengajaran klinis adalah mengidentifikasi tujuan dan hasil praktek klinis. Tujuan dan hasil pembelajaran di maksud untuk menilai kebutuhan pembelajaran di mulai pada tingkat pembelajaran. Kompetensi klinis; (a) konsep, teori dan pengetahuan lain untuk praktek klinis, menganalisis dasar patofisiologi perkembangan manifestasi klinis pada kondisi umum pasien. Menerapkan konsep keperawatan multicultural kepada masyarakat sebagai klien. (b) penggunaan penelitian dan bukti lain dalam praktis klinis, menggunakan bukti intervensi, manajemen nyeri dalam perencanaan perawatan pasien. (c) assessment, diagnosis, rencana, intervensi dan evaluasi. Hasil mengumpulkan data yang sesuai dengan perkembangan dan usia untuk anak sehat dan sakit. (d) keterampilan psikomotor dan teknolog jenis intervensi lain dan kompetensi informatika mendemonstrasikan keterampilan dalam melakukan pemeriksaan fisik. (e) nilai-nilai yang berkaitan dengan perawatan pasien, keluarga dan masyarakat serta dimensi lain dari perawatan kesehatan mengenali nilai-nilai pribadi, yang mungkin bertentangan dengan nilai-nilai keperawatan profesional. (f) keterampilan komunikasi, kemampuan mengembangkan hubungan interpersonal dan keterampilan berkolaborasi dengan orang lain. Berkolaborasi dengan penyedia layanan kesehatan lain dalam perawatan interdisiplin. (g) pengembangan pengetahuan, keterampilan, dan nilai-nilai penting untuk terus meningkatkan kualitas dan keamanan layanan kesehatan. (h) mengidentifikasi masalah kualitas dalam pengaturan klinis menggunakan tindakan yang relevan dan solusi potensial. Berpartisipasi dalam menganalisis kesehatan sendiri dan system dan merancang kepemimpinan, dan perilaku peran. Mengelola perawatan secara efektif untuk sekelompok kecil pasien. Mendemonstrasikan peran dan perilaku seorang perawat sebagai pemimpin. Akuntabilitas dan tanggung jawab siswa menerima tanggung jawab atas tindakan dan

keputusannya sendiri. Memiliki nilai peran dalam mencegah kesalahan. Pengembangan diri dan pembelajaran berkelanjutan. Mengidentifikasi kebutuhan pembelajaran sendiri dalam praktik klinis, mencari kesempatan belajar untuk mengembangkan kompetensi klinis



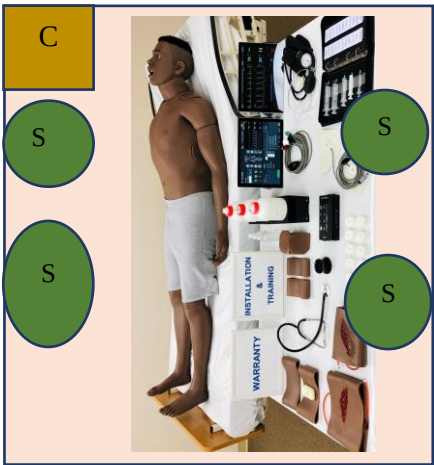
Gambar 3.3 Didactic Lecture Information

Sumber:

Penerapan klinis pengetahuan yang diperoleh yang diperoleh dalam perkuliahan dan keterampilan klinis yang diperlukan untuk praktik secara tradisional.

C = Clinical Tutor

S = Student



Gambar 3.4 Tutorial Model

Sumber:

3.2.3. Tantangan Pengajaran Rawat Inap

Dalam pendidikan keperawatan ruang kelas dan lingkungan klinis saling terkait. Karena siswa harus menerapkan dalam praktik klinis apa yang telah siswa pelajari di kelas. Salah satu cara untuk memastikan kemampuan siswa adalah memberikan pendidikan klinis yang efektif. Profesional adalah individu yang memiliki pengetahuan dan keterampilan ahli dalam bidang tertentu yang diperoleh melalui pendidikan formal di institusi pendidikan tinggi dan melalui pengalaman yang menggunakan pengetahuan dan keterampilan atas nama masyarakat dengan melayani klien klien tertentu. disiplin profesional dibedakan dari disiplin akademik dengan komponen praktik siswa. Praktik klinis membutuhkan kemampuan berpikir kritis dan pemecahan masalah, keterampilan psikomotorik dan teknologi khusus, serta sistem nilai profesional. Pendidik perlu membantu perawat mengembangkan keterampilan berpikir kritis siswa untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi siswa. Tantangan pengajaran rawat inap antara lain:

1. Sulit menetapkan tujuan pengajaran, sering terjadi kejadian yang tidak terduga
2. Tim lingkungan biasanya terdiri dari berbagai tingkat siswa
3. Pasien terlalu sakit atau tidak mau berpartisipasi dalam pertemuan pengajaran
4. Masa inap pasien terlalu singkat untuk mengikuti riwayat alami penyakit
5. Guru klinis dapat mengkompromikan hubungan pelatihan siswa dan pasien jika siswa mendominasi pertemuan
6. Siswa pelatihan dan guru klinis merasa tidak aman mengakui kesalahan di depan pasien dan tim medis lainnya
7. Kecenderungan banyak guru klinis untuk memberikan kuliah daripada mempraktekkan pengajaran interaktif
8. Melibatkan semua pembelajaran secara bersamaan bisa jadi sulit
9. Guru klinis perlu memperhatikan dengan seksama kelelahan, kebosanan dan beban kerja siswa

3.2.4. Tantangan Pembelajaran Klinis Rawat Jalan

Asuhan rawat jalan untuk pasien rawat jalan di klinik menimbulkan tantangan unik bagi preceptor (guru klinik) dan siswa sebagai hasil dari kecepatan perawatan pasien dan terbatasnya waktu yang tersedia untuk mengajar. Memberikan perawatan pasien berkualitas tinggi, preceptor harus mengintegrasikan siswa ke dalam pemberian perawatan pasien, mengajar secara efisien, memberikan umpan balik secara *real time* dan mengevaluasi kinerja siswa. Siswa harus terlibat dalam penalaran instruksional klinis, mendiagnosa pasien, menjadi kebutuhan pasien dan menggunakan skrip pengajaran untuk tujuan yang ditargetkan. Tantangan pembelajaran klinis rawat jalan

1. Pengaturan klinis yang sibuk
2. Waktu mengajar sering singkat, tidak ada waktu untuk pengajaran yang rumit
3. Tidak ada kontrol atas distribusi dan pengaturan waktu
4. Menghadiri beberapa pasien dalam waktu yang sama dengan banyak siswa
5. Interaksi singkat guru klinik – siswa pelatihan
6. Tuntutan perawatan pasien biasanya di prioritaskan dan harus di tangani secara bersamaan, sehingga guru klinik tidak dapat fokus pada satu masalah untuk mengajar
7. Pembelajaran dan pelayanan berlangsung secara bersamaan
8. Masalah organik dan psikososial saling terkait
9. Pertanyaan diagnostic sering di selesaikan dengan menindaklanjuti pengobatan empiris
10. Guru klinik harus menjadi pemandu dan fasilitas daripada memberikan informasi

Tanggung jawab seorang guru klinik adalah memilih tugas klinis yang terkait dengan hasil yang diinginkan, sesuai dengan tingkat pengetahuan dan keterampilan siswa dan cukup menantang untuk memotivasi pembelajaran. Tugas guru klinik biasanya berbicara tentang memilih pasien yang akan dirawat oleh siswa. Peran utama siswa keperawatan di bidang klinis

adalah pembelajar bukan perawat. Karakteristik siswa, tingkat pendidikan atau pengalaman pembelajaran sebelumnya, bakat untuk belajar, gaya belajar dan kebutuhan, minat dan kemampuan khusus. Guru klinis harus mempertimbangkan perbedaan individu, semua siswa tidak memiliki kebutuhan yang sama, sehingga tidak masuk akal untuk mengharapkan mereka memiliki tugas yang sama.

Instruktur harus merencanakan tugas sehingga siswa memiliki banyak kesempatan untuk pengulangan keterampilan dengan umpan balik. Kebutuhan pasien persyaratan perawatan harus dipertimbangkan saat merencanakan penugasan klinis untuk siswa. Pada saat pasien kritis, anggota keluarga mungkin tidak ingin berhubungan dengan siswa. Guru klinik harus menentukan tujuan pembelajaran, siswa harus memiliki pilihan kegiatan belajar yang akan membantu siswa mencapai tujuan.

Guru klinik memilih tugas untuk memotivasi siswa bertanggung jawab atas pembelajaran mereka sendiri dan terlibat penuh dalam memilih tugas siswa sendiri ini juga dapat mengurangi kecemasan siswa. Guru klinik harus memberikan bimbingan dalam memilih kegiatan pembelajaran yang tepat melalui pertanyaan atau komentar yang menuntut siswa untuk mengevaluasi kebutuhan, minat, dan kemampuannya sendiri. Guru harus campur tangan untuk melindungi keselamatan pasien serta membantu siswa membuat rencana yang realistis untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan.

Banyak perbedaan individu diantara siswa yang mempengaruhi bagaimana mereka belajar. Berapa siswa memasuki pelatihan klinis dengan pengetahuan dan keterampilan yang luas sementara yang lain mungkin tidak memiliki perilaku prasyarat untuk terlibat dalam kegiatan mandiri yang mencerminkan variasi individu antar siswa dengan demikian menunjukkan tanggung jawab siswa.

3.3. Implikasi Lingkungan Pembelajaran Klinik

Praktek klinik memberi kesempatan kepada siswa untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk merawat pasien, mengembangkan nilai-nilai penting dalam praktek profesional, dan mengembangkan keterampilan kognitif untuk memproses dan menganalisis data, memutuskan masalah dan intervensi dan mengevaluasi keefektifannya. Kemampuan siswa untuk menerapkan konsep dan teori pada situasi klinis, memecahkan masalah klinis sampai pada keputusan yang dipikirkan dengan hati-hati dan memberikan perawatan yang aman dan berkualitas adalah kompetensi penting yang diperoleh melalui praktik klinis. Metode kasus, studi kasus dan grand round adalah metode-metode pengajaran yang membantu siswa mencapai hasil belajar tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Cantatore, F. (2016). Defining Clinical Education: Parallels in Practic. *Australian Journal of Clinical Education*, 1-8.
- Chacko1, K. M. (2007). Teaching models for. *THE CLINICAL TEACHER*, 82-86.
- College of Medicine, N. B. (2014). BEDSIDE TEACHING-MAKING IT AN EFFECTIVE INSTRUCTIONAL TOOL . *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 286-289.
- D Prideaux, 1. H. (2000). Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment. *MEDICAL EDUCATION*, 820-826.
- Dorte Guldbrand Nielsen, M. S. (2016.). Skills Training in Laboratory and Clerkship: Connections, Similarities, and Differences . *Article in Medical Education Onlin*, 1-15.
- Ellen Ruderman (auth.), E. R. (2013). Contemporary Clinical Practice: The Holding Environment Under Assault. Springer-Verlag New York.
- GABERSON, K. B. (2010). *Clinical Teaching Strategies in Nursing*. Springer Publishing Company.
- LEINSTER2, S. R. (2008; 30: 347–364). AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Medical Teacher*, 347-364.
- Li, L. (2015). Scholarly information discovery in the networked academic learning environment. Oxfordshire, [England]: Chandos Publishing, , Elsevier Ltd.

BAB 4

INTERAKSI PESERTA DIDIK DAN PENGAJAR DALAM LINGKUNGAN PRAKTIK KLINIS

Oleh Sondang Manurung, S. Kp., M. Kep.

4.1. Pendahuluan

Komunikasi dapat diartikan sebagai suatu proses pertukaran informasi atau perasaan antara dua orang atau lebih (Hughes, 2012). Komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*) adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka, yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung baik secara verbal maupun nonverbal (Hilburg et al., 2020). Sementara pendapat ahli lain mengemukakan komunikasi antar pribadi secara umum yang merupakan proses dimana satu orang merangsang makna pesan verbal dan nonverbal yang sudah ada dalam pikiran orang lain (Alo Liliweri, 2015). Komunikasi atau interaksi yang terjadi di dalam dunia pendidikan disebut sebagai interaksi edukatif. Interaksi edukatif merupakan interaksi yang berlangsung pada suatu ikatan untuk tujuan pendidikan dan pengajaran. Arti yang lebih spesifik pada bidang pengajaran, dikenal adanya istilah interaksi belajar mengajar. Interaksi belajar mengajar mengandung suatu arti adanya kegiatan interaksi dari tenaga pengajar yang melaksanakan tugas mengajar di satu pihak, dengan peserta didik yang sedang melaksanakan kegiatan belajar di pihak lain (Sardiman, 2018).

4.2. Interaksi Peserta Didik dan Pengajar

Kata interaksi berasal dari Bahasa Inggris *interaction* artinya suatu tindakan atau hubungan yang berbalasan. Dengan

istilah lain yaitu proses terjadinya hubungan timbal balik atau yang saling berhubungan dan memberikan pengaruh satu sama lainnya. Interaksi adalah pengaruh timbal balik saling mempengaruhi satu sama lain (Gama, 2016). Interaksi dalam belajar mengajar adalah sesuatu hal yang terjadi antara pengajar dengan peserta didik yang bertujuan sama makna atau sama-sama memiliki tujuan yang sama. Pola interaksi adalah suatu cara yang digunakan dalam proses komunikasi untuk mempermudah seseorang dalam memahami komunikasi agar tidak terjadi miskomunikasi dan miskonsepsi (Iriantara & Rema, 2014).

Interaksi yang digunakan dalam proses pembelajaran adalah interaksi edukatif dengan tujuan untuk mendewasakan peserta didik agar nantinya dapat menemukan jati dirinya secara utuh. Interaksi edukatif pendidik dengan peserta didik merupakan suatu upaya untuk mencapai suatu kegiatan tujuan pendidikan dan pengajaran, karena apabila interaksi edukatif pendidik dengan peserta didik tidak terjalin dengan baik dan harmonis dalam proses belajar mengajar maka tujuan pendidikan pun tidak terlaksana dengan baik. Interaksi merupakan proses yang prinsipnya bergantung pada pengajar dan siswa. Adanya aktivitas peserta didik yang belajar maupun pendidik yang mengajar terdapat suatu interaksi (Pasongli et al., 2022).

4.2.1. Interaksi Klinis

Interaksi klinis dalam lingkungan klinis dapat dibagi dalam beberapa fase yaitu (Jensen-Doss et al., 2020):

1. Fase Pra Interaksi

Fase pra interaksi dilakukan untuk mempersiapkan peserta didik sebelum bertemu dengan pasien. Hal ini penting dilakukan agar peserta didik mengetahui latar belakang pasien, sehingga fase berikutnya dapat berjalan dengan baik. Peserta didik dapat mempelajari data rekam medis pasien, termasuk riwayat penyakit atau operasi sebelumnya atau adanya obat-obatan yang dikonsumsi saat ini. Pada fase ini peserta didik

diharapkan mendapatkan informasi tentang klien dan menentukan kontak pertama dan menuliskan dalam laporan pendahuluan tentang kasus yang akan diambil (Liu et al., 2020). Peserta didik harus mampu mengkaji perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaran dan kesiapan peserta didik untuk melakukan hubungan dengan klien dapat dipertanggung jawabkan. Peserta didik mampu menggunakan dirinya secara efektif, artinya dapat mengoptimalkan penggunaan kekuatannya dan meminimalkan pengaruh kelemahan yang ada pada dirinya. Kecemasan yang dialami seseorang dapat sangat mempengaruhi interaksinya dengan orang lain (Roger B. Ellis, 2000). Hal ini disebabkan oleh adanya kesalahan dalam menginterpretasikan apa yang diucapkan oleh lawan bicara.

Pada saat peserta didik merasa cemas, dia tidak akan mampu mendengarkan apa yang dikatakan klien dengan baik (Mulawarman, 2016). Sehingga tidak akan mampu menggunakan *active listening* (mendengarkan secara aktif). Disamping itu kecemasan peserta didik dapat meningkatkan kecemasan klien. Karena itu, sebelum berinteraksi dengan klien, peserta didik perlu menggali perasaannya. Tahap persiapan atau pra interaksi adalah masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan klien. Tahap ini harus dilakukan untuk memahami dirinya, mengatasi kecemasannya, dan meyakinkan dirinya bahwa dia betul-betul siap untuk berinteraksi dengan klien. Fase berikutnya akan sangat membantu bila peserta didik sudah tau beberapa kondisi masa lalu pasien dan responnya terhadap perawatan. Peran pengajar klinis adalah mengidentifikasi kesiapan peserta didik melalui konferensi pra praktek klinik. Jika teridentifikasi peserta didik belum siap, sebaiknya harus diatasi terlebih dulu sebelum melepaskan peserta didik pada tahap berikutnya.

2. Fase Perkenalan

Tugas utama peserta didik pada fase ini adalah membina rasa saling percaya, penerimaan dan pengertian, dan komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan klien. Elemen kontrak peserta didik dan klien adalah:

- a. Nama individu (peserta didik-klien)

- b. Peran (peserta didik- klien)
- c. Tanggung jawab (peserta didik-klien)
- d. Harapan (peserta didik-klien)
- e. Tujuan hubungan
- f. Waktu dan tempat pertemuan
- g. Situasi terminasi
- h. Kerahasiaan

Tugas peserta didik pada tahap ini antara lain: Pertama, membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka. Hubungan saling percaya merupakan kunci dari keberhasilan suatu hubungan, karena tanpa adanya rasa saling percaya tidak mungkin terjadi keterbukaan antara kedua belah pihak (Mullen et al., 1999). Hubungan yang dibina tidak bersifat statis, bisa berubah bergantung pada situasi dan kondisi (Rakhmat, 2007). Karena itu, untuk mempertahankan atau memelihara hubungan saling percaya harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima apa adanya, menepati janji dan menghargai pasien. Tugas yang kedua pada tahap ini adalah merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak ini sangat penting untuk menjamin kelangsungan sebuah interaksi (Brammer, 1993). Klien terkadang memutuskan interaksi dengan meninggalkan peserta didik begitu saja. Kontrak yang telah dibuat bisa dijadikan alat untuk mengingatkan klien akan kesepakatan yang telah dibuat terkait dengan interaksi yang sedang berlangsung.

Peserta didik harus memperkenalkan diri terlebih dahulu, dan jelaskan tujuan bertemu pasien saat itu. Contohnya adalah, "Halo, nama saya Ners Rina, saya adalah perawat yang merawat bapak pagi ini." Setelah memperkenalkan nama, kemudian tanyakan pasien nama lengkap dan tanggal lahirnya (identifikasi pasien). Penting pula untuk menanyakan bagaimana pasien ingin di panggil. Ingat, jangan pernah berasumsi bahwa pasien tidak keberatan dengan panggilan yang peserta didik lakukan. Misalnya, "apa kabar kakek?" Mungkin saja ada pasien yang tidak nyaman dipanggil dengan panggilan semacam itu. Alih-alih membuat nama panggilan sendiri, peserta didik cukup mengatakan, "Bapak/ibu nyamannya dipanggil

apa?” Dengarkan baik-baik apa yang pasien sebutkan, dan, jika perlu, konfirmasi ulang bahwa pengucapannya benar.

Peserta didik boleh bersalaman (jabat tangan) jika itu tampak nyaman dan sesuai untuk dilakukan. Untuk menenangkan pasien, peserta didik dapat memulai dengan berbicara topik ringan, kenyamanan pasien terhadap kondisi ruangan, bagaimana suasana hatinya terutama jika perawat melihat ada tanda-tanda pasien merasa cemas. Namun jangan terlalu lama berbicara tentang hal itu, dan dengan cepat katakan tujuan wawancara. Contohnya, “Pak Andi, saya perlu mengajukan beberapa pertanyaan tentang riwayat kesehatan pribadi dan keluarga bapak. Ini diperlukan untuk melengkapi data-data kesehatan bapak.” Setelah mengatakan tujuan, selanjutnya peserta didik perlu meminta persetujuan pasien secara lisan. “Apakah bapak tidak keberatan jika saya bertanya?”

Jaga privasi, privasi sangat penting, jangan melakukan wawancara kepada pasien saat ada pasien lain melihat. Adanya audiens saat wawancara mungkin dapat membuat pasien merasa enggan untuk menjawab pertanyaan peserta didik dengan jujur. Tarik tirai di sekitar pasien jika melakukan wawancara di kamar rumah sakit, atau tutup pintu jika wawancara dilakukan di ruang pemeriksaan (Densen, 2011).

3. Fase Kerja

Fase ini merupakan periode dimana terjadi interaksi yang aktif antara peserta didik dan klien dalam upaya membantu klien mengatasi masalah yang sedang dihadapinya

Tahapan fase ini meliputi:

- 1) Peserta didik dan klien mengeksplorasi *stressor* dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan, dan perbuatan klien
- 2) Peserta didik membantu klien mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab klien, dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif
- 3) Pada fase ini dibutuhkan pengajar klinis yang ahli dan terampil, karena banyak terkait dengan tindakan dan prosedur keperawatan

- 4) Pada fase ini merupakan periode yang tepat dalam melaksanakan metode bimbingan klinik, misalnya ronde keperawatan, *bedside teaching*, atau supervisi individu

4. Fase Terminasi

Tugas pengajar pada tahap ini antara lain: pertama, mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini juga disebut evaluasi objektif. Meminta peserta didik untuk menyimpulkan tentang apa yang telah didiskusikan merupakan sesuatu yang sangat berguna pada tahap terminasi (Brammer, 1993). Dalam mengevaluasi, pengajar tidak boleh terkesan sekedar mengulang atau menyimpulkan. Pengajar mungkin bisa mengatakan, “Baiklah, sekarang peserta didik ulangi lagi mengenai apa yang telah didiskusikan tadi?”

Melakukan evaluasi subjektif.

Evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan peserta didik setelah berinteraksi dengan pasien. Pengajar perlu mengetahui bagaimana perasaan peserta didik berinteraksi dengan kliennya. Apakah klien merasa bahwa interaksi itu dapat menurunkan kecemasannya? Apakah klien merasa bahwa interaksi itu ada gunanya? Atau apakah interaksi itu justru menimbulkan masalah baru bagi klien. Proses terminasi peserta didik dan klien merupakan aspek penting dalam asuhan keperawatan, sehingga jika hal tersebut tidak dilakukan dengan baik oleh peserta didik, maka regresi dan kecemasan dapat terjadi lagi pada klien (Mulawarman, 2016). Timbulnya respon tersebut sangat dipengaruhi oleh kemampuan peserta didik untuk terbuka, empati dan responsif terhadap kebutuhan klien pada pelaksanaan tahap sebelumnya.

- 1) Pada fase ini peserta didik dan klien akan merasakan kehilangan. Tugas peserta didik adalah menghadapi realitas perpisahan yang tidak dapat diingkari peserta didik dan klien bersama-sama meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan upaya pencapaian tujuan
- 2) Terminasi yang mendadak dan tanpa persiapan dapat diartikan sebagai penolakan

- 3) Tugas pengajar klinis adalah menilai kemampuan interpersonal peserta didik.

4.2.2. Pembelajaran Klinis

Pembelajaran klinis merupakan aspek penting dari pendidikan keperawatan. Ini memberi peserta didik kesempatan untuk mempraktikkan teori yang dipelajari di kampus. Ini sangat penting karena merawat pasien pada dasarnya adalah menerjemahkan pengetahuan yang diperoleh di tempat belajar ke dalam praktik (Farzi et al., 2018). Keperawatan adalah profesi praktik dan untuk pemberian perawatan yang efisien, pendidikan keperawatan menggabungkan dua bagian penting dan saling melengkapi, yaitu pendidikan keperawatan teoritis dan pendidikan keperawatan praktis (Nabolsi et al., 2012).

Proses pembelajaran dalam pendidikan keperawatan terdiri dari teori keperawatan di kelas dan praktik di laboratorium dan klinik, termasuk rumah sakit dan puskesmas. Pembelajaran klinis merupakan pembelajaran yang melibatkan pasien nyata yang sesuai untuk mencapai tujuan pembelajaran. Dilakukan setelah pembelajaran teori dan laboratorium selesai (Rahatina & Sasmita, 2014). Sedangkan pendidikan keperawatan teoritis mengembangkan kemampuan kognitif peserta didik; keperawatan praktis mengembangkan keterampilan psikomotor dan afektif mereka (Lawal et al., 2015).

Pentingnya pendidikan keperawatan klinis tidak dapat dilebih-lebihkan karena kualitas perawatan yang diberikan oleh perawat sangat bergantung pada pengalaman klinis yang dialami perawat (Flott & Linden, 2016). Di setiap jenjang pendidikan keperawatan, peserta didik diharapkan memperoleh tingkat kecakapan praktis tertentu (Rajeswaran, 2017). Namun, adalah umum untuk menemukan peserta didik berkinerja jauh di bawah tingkat kompetensi yang diharapkan. Tantangan dalam lingkungan klinis yang menghambat efektivitas pembelajaran klinis dan pencapaian kompetensi klinis harus diidentifikasi, untuk menawarkan solusi.

Pengalaman belajar klinis pada pendidikan tinggi keperawatan adalah merupakan proses transformasi dari peserta didik menjadi seorang perawat. Peserta didik dengan perilaku awal sebagai peserta didik keperawatan, setelah memperoleh Pengalaman Belajar Klinis (PBK) dan Pengalaman Belajar Lapangan (PBL) peserta didik akan memiliki perilaku sebagai perawat profesional (pemula) (Densen, 2011). Dalam fase ini peserta didik mendapat kesempatan beradaptasi pada perannya sebagai perawat profesional dalam masyarakat keperawatan dan lingkungan pelayanan / asuhan keperawatan. Metode bimbingan klinik merupakan cara mengorganisir dan menyajikan petunjuk atau arahan yang mencerminkan (aplikasi) teori belajar mengajar dalam mengarahkan individu mencapai tujuan belajar yang spesifik (Liu et al., 2020). Tujuan pendidikan dan pelayanan keperawatan merupakan aspek yang tidak dapat dipisahkan, dimana pendidikan bertujuan mempersiapkan peserta didik untuk menjadi tenaga profesional yang mandiri. Untuk itu diperlukan pengorganisasian antara pengetahuan, sikap dan keterampilan yang memadai. Pengetahuan yang diperoleh selama pendidikan harus dapat digunakan pada situasi nyata di lahan praktik.

4.2.3. Peran Pengajar klinis

Keberadaan pengajar klinis sangat mempengaruhi perkembangan kemampuan kognitif dan afektif peserta didik. Agar pengajar klinis dapat memfasilitasi pertumbuhan kognitif dan afektif peserta didik, maka pengajar klinis harus mengetahui perannya dengan baik. Beberapa peran pengajar klinis yang diharapkan adalah; sebagai model/contoh, pengamat, peserta dan narasumber (Densen, 2011; Hilburg et al., 2020).

1. Pengajar klinis sebagai Model / Contoh

Pengajar klinis merupakan model atau contoh bagi peserta didik untuk belajar berperilaku efektif terhadap diri sendiri atau ketika berinteraksi dengan orang lain. Walaupun model bukan satu-satunya cara, tetapi model merupakan cara yang sangat efektif dalam pembelajaran perilaku. menyatakan

bahwa keuntungan terbesar dari proses pembelajaran dengan menggunakan model adalah dapat memberikan serangkaian tindakan perilaku yang lengkap kepada peserta didik. Peserta didik dapat mengobservasi perilaku yang diharapkan dan kemudian menirukannya dan akhirnya mereka mendapatkan pengalaman untuk keterampilan perilaku tersebut (Yusuf et al., 2015).

2. Pengajar klinis sebagai Pengamat

Dalam proses kelompok, pengajar perlu menjadi pengamat untuk mengumpulkan informasi tentang bagaimana peserta didik menggunakan kelompoknya. Hal ini membuat pengajar dapat melakukan intervensi yang tepat untuk memfasilitasi perkembangan dan produktivitas kelompok, menolong peserta didik untuk mengevaluasi kondisinya saat ini dan kemungkinan yang akan datang.

3. Pengajar klinis sebagai Peserta

Anggota memiliki kemampuan menjadi pengamat yang akurat merupakan dasar untuk menjadi anggota kelompok yang efektif. Sebagai anggota kelompok, pembimbing harus memberikan umpan balik yang konkrit mengenai perilaku anggota kelompok secara keseluruhan. Kadang-kadang pembimbing juga dapat membagikan ide-idenya dan bereaksi terhadap apa yang dialami selama proses pembelajaran dan bimbingan.

4. Pengajar klinis sebagai Nara Sumber

Pembimbing yang menggunakan proses kelompok sebagai metoda pengajaran, pada dasarnya dia menjadikan dirinya sebagai nara sumber pada tiga area, yaitu; subyek keahliannya (kognitif), kemampuan komunikasi efektif, dan proses kelompok. Keberhasilan proses pembelajaran selain ditentukan oleh bagaimana pembimbing melaksanakan perannya, juga dipengaruhi oleh gaya kepemimpinan dan metoda bimbingan yang dipilih oleh pembimbing.

Dari sekian banyak gaya kepemimpinan, pengajar harus dapat memilih gaya kepemimpinan mana yang dapat memfasilitasi perkembangan peserta didik. Ada beberapa upaya yang harus dipertimbangan dalam memilih gaya kepemimpinan, yaitu;

1. Bekerja harus menggunakan proses kelompok
2. Menggunakan pendekatan pemecahan masalah dan memfasilitasi keterlibatan peserta didik dalam proses pembelajaran
3. Memperlakukan peserta didik sebagai nara sumber untuk kelompoknya.

4.3. Lingkungan Praktik Klinis

Pendidikan klinis merupakan inti dalam pendidikan keperawatan. Dalam pelaksanaan pendidikan klinis peserta didik belajar mengaplikasikan teori ke dalam dunia kerja nyata. Pendidikan klinik yang efektif mampu membangun rasa percaya diri peserta didik dan membantu pencapaian kompetensi klinis (Enawati, 2008). Wahana pembelajaran klinis yang memadai merupakan komponen yang sangat penting untuk membentuk perawat menjadi profesional sejak dari masa pendidikannya. Belajar di tatanan nyata seperti klinik atau rumah sakit dan komunitas, bertujuan untuk menumbuhkan sikap profesional melalui berbagai metode dan media pembelajaran (Elly & Achir, 2012).

Proses pendidikan klinik, terjadi interaksi antara peserta didik praktik dengan pengajar klinis. Pengajar klinis adalah seseorang yang mengajar, memberikan bimbingan, dapat memberikan inspirasi, menjadi panutan (*role model*) serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan individu (*trainee*) untuk jangka waktu tertentu dengan tujuan khusus mensosialisasikan trainer pada peran barunya (Friska, 2020) Seorang pengajar klinis berperan penting dalam pelaksanaan program pembelajaran klinis. Dimana pembelajaran klinis bertujuan untuk membangun dan mengembangkan kemampuan dasar bagi peserta didik praktik. Seorang pengajar klinis harus mampu memberikan pengetahuan dan kemampuan dasar yang dibutuhkan peserta didik ketika sedang menjalani praktik di rumah sakit, sehingga peserta didik mempunyai kemampuan dasar yang cukup sebagai bekal untuk memasuki dunia kerja (Rajeswaran, 2017).

Pengajar klinis memberikan kesempatan kepada peserta didik untuk melakukan praktik tindakan keperawatan secara langsung kepada pasien. Selain itu pengajar klinis harus berperan sebagai seseorang yang berpikir kritis (*critical thinking*), dengan memberikan beberapa kasus kepada peserta didik untuk dikelola, melakukan *pre and post confrence* sebelum dan setelah mengelola pasien, dan mendorong peserta didik untuk bertanya dan menjawab pertanyaan. Pengajar klinis juga harus berperan sebagai orang yang mensosialisasikan lingkungan kerja, dengan mensosialisasikan kepada peserta didik terhadap tempat, peralatan yang digunakan dalam melakukan tindakan keperawatan, ruang-ruang perawatan pasien dan fasilitasnya, serta mensosialisasikan struktur keanggotaan ruang.

Menghasilkan seorang perawat profesional, harus melewati dua tahap pendidikan, yaitu pendidikan akademik dan profesi. Tahap pendidikan akademik, peserta didik mendapatkan teori-teori dan konsep-konsep, sedangkan pada tahap pendidikan profesi peserta didik mengaplikasikan teori-teori dan konsep-konsep yang telah didapatkan di lahan praktik. Melalui praktik klinik, peserta didik diharapkan lebih aktif dalam setiap tindakan sehingga menjadi seseorang yang cekatan dalam menggunakan teori tindakan. Kegiatan di lahan praktik memberi kesempatan kepada peserta didik untuk terampil dalam menerapkan teori pada praktik klinik dengan sikap dan keterampilan profesional yang ditumbuhkan dan dibina melalui pengalaman dalam pengambilan keputusan (Permatasari et al, 2021).

4.3.1. Belajar Mengajar Di Lingkungan Praktik Klinis

Pengajaran klinis yaitu, pengajaran dan pembelajaran yang berfokus pada masalah dan biasanya melibatkan langsung, pasien. Di tingkat sarjana, pendidikan keperawatan berusaha untuk memberikan paparan klinis sebanyak mungkin kepada peserta didik; memberikan kesempatan kepada peserta didik kontak dengan pasien di awal praktik klinik (Meriyati, 2015).

Untuk peserta didik, pengajaran klinis "di lingkungan praktik" adalah inti dari pengembangan profesional mereka. Bagaimana seorang pengajar klinik dapat mengoptimalkan kesempatan belajar mengajar yang muncul dalam praktik sehari-hari.

Kekuatan, masalah, dan tantangan

Belajar di lingkungan klinis memiliki banyak kekuatan. Ini difokuskan pada masalah nyata dalam konteks praktik profesional. Peserta didik termotivasi oleh relevansinya dan melalui partisipasi aktif. Pemikiran, perilaku, dan sikap profesional "dimodelkan" oleh para pengajar. Ini adalah satu-satunya tempat di mana keterampilan anamnesis, pemeriksaan fisik, penalaran klinis, pengambilan keputusan, empati, dan profesionalisme dapat diajarkan dan dipelajari sebagai satu kesatuan yang utuh (Diana, 2003).

Masalah umum dengan pengajaran klinis

1. Kurangnya tujuan dan harapan yang jelas
2. Fokus pada ingatan faktual daripada pengembangan keterampilan dan sikap pemecahan masalah
3. Pengajaran berada pada tingkat yang salah (biasanya terlalu tinggi)
4. Pengamatan pasif daripada partisipasi aktif peserta didik
5. Pengawasan dan pemberian umpan balik yang tidak memadai
6. Sedikit kesempatan untuk refleksi dan diskusi
7. Informed consent tidak diminta dari pasien
8. Kurang menghormati privasi dan martabat pasien
9. Kurangnya kesesuaian atau kontinuitas dengan kurikulum lainnya

Tantangan pengajaran klinis

1. Tekanan waktu
2. Tuntutan yang bersaing—klinik (terutama ketika kebutuhan pasien dan peserta bertentangan); administratif; riset
3. Seringkali oportunistik—membuat perencanaan menjadi lebih sulit
4. Jumlah siswa yang terus bertambah
5. Lebih sedikit pasien (rawat inap lebih singkat; pasien terlalu sakit atau lemah; lebih banyak pasien yang menolak persetujuan)

6. Sering kekurangan sumber daya
7. Lingkungan klinis tidak “ramah pengajaran” (misalnya, bangsal rumah sakit)

Pentingnya perencanaan, banyak prinsip pengajaran yang baik dapat (dan harus) dimasukkan ke dalam pengajaran klinis. Salah satu yang terpenting adalah perlunya perencanaan. Jauh dari mengorbankan spontanitas, perencanaan memberikan struktur dan konteks bagi pengajar dan peserta didik, serta kerangka kerja untuk refleksi dan evaluasi. Persiapan diakui oleh peserta didik sebagai bukti pengajar klinis yang baik (Diana, 2003).

Bagaimana peserta didik belajar, memahami proses pembelajaran akan membantu pengajar klinis menjadi lebih efektif. Beberapa teori relevan dimulai dengan premis bahwa belajar adalah proses aktif (dan, kesimpulannya, peran pengajar adalah bertindak sebagai fasilitator). Teori kognitif berpendapat bahwa belajar melibatkan pemrosesan informasi melalui interaksi antara pengetahuan yang ada dan pengetahuan baru. Faktor penting yang mempengaruhi adalah apa yang sudah diketahui oleh pembelajar. Kualitas pengetahuan baru yang dihasilkan tidak hanya bergantung pada “pengaktifan” pengetahuan sebelumnya, tetapi juga pada tingkat elaborasi yang terjadi. Semakin rumit pengetahuan yang dihasilkan, maka akan semakin mudah diperoleh kembali, terutama ketika pembelajaran berlangsung dalam konteks di mana pengetahuan itu akan digunakan.

Bagaimana menggunakan teori pembelajaran kognitif dalam pengajaran klinis Membantu peserta didik untuk mengidentifikasi apa yang telah mereka ketahui. Aktifkan” pengetahuan sebelumnya melalui *brainstorming* dan pengarahan. Membantu mengelaborasi pengetahuan mereka. Berikan jembatan antara informasi yang ada dan yang baru misalnya, penggunaan contoh klinis, perbandingan, analogi. Menanyai peserta didik itu, mempromosikan diskusi dan refleksi. Berikan konteks yang relevan tetapi bervariasi untuk pembelajaran (Permatasari et al, 2021)

Pembelajaran berdasarkan pengalaman, teori belajar berdasarkan pengalaman berpendapat bahwa belajar seringkali paling efektif bila didasarkan pada pengalaman. Beberapa telah dijelaskan, ciri umumnya adalah proses siklus yang menghubungkan pengalaman konkret dengan konseptualisasi abstrak melalui refleksi dan perencanaan. Refleksi berdiri kembali dan berpikir tentang pengalaman (Apa artinya? Bagaimana hubungannya dengan pengalaman sebelumnya? Bagaimana perasaan saya?). Perencanaan melibatkan antisipasi penerapan teori dan keterampilan baru (Apa yang akan saya lakukan lain kali?).

Siklus pembelajaran berdasarkan pengalaman, yang dapat dimasuki pada setiap tahap, menyediakan kerangka kerja yang berguna untuk merencanakan sesi pengajaran.

Sesi

1. Perencanaan *Brainstorm* untuk gejala dan tanda yang relevan: ini mengaktifkan pengetahuan sebelumnya dan mengorientasikan serta menyediakan kerangka kerja dan struktur untuk tugas
2. Pengalaman, Peserta didik mewawancarai pasien dan melakukan pemeriksaan fisik terfokus di bawah pengawasan: ini memberikan kesempatan untuk menerapkan dan melatih keterampilan
3. RefleksiPresentasi kasus dan diskusi: umpan balik dan diskusi memberikan peluang untuk elaborasi pengetahuan
4. Teori-Input (I, nformasi dasar tentang asuhan keperawatan kejang demam): ini menghubungkan praktik dengan teori
5. Perencanaan "Apa yang telah saya pelajari?" dan "Bagaimana saya akan mendekati pasien seperti itu lain kali?" Pertanyaan semacam itu mempersiapkan peserta untuk pertemuan berikutnya dan memungkinkan evaluasi sesi.

Pertanyaan dapat memenuhi banyak tujuan, seperti memperjelas pemahaman, meningkatkan rasa ingin tahu, dan menekankan poin-poin penting. Mereka dapat diklasifikasikan sebagai pertanyaan "tertutup", "terbuka", dan "mengklarifikasi" (atau "menyelidik"). Pengajaran yang efektif sangat bergantung pada keterampilan komunikasi. Dua bidang komunikasi yang

penting untuk pengajaran yang efektif adalah bertanya dan memberikan penjelasan. Keduanya didukung oleh mendengarkan dengan penuh perhatian (termasuk kepekaan terhadap isyarat verbal dan non-verbal pembelajar). Penting untuk memungkinkan pembelajar mengartikulasikan area di mana mereka mengalami kesulitan atau yang ingin mereka ketahui lebih banyak. Pertanyaan tertutup memunculkan pemikiran tingkat rendah, sering kali ingatan sederhana. Memang, pertanyaan tertutup mungkin tidak menimbulkan jawaban sama sekali (misalnya, karena peserta didik khawatir salah), dan pengajar mungkin akhirnya menjawab pertanyaan mereka sendiri.

Secara teori, pertanyaan terbuka lebih cenderung mendorong pemikiran yang lebih dalam, tetapi jika terlalu luas, pertanyaan tersebut mungkin sama tidak efektifnya. Tujuan mengklarifikasi dan menyelidik pertanyaan adalah bukti diri.

Cara menggunakan pertanyaan

1. Batasi penggunaan pertanyaan tertutup untuk menetapkan fakta atau pengetahuan dasar (Apa? Kapan? Berapa banyak?)
2. Gunakan pertanyaan terbuka atau klarifikasi/penyelidikan dalam semua keadaan lainnya (Apa saja pilihannya? Bagaimana jika?)
3. Berikan waktu yang cukup bagi peserta untuk memberikan tanggapa jangan berbicara terlalu cepat
4. Ikuti jawaban yang buruk dengan pertanyaan lain
5. Tahan godaan untuk menjawab pertanyaan peserta sebagai gantinya, gunakan pertanyaan balasan
6. Pernyataan menghasilkan pertanyaan yang bagus misalnya, "peserta terkadang merasa ini sulit untuk dipahami" alih-alih "Apakah Anda mengerti?" (yang mungkin mengintimidasi)
7. Bersikaplah tidak konfrontatif, Anda tidak perlu mengancam untuk menantang

Penjelasan, mengajar biasanya melibatkan banyak penjelasan, mulai dari ceramah singkat (yang terlalu umum) hingga "berpikir keras". Yang terakhir adalah cara yang ampuh untuk "memodelkan" pemikiran profesional, memberikan wawasan pemula ke dalam penalaran klinis dan pengambilan

keputusan. Ada analogi yang erat antara komunikasi pengajar dan peserta, prinsip-prinsip untuk memberikan penjelasan yang jelas berlaku. Jika ragu, lakukan hal-hal pada level rendah dan tingkatkan ke atas. Seperti yang dikatakan Sydney Jacobson, seorang jurnalis, "Jangan pernah meremehkan kecerdasan seseorang, tetapi jangan melebihi-lebihkan pengetahuannya." Pengajar yang baik tidak hanya menghindari menjawab pertanyaan, tetapi dia juga mempertanyakan jawaban. Pertanyaan dapat diurutkan untuk menarik kontribusi atau dibangun untuk mempromosikan pemikiran pada tingkat kognitif yang lebih tinggi dan untuk mengembangkan pemahaman baru.

Bagaimana memberikan penjelasan yang efektif

1. Periksa pemahaman sebelum Anda mulai, saat Anda melanjutkan, dan di akhir isyarat non-verbal mungkin memberitahu Anda semua yang perlu Anda ketahui tentang pemahaman seseorang tentang topik tersebut
2. Berikan informasi dalam potongan "ukuran gigitan".
3. Tempatkan hal-hal dalam konteks yang lebih luas bila perlu
4. Ringkaslah secara berkala ("sejauh ini, kita telah membahas ..") dan di bagian akhir; meminta peserta didik untuk meringkas adalah cara yang ampuh untuk memeriksa pemahaman mereka.
5. Ulangi pesan yang dibawa pulang; sekali lagi, bertanya kepada peserta didik akan memberi Anda umpan balik tentang apa yang telah dipelajari (tetapi bersiaplah untuk beberapa kejutan)

Memanfaatkan kesempatan mengajar, sebagian besar pengajaran klinis terjadi dalam konteks praktik yang sibuk, dengan waktu yang sangat mahal. Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa jumlah waktu yang tidak proporsional dalam sesi pengajaran dapat dihabiskan untuk regurgitasi fakta, dengan relatif sedikit pemeriksaan, penyelidikan, dan pengembangan pemahaman. Model untuk menggunakan waktu secara lebih efektif dan efisien serta mengintegrasikan pengajaran ke dalam rutinitas sehari-hari.

Salah satunya, "pengajar satu menit," terdiri dari serangkaian langkah, yang masing-masing melibatkan tugas yang mudah dilakukan, yang bila digabungkan membentuk strategi pengajaran terpadu. Mengajar di ruang perawatan, terlepas dari tradisi yang panjang dan layak, ruang perawatan rumah sakit bukanlah tempat pengajaran yang ideal. Meskipun demikian, dengan persiapan dan pemikiran, kesempatan belajar dapat dimaksimalkan dengan gangguan yang minimal terhadap staf, pasien, dan keluarga mereka.

Pendekatan mencakup pengajaran di putaran lingkungan (baik putaran pengajaran khusus atau selama putaran "bisnis"); pelajar melihat pasien sendiri (atau berpasangan pelajar dapat belajar banyak dari satu sama lain) kemudian melapor kembali, dengan atau tanpa kunjungan tindak lanjut ke samping tempat tidur untuk diskusi lebih lanjut; dan membayangkan, ketika belajar pasti akan lebih oportunistik.

Mengajar di klinik, meskipun mengajar selama konsultasi menarik secara organisasional dan sedikit mengganggu, itu terbatas pada apa yang dapat dicapai jika peserta tetap menjadi pengamat pasif. Mengajar pada saat konsultasi banyak dikritik karena tidak melibatkan peserta didik secara aktif dimana peserta diharapkan dapat berpartisipasi lebih aktif. Misalnya, mereka dapat diminta untuk melakukan pengamatan khusus, menuliskan pemikiran tentang diagnosa keperawatan dan rencana asuhan keperawatan membuat pertanyaan apa pun—untuk diskusi antar pasien. Pendekatan yang lebih aktif adalah "tempat duduk panas". Di sini, peserta didik memimpin konsultasi, atau sebagian darinya. Temuannya dapat diperiksa dengan pasien, dan diskusi serta umpan balik dapat dilakukan selama atau setelah pertemuan. Siswa, meskipun gentar, menganggap ini bermanfaat. Pembelajaran yang meliputi keterampilan berkomunikasi, dalam bekerjasama untuk menciptakan atau menumbuhkan komunikasi yang harmonis antara individu dengan yang lainnya (Latif et al., 2019).

Membangun kemampuan (*skill building*) Interaksi antara pendidik klinis dan peserta dianggap sebagai elemen terkuat dalam mengembangkan keahlian dan membentuk identitas profesional peserta didik dalam pendidikan klinis. Meskipun

pendidikan klinis telah dipelajari dalam keperawatan, interaksi alami antara pendidik klinis dan peserta didik tetap lebih dioptimalkan.

Fokusnya adalah pada bentuk interaksi antara pendidik. Penulisan ini mengungkapkan bahwa pendidik klinis memiliki peran penting dalam membangun sesi pembelajaran yang diawasi selama pengajaran klinis. Bergantung pada bagaimana interaksi dibangun, adalah mungkin untuk mendukung atau mencegah partisipasi peserta dalam pengambilan keputusan serta untuk mempromosikan atau menolak latihan pemikiran kritis atau pembelajaran mandiri di antara peserta didik. Diperlukan lebih banyak perhatian dan studi untuk membangun sesi interaksi pengajar dan peserta didik dalam proses pembelajaran dalam pendidikan dan lingkungan klinis.

DAFTAR PUSTAKA

- Alo Liliweri. (2015). *Komunikasi antarpersonal / Alo Liliweri*. Prenadamedia Group.
- Brammer, L. M. , A. P. J. , & S. E. L. (1993). *Therapeutic counseling and psychotherapy* (6th ed.). Prentice-Hall.
- Densen, P. (2011). Challenges And Opportunities Facing Medical Education. In *Transactions Of The American Clinical And Climatological Association* (Vol. 122). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116346/pdf/tacca122000048.pdf>
- Diana F Wood. (2003). ABC of learning and teaching in medicine Problem based learning. *BMJ*, 326. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125189/pdf/328.pdf>
- Elly Nurachmah; Achir Yani S. Hamid. (2012). *Standar pendidikan keperawatan Indonesia*. Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PP-PPNI).
- Farzi, S., Shahriari, M., & Farzi, S. (2018). Exploring the challenges of clinical education in nursing and strategies to improve it: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 115. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_169_17
- Flott, E. A., & Linden, L. (2016). The clinical learning environment in nursing education: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 501–513. <https://doi.org/10.1111/jan.12861>
- Friska, A. (2020). *Penerapan Proses Keperawatan Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Silampari. Vo.3, Ed.2
- Hilburg, R., Patel, N., Ambruso, S., Biewald, M. A., & Farouk, S. S. (2020). Medical Education During the Coronavirus Disease-2019 Pandemic: Learning From a Distance. In *Advances in Chronic Kidney Disease* (Vol. 27, Issue 5, pp. 412–417). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2020.05.017>
- Hughes, S. J. (2012). Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice. *Nurse Education in Practice*, 12(2), e12. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.09.002>

- Jalaluddin Rakhmat. (2007). *Psikologi komunikasi*. Remaja Rosdakarya. EGC
- Jensen-Doss, A., Douglas, S., Phillips, D. A., Gencdur, O., Zalman, A., & Gomez, N. E. (2020). Measurement-based Care as a Practice Improvement Tool: Clinical and Organizational Applications in Youth Mental Health. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(3), 233–250. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1784062>
- Latif, M. Z., Hussain, I., Saeed, R., Qureshi, M. A., & Maqsood, U. (2019). Use of smart phones and social media in medical education: Trends, advantages, challenges and barriers. *Acta Informatica Medica*, 27(2), 133–138. <https://doi.org/10.5455/aim.2019.27.133-138>
- Lawal, J., Weaver, S., Bryan, V., & Lindo, J. L. (2015). Factors that influence the clinical learning experience of nursing students at a Caribbean school of nursing. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(4). <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n4p32>
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. In *Family Medicine and Community Health* (Vol. 8, Issue 2). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- Restu Cyntia Permatasari, M. I. S. D. O. O. (2021). *Efektivitas pengajaran klinik di RSUD dr. H. Abdul moeloek provinsi lampung*. 10. <http://repository.lppm.unila.ac.id/30358/1/medula%20ci ntya.pdf>
- Meriyati. (2015). *Memahami Karakteristik Anak Didik*. FaktaPressIAINRadenIntanLampung.
- Mulawarman. (2016). *Psikologi Konseling: Sebuah Pengantar bagi Konselor Pendidikan*. <https://www.researchgate.net/publication/312993679>
- Mullen, P. E., Psych, F. R. C., Pathé, M., Purcell, R., Psych, M., & Stuart, G. W. (1999). Study of Stalkers. In *Am J Psychiatry* (Vol. 156, Issue 8).

- Nabolsi, M., Zumot, A., Wardam, L., & Abu-Moghli, F. (2012). The Experience of Jordanian Nursing Students in their Clinical Practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 5849–5857. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.527>
- Pasongli, H., Marthinu, E., Taju, J. La, Adjam, S., Djumati, F., & Ikhsan, M. (2022). Aktivitas Belajar Peserta Didik dengan Pembelajaran Literasi, Orientasi, Colaborasi dan Refleksi (Loc-R) di SMP Negeri 7 Kota Ternate. 3, 579–588. <http://jurnaledukasia.org>
- Rahatina Aulia; Sasmita. (2014). Pengaruh Pendidikan Dan Pelatihan Kepuasan Kerja Dan Kepemimpinan Terhadap Kinerja Perawat Rawat Inap Di Rsud Kabupaten Siak. *Jurnal Tepak Manajemen Bisnis*, VI(2). <https://jtmb.ejournal.unri.ac.id/index.php/JTMB/article/viewFile/2386/2346>
- Rajeswaran, L. (2017). Clinical Experiences of Nursing Students at a Selected Institute of Health Sciences in Botswana. *Health Science Journal*, 10(6). <https://doi.org/10.21767/1791-809X.1000471>
- Roger B. Ellis. (2000). *Komunikasi Interpersonal dalam Keperawatan Teori dan Praktik* (1st ed.). EGC.
- Sardiman. (2018). *Interaksi & motivasi belajar-mengajar* (1st ed.). Rajawalil Pers.
- Yosal Iriantara; Rema Karyanti Soenendar. (2014). *Komunikasi pembelajaran: interaksi komunikatif dan edukatif di dalam kelas*. Simbiosis Rekatama Media.
- Yusuf, A., Departemen Keperawatan Jiwa, Mk., & Keperawatan Unair, F. (2015). *Konsep dan Metoda Bimbingan Klinik Keperawatan*.

BAB 5

KRITERIA DAN METODE PEMBELAJARAN KLINIK

Oleh Selvi Alfrida Mangundap., S.Kp., M.Si.

5.1. Pendahuluan

Kegiatan pembelajaran klinis memberi siswa kesempatan belajar untuk membantu mereka menyelesaikan program pendidikan yang sukses. Ketika mahasiswa terlibat dalam praktik klinis, diharapkan mereka dapat merawat pasien secara efisien, cepat, dan tepat. Mereka juga akan dapat mengasah kemampuan berpikir kritisnya dengan menangani situasi yang muncul saat menangani pasien untuk praktik.

Praktik keperawatan membutuhkan perawat yang dapat berpikir dan membuat penilaian secara efektif untuk memenuhi tuntutan sistem pelayanan yang kompleks dan dinamis. Berdasarkan pengalaman di lapangan, masih terdapat mahasiswa praktik klinik yang memiliki penalaran klinis dan keterampilan berpikir kritis yang lemah, sehingga tidak dapat menggunakan kemampuan tersebut untuk mengatasi masalah keperawatan yang melibatkan pasien yang ditanganinya.

Materi pembelajaran, strategi pembelajaran, media, dan mentor semuanya berdampak pada kompetensi pembelajaran klinis yang mungkin dicapai. Unsur-unsur ini sangat penting dalam membantu siswa tampil secara profesional dan terlibat aktif dalam memberikan asuhan keperawatan. Jika proses pengajaran diatur dan berkelanjutan, ini dapat dicapai sesuai dengan tujuan pembelajaran.

5.2. Kriteria Pembelajaran Klinik

Ada beberapa kriteria dalam pembelajaran klinik, dari mulai tempat praktik (sarana prasarana) dan sumber daya manusia, kriteria tersebut akan di bahas secara komprehensif, yakni:

5.2.1. Kriteria untuk wahana praktik klinik

Tempat praktek adalah tempat dimana siswa dapat menempatkan informasi dan kemampuan yang telah dipelajarinya sesuai dengan standar pendidikan untuk bekerja dalam mencapai kompetensi yang telah ditetapkan. Salah satu elemen penting dari praktik klinis yang sukses adalah menyediakan ruang praktik dengan suasana yang mendukung pembelajaran klinis. Kendaraan untuk pembelajaran klinis sangat penting untuk pendidikan klinis siswa. Karena mereka menawarkan kesempatan bagi mahasiswa untuk berpartisipasi aktif dalam kegiatan klinis dan pembelajaran terpadu saat melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, pengambilan keputusan klinis, dan mengembangkan profesionalisme, fasilitas klinis berdampak signifikan pada cara mahasiswa belajar. Kendaraan praktik yang sesuai harus memenuhi kriteria berikut:

1. Tersedianya kompetensi yang dibutuhkan, baik jumlah maupun ragamnya.
2. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan norma industri
3. Adanya prasarana dan sumber bimbingan, seperti ruang seminar dan diskusi.
4. Pilih supervisor klinis yang memenuhi syarat untuk posisi tersebut berdasarkan spesialisasinya.
5. Memiliki nota kesepahaman (MoU) yang ditandatangani antara klinik dan kampus.
6. Keterjangkauan jarak tempuh siswa
7. Proporsi mahasiswa yang tersedia untuk supervisor, pasien, dan klien

5.2.2. Kriteria sumber daya manusia

1. Mahasiswa

Mahasiswa, pembimbing akademik, dan pembimbing klinik yang berfungsi sebagai observer dan pendamping merupakan peserta utama dalam proses pembelajaran klinik ini. Siswa diminta untuk membaca, mempelajari, menyelesaikan setiap tugas secara mandiri, mengikuti rencana studi, dan berpartisipasi dalam presentasi kelas dan sesi latihan. Siswa harus siap untuk mendengarkan dengan seksama instruksi dari pengawas akademik dan klinis dan untuk menyampaikan kekhawatiran tentang pengalaman pendidikan mereka. Minat, keterampilan komunikasi, keterbukaan untuk belajar, dan kemauan untuk belajar tentang apa yang perlu dipelajari (tujuan pembelajaran dan hasil akhir yang diharapkan) adalah semua karakteristik siswa yang membantu pengembangan keterampilan klinis.

2. Instruktur klinik

Jika seseorang mengawasi, mengevaluasi, dan mendukung proses pembelajaran, praktik klinis akan berhasil. Ketika jumlah dan keragaman pasien minimal, fungsi supervisor klinis menjadi penting, dan supervisi klinis yang kompeten akan meningkatkan kinerja pelajar saat terlibat dalam praktik klinis. Untuk mengurangi hambatan dan meningkatkan pembelajaran secara efisien, perhatian harus diberikan pada sifat, perilaku, dan kemampuan guru klinik. (Linda, 2009).

Karakteristik instruktur klinis yang efektif adalah:

1. Memiliki informasi terkini;
2. Memiliki kualifikasi klinis di bidang pendidikan
3. Memiliki pengetahuan tentang pendidikan klinis
4. Memiliki kualitas pribadi yang meliputi semangat dan ketulusan dalam bekerja, selera humor, kemampuan untuk mentolerir kesalahan dan kekurangan tanpa penilaian, kesabaran, dan kemampuan untuk bekerja secara fleksibel.

5.3. Metode Pembelajaran Klinik

Seorang pembimbing klinik akan memilih dan menggunakan teknik pembimbingan yang tepat dan objektif berdasarkan karakteristik mahasiswa sesuai dengan kerangka konsep pembelajaran sambil menggunakan metode pembelajaran klinik untuk mendidik mahasiswa di klinik. "Inti dari keseluruhan rencana kurikulum" (Schweek Aang Gebbie) adalah pembelajaran klinis. Bagian penting dari pendidikan adalah pembelajaran klinis. Pembelajaran klinis adalah jenis pembelajaran profesional yang menekankan pada pasien dan keadaan aktual sehingga dosen, mahasiswa, dan pasien dapat berinteraksi. Dengan menggunakan kemampuan kognitif dan fisik yang diperlukan untuk asuhan keperawatan, pembelajaran klinis memberi siswa kesempatan untuk mempraktikkan pengetahuan teoretis mereka.

Pembimbing klinik harus memilih strategi pembelajaran terbaik untuk mendukung tujuan pembelajaran. Metode observasi, penugasan, pemecahan masalah, konferensi, demonstrasi, bedside instruction, dan preceptorship adalah beberapa teknik pembelajaran klinis yang dapat digunakan. Teknik berikut tersedia:

5.3.1. Metode Pengamatan

Teknik jeli berusaha untuk memperoleh pengalaman praktis dengan membantu siswa menciptakan kebiasaan belajar baru untuk digunakan nanti. Observasi lapangan membentuk pendekatan observasi; mereka dilakukan untuk memiliki pemahaman penuh dan perspektif tentang asuhan keperawatan.

5.3.2. Metode Penugasan

Pendekatan penugasan melibatkan pemberian tugas kepada siswa yang mengharuskan mereka untuk menulis laporan dan komentar di lapangan praktik. Berdasarkan gagasan pembelajaran fenomenologi, strategi pengajaran ini akan memberikan siswa paparan langsung terhadap kejadian

aktual di dunia nyata. Selain itu, pendekatan ini memungkinkan interaksi antara lingkungan belajar dan siswa.

Teknik penugasan berisi pengaturan bagi siswa untuk memecahkan kesulitan yang dapat membantu mereka mengembangkan sikap profesional, menerapkan masalah konseptual berdasarkan kompetensi pada kejadian aktual, dan mendasarkan keputusan mereka pada moralitas dan etika.

Tugas penasihat akademik dan klinis termasuk membantu siswa dengan analisis situasi klinis dengan mengidentifikasi masalah, memutuskan tindakan yang tepat, menyoroti hubungan antara pengalaman belajar sebelumnya, dan memanfaatkan teori kognitif yang dikombinasikan dengan teori proses informasi dan teori pengambilan keputusan.

5.3.3. Metode Menyelesaikan Masalah

Dengan menguraikan masalah yang perlu diselesaikan, memilih tindakan yang tepat, menggunakan informasi untuk mengatasi masalah klinis, dan mengungkapkan ide dan nilai seseorang, teknik pemecahan masalah membantu pelajar menganalisis keadaan klinis secara objektif. Metode untuk mengatasi masalah termasuk keuntungan dan kerugian. Dengan pendekatan ini, mahasiswa memperoleh kemampuan berpikir kritis untuk memecahkan masalah, dipaksa untuk memahami isi agar dapat memberikan jawaban terbaik atas masalah klien, dan mampu memberikan asuhan keperawatan yang dapat diterima sesuai standar. Salah satu kelemahan metode ini adalah bahwa pembimbing klinis harus memberikan perhatian penuh kepada mahasiswa yang kesulitan membuat penilaian.

5.3.4. Metode Konferensi

Konferensi praklinis dan konferensi pascaklinis adalah contoh metodologi konferensi yang berbeda. Konferensi praklinis adalah diskusi yang akan dilakukan mahasiswa secara berkelompok tentang praktik klinis pada hari pertama. Menurut penilaian akurasi, mahasiswa telah membuat laporan

pendahuluan yang mencakup diagnosis atau masalah keperawatan yang terdeteksi serta rencana dan aktivitas keperawatan yang akan dilakukan hari itu. Konferensi postklinik, sebaliknya, adalah pertemuan yang diadakan setelah praktik hari itu dengan tujuan mengevaluasi kemajuan keterampilan menulis siswa dan kapasitas mereka untuk meninjau perkembangan klien, persiapan praktik, dan diagnosis keperawatan.

Pendekatan prepractice conference dapat digunakan mulai hari pertama dan kedua, dan seterusnya. Pengawas melakukan pertemuan prapraktik pertama di mana dia menjelaskan fitur ruang rawat inap, personel, dan tim kesehatan lain tempat siswa akan ditempatkan. Konselor menginstruksikan siswa tentang cara merawat pasien dengan benar dan mengingatkan mereka untuk membawa perlengkapan latihan. Supervisor melibatkan pelajar dalam percakapan mengenai penyakit atau kondisi klien setelah konferensi praktik klinis untuk memberi mereka kesempatan untuk menyuarakan ide mereka dan berbagi pengalaman mereka dalam memberikan perawatan pasien pada hari itu. Mentor membahas kemajuan klien dan rencana tindakan pada hari kedua dan seterusnya konferensi dan seterusnya. Jika situasi klien tidak mengizinkan keterlibatan, mentor akan menyiapkan kasus lain.

Aplikasi untuk konferensi praktik pasca-klinis diselesaikan sesegera mungkin setelah praktik. Pendekatan ini berguna untuk mengklarifikasi jalannya terapi, mendorong siswa berbagi pengalaman, dan menilai tingkat keterlibatan siswa. Melalui analisis kritis, pemilihan berbagai cara pemecahan masalah, dan debat kelompok, metode konferensi dapat meningkatkan proses pembelajaran dalam kelompok; memberikan kesempatan kepada rekan-rekan untuk menyuarakan pemikiran mereka dan menemukan jawaban di berbagai bidang; memberikan umpan balik dari kelompok atau guru; dan berikan kesempatan kepada teman sebaya untuk mengatasi masalah psikologis yang mungkin dialami siswa, seperti kekhawatiran atau ketakutan. Berinteraksi dengan orang lain dan memanfaatkan mereka sebagai sumber daya; meningkatkan kapasitas siswa untuk berkontribusi;

meningkatkan kepercayaan diri mereka saat terlibat dengan orang lain; dapat memahami bagaimana perasaan, sikap, dan nilai memengaruhi praktik; dan membangun kemampuan kepemimpinan.

5.3.5. Ronde keperawatan

Ronde keperawatan adalah teknik observasi langsung yang dilakukan di hadapan pasien. Ini melibatkan berjalan di sekitar area perawatan atau mengunjungi setiap pasien di tempat tidur satu per satu saat staf perawat hadir di ruangan. Dengan klien dan tim perawat, mentor akan memperkenalkan klien dan membahas hasilnya.

Teknik pembelajaran praktis yang dikenal sebagai putaran keperawatan memungkinkan peserta siswa untuk menyampaikan dan menerapkan informasi teoretis kepada pasien secara langsung. Strategi pengajaran ini dapat membantu mahasiswa mengembangkan konsep berpikir kritis (masalah keperawatan pasien), berpikir kritis berdasarkan masalah klien sehingga dapat diambil tindakan keperawatan yang tepat, menghasilkan pola pikir yang sistematis, meningkatkan validitas data klien, mengevaluasi kemampuan menentukan diagnosis keperawatan, meningkatkan pemahaman mereka tentang pentingnya pemikiran sistematis, dan banyak lagi. Klien terlibat langsung dalam ronde keperawatan, klien menjadi fokus kegiatan siswa, siswa dan mentor mengadakan diskusi, mentor dapat dengan mudah mengukur seberapa kreatif siswa dalam kaitannya dengan ide-ide baru, dan mentor membantu siswa dalam meningkatkan kemampuan pemecahan masalah mereka.

Dalam babak keperawatan, tugas mahasiswa antara lain menjelaskan informasi demografis, masalah keperawatan utama, intervensi yang dilakukan, hasil yang diterima, kemungkinan tindakan alternatif, dan pembenaran ilmiah untuk kegiatan tersebut. Dalam metode ronde keperawatan ini, peran pembimbing adalah mendampingi mahasiswa, mendukung pembelajarannya, memberikan justifikasi, menentukan validitas masalah, mengevaluasi intervensi keperawatan, serta

memberikan arahan, koreksi, dan tindakan rasional. Mereka juga mengintegrasikan teori dan konsep yang telah mereka pelajari. Pelaksanaan putaran keperawatan tidak dipahami secara universal, dan persiapan sebelum praktik tidak cukup. Masalah dengan pendekatan putaran keperawatan ini sering terjadi dan menyebabkan hasil yang kurang ideal.

5.3.6. Bed side teaching

Dalam praktik mendidik pelajar di samping tempat tidur klien, atau "pengajaran di samping tempat tidur," para pelajar mengobservasi keadaan pasien dan asuhan keperawatan yang diperlukan. Mentor klinis dapat mendidik siswa dan dapat mengelola keterampilan prosedural, menumbuhkan sikap profesional, menganalisis pertumbuhan biologis/fisik, dan berkomunikasi melalui pengamatan langsung, yang semuanya merupakan keuntungan dari teknik pembelajaran pengajaran di samping tempat tidur.

Prinsip penerapan teaching bedside learning meliputi sikap, penampilan psikologis siswa, jumlah peserta siswa dibatasi yaitu 5–6 orang; diskusi sebelum dan sesudah demonstrasi; demonstrasi ulang; evaluasi pemahaman siswa sesegera mungkin; tindakan yang didemonstrasikan adalah sesuatu yang belum pernah dilakukan peserta sebelumnya atau kesulitan yang dihadapi peserta; sebelum melaksanakan pembelajaran siswa. Implementasi bedside teaching memerlukan perencanaan yang matang untuk memberikan siswa kesempatan untuk menggunakan keterampilan prosedural dan komunikasi mereka. Sebelum memulai proses pelatihan ini, perlu untuk mempersiapkan peralatan atau fasilitas yang akan digunakan serta mengatur dengan petugas klinik agar tidak mengganggu pengobatan klien yang biasa.

5.3.7. Metode demonstrasi

Teknik demonstrasi menggunakan alat yang akan digunakan untuk melakukan kegiatan mendemonstrasikan

prosedur dan dijadikan sebagai alat pembelajaran. Baik di laboratorium maupun di praktik nyata, strategi ini sering digunakan dalam keperawatan. Ada dua cara untuk menggunakan metode demonstrasi: langsung dan tidak langsung. Siswa mengamati perawat saat mereka melakukan tanggung jawab sehari-hari dengan menggunakan teknik tidak langsung, yang didasarkan pada prosedur operasi standar dari persiapan hingga penyelesaian.

5.3.8. Preceptorship

Fondasi preceptorship adalah ide pemodelan. Siswa belajar atau mengubah perilaku dengan mencerminkan perilaku yang mereka butuhkan saat melakukan observasi diri. Penasihat klinis membantu mahasiswa mempersiapkan posisi mereka sebagai perawat di tempat kerja. Persyaratan preceptorship termasuk memiliki pengetahuan di bidangnya, profesional, energik, dan memiliki jiwa kepemimpinan. Mereka juga termasuk memahami konsep asuhan keperawatan, mampu melakukan perbaikan dan menjadi panutan.

Tujuan preceptorship adalah membantu mahasiswa dalam memperoleh pengetahuan dan kemampuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, meningkatkan kinerja mahasiswa, melakukan orientasi dan sosialisasi mengenai praktik dan kebijakan praktik klinik, menilai kinerja mahasiswa pada praktik lapangan, dan untuk mendelegasikan dengan instruksi yang jelas. Pendekatan preceptorship memiliki kelebihan dan kekurangan. Manfaat dari pendekatan preceptorship adalah mentor harus mampu memberikan contoh yang baik dan memberikan dampak yang menguntungkan bagi peserta pelatihan. Kelemahan metode preceptorship adalah bahwa siswa akan berdebat dengan pengawas klinis yang tidak berperilaku baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Nursalam. *Manajemen Keperawatan; Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* ed.2. Jakarta: Salemba Medika; 2007.
- Helen T Allan, Pam Smith MO. *Experiences of supernumerary status and the hidden curriculum in nursing: a new twist in the theory–practice gap?* Clin Nurs. 2011;20:847–55.
- Davison N WK. A Danish. *Approach to mentorship and education of nursing students*. JNurs Stand RCN Publ Co. 2011;25:23
- Wijaya A. *Solusi Tata Kelola Praktik Klinik di Rumah Sakit*. Medianers 2012.
- Enawati S. *Pengaruh penggunaan metode konseptual dalam bimbingan praktek klinikkeperawatan terhadap pencapaian kompetensi*. Tesis Progr Pascasarj Univ Sebel Maret [Internet]. 2008; Available from: <http://eprints.uns.ac.id/4219/>
- Dorothy dan Marilyn. *Pengajaran Klinis dalam Pendidikan Keperawatan*. 2nd ed.Jakarta: EGC; 2002.
- Rofiq A. *Metode Pembelajaran Klinik Keperawatan*. URL : <http://www.ahmadrofiq.com/?p=63> - 16k. 2009.
- Hidayat AAA. *Pengantar Pendidikan Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto;2002

BAB 6

PEMBELAJARAN KOGNITIF DALAM LINGKUNGAN KLINIS

Oleh Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes.

6.1. Pendahuluan

Salah satu isu utama dalam pendidikan klinis saat ini adalah kesenjangan antara teori dan praktek. Selanjutnya, dari perspektif pendidik dan siswa, program pendidikan klinis yang ditawarkan dalam magang memiliki kualitas sedang dan tidak mengembangkan kemampuan yang diperlukan dalam aspek kognitif, emosional dan psikologis dari kemampuan siswa ke tingkat yang diinginkan (Davoodi et al., 2022). Siswa diharapkan untuk menerapkan ilmu kelas ke area klinis dan menggunakan bukti terbaik yang tersedia untuk meningkatkan pengambilan keputusan klinis dan keterampilan kognitif di klinik dan bangsal (Fiset et al., 2017).

Strategi pembelajaran kognitif adalah strategi yang meningkatkan kemampuan pembelajar untuk memproses informasi lebih dalam, mentransfer dan menerapkan informasi ke situasi baru, dan menghasilkan pembelajaran yang ditingkatkan dan dipertahankan dengan lebih baik (Winn et al., 2019). Strategi pembelajaran ini melibatkan pembelajar dalam aktivitas di mana mereka terlibat. bertanggung jawab untuk melakukan tugas sambil berpikir tentang apa yang mereka pelajari dan mengapa mereka telah mencapai solusi tertentu (Agarwal & Pan, 2018; Gooding et al., 2017).

Untuk mencapai hal ini, pendidik keperawatan telah dikenal menggunakan metode pengajaran yang kreatif dan berpusat pada siswa untuk mempromosikan keterampilan kognitif dan penerapan teori dalam tugas klinis dalam pendidikan keperawatan. Beberapa metode ini termasuk peta konsep (Ghojazadeh et al., 2014), ceramah, permainan peran, klub jurnal klinis, konferensi klinis, laporan klinis, dan presentasi kasus (McSparron et al., 2019). Selain itu, pembelajaran kolaboratif yang diterapkan dalam pendidikan klinis terbukti bermanfaat untuk meningkatkan kompetensi dan keterampilan klinis mahasiswa, memperkuat kerja sama tim, serta meningkatkan motivasi dan kepercayaan diri (Zhang & Cui, 2018). Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa menggunakan metode belajar-mengajar terintegrasi mengarah pada peningkatan kompetensi dan kualifikasi klinis perawat (Wang et al., 2020), dengan mempromosikan pergeseran dari pengetahuan teoritis ke kinerja yang efektif dan sadar (McPherson & MacDonald, 2017), penguatan proses pengumpulan dan analisis data, meningkatkan kemampuan untuk memprioritaskan masalah untuk mencapai solusi ideal (McPherson & MacDonald, 2017), semuanya mengarah pada peningkatan nilai mahasiswa keperawatan praktis dan teoritis (Pu et al., 2019).

Penggunaan metode studi kasus dan proses keperawatan yang terintegrasi memperkuat refleksi mahasiswa lebih jauh lagi, karena mahasiswa dapat memperoleh lebih banyak informasi tentang pasien mereka, yang bila digabungkan dengan informasi lain yang diperoleh selama pemeriksaan klinis pasien, menghasilkan diagnosis yang lebih akurat, kebutuhan dan masalah pasien, dan tindakan perawatan yang lebih baik (Davoodi et al., 2022).

6.2. Teori Belajar Kognitif

Berbeda dengan teori behavioris, teori pembelajaran kognitif berfokus pada apa yang terjadi di dalam pikiran pelajar. Teori kognitif diasumsikan terdiri dari sejumlah subteori dan banyak digunakan dalam pendidikan dan konseling. Menurut

perspektif ini, agar individu dapat belajar, mereka harus mengubah persepsi dan pemikiran mereka dan membentuk pemahaman dan wawasan baru. Individu sebagian besar mengarahkan proses belajar dengan cara mengorganisasikan informasi berdasarkan apa yang telah diketahui, kemudian mengorganisasikan kembali informasi tersebut menjadi pemahaman baru (Braungart et al., 2014).

Tidak seperti behavioris, psikolog kognitif berpendapat bahwa memberi penghargaan kepada orang atas perilaku mereka tidak diperlukan untuk belajar. Yang lebih penting adalah tujuan peserta didik dan harapan, yang menciptakan ketegangan yang memotivasi mereka untuk bertindak. Guru dan mereka yang mencoba untuk mempengaruhi proses pembelajaran harus mengakui bahwa setiap situasi pembelajaran dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, persepsi, dan cara peserta didik menggabungkan dan berpikir tentang informasi dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, dan pengaruh sosial pada situasi. Untuk mempromosikan mengingat, pelajar harus berpikir tentang atau bertindak berdasarkan informasi. Pola serupa dalam situasi pembelajaran awal dan situasi selanjutnya membantu memori dan kemampuan untuk mentransfer pembelajaran dari satu situasi ke situasi berikutnya (Braungart et al., 2014).

Teori belajar kognitif mencakup beberapa perspektif terkenal, seperti gestalt, pemrosesan informasi, perkembangan kognitif, dan teori kognisi sosial. Baru-baru ini, upaya telah dilakukan untuk menggabungkan pertimbangan yang berkaitan dengan emosi dalam teori kognitif. Masing-masing perspektif ini menekankan ciri khusus dari kognisi; secara kolektif, ketika disatukan, mereka menunjukkan banyak hal tentang apa yang terjadi di dalam diri pelajar (Braungart et al., 2014).

6.3. Kognitif - Pembelajaran Sosial

Teori belajar observasional dapat membantu guru dalam melatih keterampilan dan berbagai topik. Aplikasinya termasuk, mengajarkan perilaku dan keterampilan baru, mendorong dan

membujuk perilaku yang dipelajari sebelumnya, menarik perhatian peserta didik, menciptakan respons yang kuat dan emosional, atau melemahkan efek jera. Misalnya, jika siswa melanggar peraturan sekolah dan tidak dihukum, mungkin siswa lain melakukan perilaku yang sama, karena ini bisa menjadi contoh bagi orang lain. Oleh karena itu, harus diperlakukan dengan keras terhadap orang yang melanggar hukum. Teori pembelajaran sosial adalah alat yang berguna untuk pendidikan keperawatan dan memiliki aplikasi yang luas (Aliakbari et al., 2015)

Salah satu aspek penting keperawatan yang harus dimiliki oleh mahasiswa baru adalah peran profesional dan hal ini dimungkinkan dengan memungkinkan mahasiswa untuk mengamati praktik keperawatan profesional (Apriyanti, 2017). Para siswa tidak hanya mengamati kinerja perawat, tetapi mereka juga akan melihat interaksi antara perawat, pasien dan anggota tim perawatan lainnya. Oleh karena itu, terbentuklah sikap mereka mengenai praktek dan keterampilan serta teknik secara bersamaan. Dalam penelitian pertama yang dilakukan pada tahun 1972 oleh Kramer, dia membawa para mahasiswanya ke lingkungan klinis dan memaksa mereka untuk bekerja di lingkungan tersebut. Namun, dia tidak memimpin mereka secara langsung. Oleh karena itu, siswa memiliki kesempatan untuk mengamati interaksinya dengan pasien. Mereka belajar bagaimana merawat pasien. Oleh karena itu, para perawat bertindak sebagai model baginya. Pendidik keperawatan juga harus memiliki peran yang sama untuk bermain sebagai model profesional dan dengan antusiasme dan minat mereka dalam profesi keperawatan harus mentransfer sikap ini kepada siswa dan mempersiapkan mereka untuk melakukan keterampilan profesional mereka (Aliakbari et al., 2015).

Model peran yang baik harus bertindak sebagai orang yang terampil secara klinis untuk memainkan peran yang diinginkan dengan baik. Siswa yang bekerja dalam kelompok dapat memperkuat orang yang lemah melalui bekerja dengan orang lain (Aliakbari et al., 2015).

Aspek sentral dari teori ini adalah fokus pada aspek internal daripada aspek eksternal. Mengenai fokus teori ini pada aspek sosial pembelajaran, sangat cocok untuk mengajar dan menggunakan teori ini dapat membantu dalam lingkungan kelompok.[30] Perlu disebutkan bahwa teori tersebut didasarkan pada pembelajaran melalui pengamatan, contoh, atau pola dan memainkan peran penting dalam pembelajaran. Penerapan teori ini termasuk mempelajari perilaku dan keterampilan baru, mendorong perilaku yang dipelajari sebelumnya, dan menarik perhatian peserta didik dalam pendidikan keperawatan (Aliakbari et al., 2015).

Peran instruktur sebagai model sangat penting bagi peserta didik, tidak hanya untuk melakukan prosedur, tetapi juga untuk mengajarkan cara komunikasi dengan pasien dan mitra tim medis serta kepatuhan terhadap prinsip etika (Patimah & Dewi, 2014).

6.4. Praktek Retrieval dan Pembelajaran Spaced

Memori ditingkatkan dengan latihan aktif daripada pasif. Pembelajaran ulang materi secara berkala mencegah kerusakan memori khas yang kita semua alami. Pengujian, atau praktik pengambilan, adalah alat yang dipelajari dengan baik dan ampuh untuk membantu penyimpanan informasi. Pembelajaran jarak jauh, juga disebut pembelajaran terdistribusi, dapat secara signifikan meningkatkan retensi jangka panjang tanpa memerlukan waktu tambahan (McSparron et al., 2019).

Pertama, Gunakan pertanyaan untuk meninjau kembali poin pembelajaran utama dalam pengaturan klinis. Studi menunjukkan bahwa pelajar mengingat sekitar 50% lebih banyak informasi ketika mereka menguji diri mereka sendiri daripada hanya belajar tanpa pengujian (Karpicke & Roediger, 2008). Pengujian memaksa seseorang untuk menguraikan dan membuat hubungan dengan pengetahuan sebelumnya; pada akhirnya, itu meningkatkan ingatan selanjutnya, sebuah fenomena yang dikenal sebagai efek pengujian (Karpicke & Blunt, 2011). Hal ini dapat dengan mudah dicapai dengan memasukkan pertanyaan secara teratur ke dalam sesi

pengajaran untuk menegaskan kembali dan menekankan poin-poin pembelajaran utama; ini akan memiliki manfaat tambahan untuk menilai pengetahuan dan pemahaman pelajar. Pertanyaan-pertanyaan ini dapat disajikan dalam skenario berbasis kasus yang membantu melibatkan kelompok dalam diskusi, atau dengan menggunakan sistem respons audiens untuk teknik tanya jawab yang lebih singkat. Metode-metode ini dapat dengan mudah digunakan dalam berbagai pengaturan pengajaran, seperti skenario konferensi yang diuraikan di atas (McSparron et al., 2019).

Kedua, Mintalah peserta mengidentifikasi poin pembelajaran utama dari pengajaran atau sesi klinis. Meminta pembelajar untuk mengidentifikasi poin-poin penting atau pertanyaan-pertanyaan baru yang muncul selama sesi pembelajaran menggunakan praktik pengambilan dan refleksi, dua aspek kunci dari teori pembelajaran kognitif (Karpicke & Roediger, 2008). Menetapkan harapan bahwa anggota tim akan diminta untuk mengidentifikasi dua poin kunci di akhir sesi yang dimana klinik rawat jalan, putaran bangsal atau sesi didaktik adalah metode yang ampuh untuk meningkatkan ingatan yang bertahan lama dan menumbuhkan rasa ingin tahu. Dalam contoh putaran bangsal, membuat pembelajar meninjau dua poin pengajaran utama tentang kolitis *Clostridium difficile* di akhir putaran akan mendorong peningkatan retensi (McSparron et al., 2019).

Ketiga, Tinjau kembali poin pembelajaran utama selama rotasi klinis. Meninjau atau mempelajari informasi beberapa kali dengan interval yang lebih besar antara cara meningkatkan retensi pengetahuan dan konsep jangka panjang (Carpenter et al., 2012). Anggota fakultas dapat melakukannya dengan melacak poin pembelajaran utama dan memasukkan topik ini ke dalam sesi pengajaran di masa mendatang sebagai tindak lanjut. pertanyaan atau skenario kasus singkat. Sesi didaktik dapat dimulai dengan rekap sesi sebelumnya, atau putaran bangsal dapat mencakup diskusi tindak lanjut terkait pasien sebelumnya. Hal ini juga dapat dilakukan secara elektronik dengan mengedarkan pertanyaan kunci atau poin pengajaran

yang relevan dengan peserta didik secara teratur (McSparron et al., 2019).

6.5. Generasi

Pembelajaran ditingkatkan ketika seorang individu harus menghasilkan jawaban atau memecahkan masalah, daripada hanya memiliki pengetahuan yang diberikan. Generasi membuat pikiran lebih mudah menerima pembelajaran baru dan mendorong pembelajar untuk mengingat pengetahuan baru (Grimaldi & Karpicke, 2012). *Pertama*, Mendorong peserta didik untuk bekerja melalui masalah Ini bisa menjadi tantangan di lingkungan dengan pengawasan ketat terhadap peserta didik untuk mendorong kemandirian dan pembelajaran aktif; namun, penting bagi pendidik untuk terus mengembangkan kedua prinsip ini. Pembelajar sangat diuntungkan dari pembelajaran eksperiensial, di mana mereka dapat mempertimbangkan isu dan masalah baru bagi mereka dan menerapkan konsep yang telah dipelajari sebelumnya. Di semua pengaturan klinis, pelajar harus didorong untuk bekerja melalui skenario yang menantang, dengan menghubungkan konsep yang dipelajari sebelumnya dengan skenario saat ini. Informasi yang siap diberikan kepada pembelajar seringkali tidak dipertahankan serta informasi yang dipikirkan dan ditemukan oleh pembelajar sendiri (McSparron et al., 2019).

Kedua, Gunakan pra-tes untuk meningkatkan rasa ingin tahu. Mengajukan pertanyaan sebelum pengajaran memungkinkan kesenjangan dalam pengetahuan untuk diidentifikasi dan menciptakan disonansi kognitif, yang memicu rasa ingin tahu (Dennick, 2016). Tes awal dapat berbentuk kasus klinis dengan pertanyaan terbuka atau pertanyaan pilihan ganda yang lebih diskrit, yang dapat disajikan dengan menggunakan sistem respons penonton. Pertanyaan pretest ini dapat ditinjau kembali sepanjang sesi dan jawabannya dibahas pada akhir presentasi untuk memastikan bahwa peserta didik memiliki pemahaman konsep (McSparron et al., 2019).

6.6. Kekuatan, Masalah, Dan Tantangan

Belajar di lingkungan klinis memiliki banyak kekuatan. Ini difokuskan pada masalah nyata dalam konteks praktik profesional. Pelajar termotivasi oleh relevansinya dan melalui partisipasi aktif. Pemikiran, perilaku, dan sikap profesional “dimodelkan” oleh para guru. Ini adalah satu-satunya tempat di mana keterampilan anamnesis, pemeriksaan fisik, penalaran klinis, pengambilan keputusan, empati, dan profesionalisme dapat diajarkan dan dipelajari sebagai satu kesatuan yang utuh. Terlepas dari kekuatan potensial ini, pengajaran klinis telah banyak dikritik karena variabilitasnya, kurangnya tantangan intelektual, dan sifatnya yang serampangan. Dengan kata lain, pengajaran klinis adalah pendekatan pendidikan yang sehat, terlalu sering dirusak oleh masalah implementasi (Spencer, 2003).

Tantangan pengajaran klinis :

1. Tekanan waktu
2. Tuntutan yang bersaing—klinis (terutama ketika kebutuhan pasien dan siswa bertentangan); administratif; penelitian
3. Seringkali oportunistik—membuat perencanaan menjadi lebih sulit.
4. Jumlah pelajar yang meningkat.
5. Pasien yang lebih sedikit (masa rawat inap yang lebih singkat; pasien terlalu sakit atau lemah; lebih banyak pasien yang menolak persetujuan).
6. Seringkali kekurangan sumber daya.
7. Lingkungan klinis tidak “ramah pengajaran” (misalnya, bangsal rumah sakit).

Masalah umum dengan pengajaran klinis :

1. Kurangnya tujuan dan (Grimaldi & Karpicke, 2012)harapan yang jelas.
2. Fokus pada pengingatan faktual daripada pengembangan keterampilan dan sikap pemecahan masalah.
3. Pengajaran pada tingkat yang salah (biasanya terlalu tinggi).
4. Pengamatan pasif daripada partisipasi aktif peserta didik.

5. Pengawasan dan penyediaan umpan balik yang tidak memadai.
6. Sedikit kesempatan untuk refleksi dan diskusi
7. Informed consent tidak diminta dari pasien
8. Kurangnya rasa hormat terhadap privasi dan martabat pasien.
9. Kurangnya kesesuaian atau kontinuitas dengan kurikulum lainnya (Spencer, 2003)

6.7. Penutup

Pembelajaran kognitif merupakan suatu strategi dalam meningkatkan kemampuan pengetahuan bagi pembelajar untuk mendapatkan informasi yang lebih luas, mentransfer dan mengimplementasikan informasi yang diberikan sehingga pembelajaran menjadi lebih meningkat. Menggunakan teori pembelajaran kognitif dalam pengaturan klinis dapat sangat meningkatkan retensi dan penerapan pengetahuan.

Dalam pendidikan keperawatan, pengetahuan sangat perlu diberikan bagi siswa. ketika, siswa akan memasuki praktik kerja lapangan, tentunya ilmu pengetahuan yang diberikan harus diterapkan dalam menghadapi masyarakat. Menjadi bagian tenaga kesehatan membuat siswa keperawatan dapat memberikan informasi kesehatan dan keterampilan dalam implementasi kepada masyarakat. Dalam pembelajaran kognitif, tentunya setiap orang mempunyai gayanya masing - masing, tetapi ada beberapa cara yang dapat dilakukan agar pengetahuan yang diberikan tidak hilang yaitu : meninjau kembali poin pembelajaran utama dalam pengaturan klinis, mengidentifikasi poin pembelajaran utama dari pengajaran atau sesi klinis, tinjau kembali poin pembelajaran utama selama rotasi klinis.

DAFTAR PUSTAKA

- Agarwal, P. K., & Pan, S. C. (2018). Retrieval Practice and Transfer of Learning. *Transfer of Learning*, 12.
- Aliakbari, F., Parvin, N., Heidari, M., & Haghani, F. (2015). Learning theories application in nursing education. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(February), 2. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.151867>
- Apriyanti. (2017). *DI AKPER DHARMA WACANA METRO PERCEPTION OF NURSING STUDENTS ABOUT CLINICAL REFLECTION IN AKPER DHARMA WACANA METRO*. 2(2).
- Braungart, M. M., Braungart, R. G., & Gramet, P. R. (2014). *Applying Learning Theories to Healthcare Practice*. RIBUTION © Jones & Bartlett Learning LLC, an Ascend Learning Company.
- Carpenter, S. K., Cepeda, N. J., Rohrer, D., Kang, S. H. K., & Pashler, H. (2012). Using Spacing to Enhance Diverse Forms of Learning: Review of Recent Research and Implications for Instruction. *Educational Psychology Review*, 24(3), 369–378. <https://doi.org/10.1007/s10648-012-9205-z>
- Davoodi, A., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Onyeka, T. C., & Jabbarzadeh, F. (2022). Impact of integrated teaching-learning method on oncology clinical decision-making ability and cognitive learning of nursing students. *BMC Medical Education*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03168-2>
- Dennick, R. (2016). Constructivism: reflections on twenty five years teaching the constructivist approach in medical education. *International Journal of Medical Education*, 7, 200–205. <https://doi.org/10.5116/ijme.5763.de11>
- Fiset, V. J., Graham, I. D., & Davies, B. L. (2017). Evidence-based practice in clinical nursing education: A scoping review. *Journal of Nursing Education*, 56(9), 534–541. <https://doi.org/10.3928/01484834-20170817-04>
- Ghojzadeh, M., Aghaei, M. H., Naghavi-Behzad, M., Piri, R., Hazrati, H., & Azami-Aghdash, S. (2014). Effective Factors in the Design and Implementation of the Interprofessional

- Education from the Faculty Members' Perspective: A Qualitative Study. *Res Dev Med Educ*, 3(1), 67–72. <https://doi.org/10.5681/rdme.2014.014>
- Gooding, H. C., Mann, K., & Armstrong, E. (2017). Twelve tips for applying the science of learning to health professions education. *Medical Teacher*, 39(1), 26–31. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1231913>
- Grimaldi, P. J., & Karpicke, J. D. (2012). When and why do retrieval attempts enhance subsequent encoding? *Memory and Cognition*, 40(4), 505–513. <https://doi.org/10.3758/s13421-011-0174-0>
- Karpicke, J. D., & Blunt, J. R. (2011). Retrieval practice produces more learning than elaborative studying with concept mapping. *Science*, 331(6018), 772–775. <https://doi.org/10.1126/science.1199327>
- Karpicke, J. D., & Roediger, H. L. (2008). The critical importance of retrieval for learning. *Science*, 319(5865), 966–968. <https://doi.org/10.1126/science.1152408>
- McPherson, C., & MacDonald, C. (2017). Blending simulation-based learning and interpretative pedagogy for undergraduate leadership competency development. *Journal of Nursing Education*, 56(1), 49–54. <https://doi.org/10.3928/01484834-20161219-10>
- McSparron, J. I., Vanka, A., & Smith, C. C. (2019). Cognitive learning theory for clinical teaching. *Clinical Teacher*, 16(2), 96–100. <https://doi.org/10.1111/tct.12781>
- Patimah, I., & Dewi, Y. (2014). Perbedaan perawatan tali pusat menggunakan kassa kering steril dan kassa lembab terhadap lamanya puput di RS TNI-AD Guntur Garut. *Jurnal Medika Cendikia*, 1(1), 1–7. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=rt2bG50AAAAJ&pagesize=100&citation_for_view=rt2bG50AAAAJ:lJcSPb-OGc4C
- Pu, D., Ni, J., Song, D., Zhang, W., Wang, Y., Wu, L., Wang, X., & Wang, Y. (2019). Influence of critical thinking disposition on the learning efficiency of problem-based learning in undergraduate medical students. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1418-5>

- Spencer, J. (2003). ABC of learning and teaching in medicine: Learning and teaching in the clinical environment. *British Medical Journal*, 326(7389), 591–594. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7389.591>
- Wang, L., Chen, H., Yang, L., Qian, C., Sun, D., & Sun, Y. (2020). Systematic training program for nursing home staff based on the concept of combination of medicine and care. *Medicine*, 99(24), e20559. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020559>
- Winn, A. S., DelSignore, L., Marcus, C., Chiel, L., Freiman, E., Stafford, D., & Newman, L. (2019). Applying Cognitive Learning Strategies to Enhance Learning and Retention in Clinical Teaching Settings. *MedEdPORTAL: The Journal of Teaching and Learning Resources*, 15, 10850. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10850
- Zhang, J., & Cui, Q. (2018). Collaborative Learning in Higher Nursing Education: A Systematic Review. *Journal of Professional Nursing*, 34(5), 378–388. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.07.007>

BAB 7

PEMBELAJARAN PSIKOMOTORIK DALAM LINGKUNGAN KLINIS

Oleh Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH.

7.1. Pendahuluan

Kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tergantung pada asumsi filosofis dan metode yang telah dipasang pada calon perawat mahasiswa selama pelatihan mereka (Kurniawan, 2023). Karena semua sistem perawatan kesehatan bersifat padat karya, mereka membutuhkan praktisi perawat yang terlatih dengan baik, berkualitas dan berpengalaman untuk menghasilkan hasil yang optimal. Mereka yang melatih siswa perawat adalah penjaga utama dari standar dan kualitas profesi keperawatan, mereka juga berfungsi sebagai mentor bagi mereka yang mereka ajar. Perolehan keterampilan yang diperlukan untuk praktik dan pembelajaran yang sukses hanya dapat dicapai ketika mahasiswa perawat didukung dan dibimbing oleh atasan mereka di lingkungan belajar mereka (Mwale & Kalawa, 2016).

Akuisisi keterampilan klinis psikomotor merupakan bagian penting dari pembelajaran menjadi perawat/bidan (Rembet et al., 2023) dan kurangnya kompetensi keterampilan klinis dapat membahayakan perawatan dan keselamatan pasien (Ekawardani et al., 2023). Ketika mahasiswa perawat/bidan dilatih dengan baik dalam keterampilan klinis, kualitas perawatan pasien di rumah sakit dan klien di masyarakat meningkat. Pelatihan ini dapat dilakukan dengan baik pada tingkat pra dinas seperti yang diatur dalam kurikulum Sekolah Tinggi Keperawatan (Mwale & Kalawa, 2016).

Dalam hal memperoleh keterampilan terutama psikomotorik; tidak selalu mungkin bagi pelajar untuk memperoleh pengalaman klinis yang tepat karena fakta-fakta berikut; memiliki bidang praktik klinis yang terbatas, menghabiskan lebih sedikit waktu di rumah sakit karena alasan berbasis sistem pendidikan dan waktu tinggal pasien lebih sedikit di rumah sakit (Akyüz & Erdemir, 2013). Untuk mencegah hal ini dan meningkatkan pengetahuan & keterampilan dalam pendidikan keperawatan, banyak metode dan strategi pengajaran telah diuji. Penelitian telah menunjukkan bahwa pendidikan mahasiswa keperawatan sebelum praktik klinis dan lingkungan laboratorium tidak cukup bagi mereka. Oleh karena itu, penelitian ini juga menekankan perlunya menciptakan lingkungan laboratorium di mana peralatan & perlengkapan teknis disediakan dan pelatihan simulasi diberikan kepada mahasiswa keperawatan agar mereka dapat merasakan perawatan pasien sebelum mereka berhadapan dengan pasien (EA et al., 2018; Kapucu & Bulut, 2011).

Selain itu, beberapa tujuan lain dari pendidikan simulasi adalah untuk meningkatkan pembelajaran, mengintensifkan kemampuan praktis, memastikan keselamatan pasien dan meningkatkan pasien (Durmaz Edeer & Dicle, 2015). Menurut (Kneebone, 2005) dalam (EA et al., 2018) menjelaskan simulasi sebagai metode pengajaran yang efektif sejak simulasi melibatkan empat aspek kunci dari pendidikan keperawatan. Aspek-aspek tersebut adalah meningkatkan kompetensi teknis dengan melatih keterampilan psikomotor secara berulang-ulang; memberikan pelatihan yang disesuaikan dengan kebutuhan mahasiswa oleh sivitas akademika; memasukkan elemen sensorik ke dalam tujuan pembelajaran dan meningkatkan kemampuan mereka untuk melakukan evaluasi klinis.

7.2. Keterampilan Psikomotor

Pembelajaran psikomotor didefinisikan sebagai mempelajari tindakan baru atau menerapkan kembali yang sudah ada dengan memodifikasinya. Pembelajaran psikomotor

melibatkan operasi proses yang konsisten dan terintegrasi yang berkaitan dengan fungsi afektif dan kognitif. Individu mempelajari keterampilan manual dengan dukungan persepsi visual serta menjelajahi objek dengan sentuhan (Demiray et al., 2017).

Tujuan pembelajaran utama dalam pendidikan keperawatan, seperti halnya kelompok pekerjaan lain di bidang kesehatan, adalah untuk mengembangkan keterampilan psikomotorik. Pengalaman klinis adalah komponen terpenting dari pendidikan keperawatan. Ini adalah komponen yang lebih penting dari proses pendidikan daripada pembelajaran di kelas. Pendidikan klinis penting dalam hal membuat pelajar memperoleh pengalaman nyata pada pasien dan mempraktekkan keterampilan yang telah mereka pelajari (Caliskan et al., 2012).

7.3. Tahap Pembelajaran Keterampilan Psikomotor

1. Fase Kognitif

Menurut (Schmidt, Richard A. Lee, 2005) dalam (Oermann et al., 2016) menjelaskan fase pembelajaran keterampilan motorik merukan fase awal keterampilan mengajar dalam keperawatan. Fase pertama fase kognitif, adalah ketika keterampilan diperkenalkan kepada peserta didik, dan mereka belajar mengapa dan kapan keterampilan itu digunakan, apa yang diperlukan, peralatan yang dibutuhkan, langkah-langkah yang harus dilakukan, dan urutan langkah-langkah tersebut. Mereka memperoleh kesadaran akan teknik dan prosedur, biasanya dengan mengamati pertunjukan langsung atau rekaman oleh guru, dan mengikuti model tersebut. Ini adalah fase di mana guru dapat mendiskusikan alasan yang mendasari keterampilan dan implikasi dari temuan dan dapat mendemonstrasikan bagaimana melakukan keterampilan tersebut. Studi pembelajaran keterampilan motorik menunjukkan bahwa membimbing peserta didik secara fisik dalam melakukan keterampilan meningkatkan akurasi dan mengurangi kesalahan (Soderstrom & Bjork, 2015). Retensi

jangka panjang ditingkatkan ketika pembelajar secara aktif mempraktikkan keterampilan dan mencoba berbagai teknik, tetapi selama instruksi awal, bimbingan fisik, menunjukkan kepada pembelajar apa yang harus dilakukan, dan pengingat verbal dari guru meningkatkan kinerja. Bimbingan ini diperlukan karena pada tahap awal pembelajaran ini tujuannya adalah untuk melakukan keterampilan atau prosedur secara akurat (Oermann et al., 2016).

2. Fase asosiatif

Pada fase kedua, fase asosiatif, pembelajar mempraktikkan keterampilan untuk menyempurnakan kinerja. Praktek memungkinkan mereka untuk menguasai detail yang lebih kecil seperti waktu, yang membantu mereka menerapkan keterampilan atau prosedur secara lebih konsisten (Schmidt, Richard A. Lee, 2005). Fase ini ditandai dengan penyesuaian gerakan yang halus, yang mengarah ke kinerja yang lebih konsisten daripada fase pembelajaran sebelumnya (Wulf, 2007) dalam (Oermann et al., 2016).

3. Fase Otonom

Pada fase ketiga pembelajaran keterampilan motorik, fase otonom, peserta didik terus berlatih dan menjadi mahir dalam melakukan keterampilan tersebut (Schmidt & Lee, 2005). Gerakan mereka menjadi otomatis, dan mereka tidak perlu memikirkan dan memperhatikan setiap langkah dalam keterampilan dan apa yang harus dilakukan selanjutnya. (Wulf, 2007) menunjukkan bahwa pada fase pembelajaran motorik ini, kinerjanya akurat dengan sedikit atau tanpa kesalahan, konsisten, dan efisien.

7.4. Praktik

Proses pembelajaran klinik dipengaruhi karakteristik mahasiswa, peran pembimbing klinik, pengelolaan praktik klinik mahasiswa yang kurang baik, rasio mahasiswa dan pembimbing akademik/klinik, keterbatasan waktu, tenaga dan kompetensi

pembimbing klinik sehingga proses pembelajaran klinik kurang maksimal (Setiawan et al., 2017).

Tanpa latihan, keterampilan membusuk, dengan beberapa keterampilan memudar lebih cepat daripada yang lain. Menggunakan keterampilan dalam pengaturan klinis atau mempraktekkannya di laboratorium keterampilan atau simulasi memungkinkan peserta didik untuk menyempurnakan kinerja dan kemajuan mereka melalui fase pembelajaran motorik (Oermann et al., 2016).

Latihan paling baik jika diberi jarak atau didistribusikan selama periode waktu versus mengharapkan peserta didik untuk menguasai keterampilan dalam satu sesi pelatihan yang panjang saja. Latihan jarak jauh, dengan waktu atau beberapa aktivitas lain di antara setiap sesi latihan, meningkatkan retensi jangka panjang dan transfer keterampilan (McGaghie et al., 2011). Misalnya, mempraktikkan keterampilan selama 60 menit berturut-turut di laboratorium pada satu waktu mungkin efektif dalam jangka pendek, tetapi untuk retensi jangka panjang, lebih baik berlatih 20 menit per hari selama 3 hari yang tersebar selama beberapa minggu (Oermann et al., 2016).

Untuk meningkatkan pembelajaran mahasiswa keperawatan tahun kedua dan retensi tanda-tanda vital, suara napas, dan suara jantung, mahasiswa berlatih dalam kelompok kecil dengan mentor sebaya maupun secara mandiri. Dalam kelompok praktik mereka, siswa memutar peran sebagai perawat, pasien, atau pengamat, melakukan setiap peran selama setiap sesi praktik. Dengan menggunakan model ini, siswa memiliki kesempatan untuk mengamati satu sama lain melakukan keterampilan, dan pengamat dapat memberikan umpan balik langsung dan konstruktif (Ross et al., 2015).

Tidak semua sesi latihan perlu direncanakan oleh guru. Meskipun para ahli harus memandu kinerja selama pembelajaran awal untuk mengurangi kesalahan, siswa kemudian dapat berlatih sendiri. Dengan praktik pengendalian diri, mereka harus mengingat keterampilan, yang mendorong pembelajaran jangka panjang (Wulf et al., 2010).

7.5. Pengajaran Keterampilan Psikomotorik.

Pengajaran keterampilan psikomotor dan prosedural keperawatan. Pendidik perawat dalam program pralicensi dan pascasarjana harus mengevaluasi keterampilan yang mereka ajarkan untuk mengidentifikasi apakah semua keterampilan itu penting untuk praktik klinis. Untuk keterampilan penting, siswa membutuhkan kesempatan untuk latihan yang terencana (Oermann et al., 2015). Ada nilai yang dipertanyakan dalam pembelajaran keterampilan psikomotorik dan prosedural siswa yang tidak digunakan secara umum dalam pengaturan perawatan kesehatan dan yang tidak dipraktikkan di luar pelatihan awal. Alih-alih, memfokuskan instruksi pada keterampilan yang akan sering digunakan dalam praktik klinis dan di mana siswa harus kompeten memberikan waktu untuk praktik yang disengaja dari keterampilan tersebut dalam program (Oermann et al., 2016)

Dengan terus berkembangnya simulasi dalam program keperawatan dan pengaturan klinis, praktik keterampilan dapat diintegrasikan dalam simulasi (Prsetyo et al., 2021). Sebuah meta-analisis penelitian tentang simulasi dalam keperawatan mendokumentasikan hasil positif penggunaan simulasi untuk belajar keterampilan psikomotor, serta kognitif (Lee & Pok-Ja, 2015). Pembekalan adalah komponen penting dari pengalaman belajar berbasis simulasi dan kesempatan yang melibatkan praktik reflektif dan mendorong umpan balik di antara semua peserta (Garden et al., 2015; Levett-Jones & Lapkin, 2014). Pembekalan mengikuti simulasi dan berlangsung di lingkungan yang aman di bawah bimbingan fasilitator terlatih di mana peserta merasa nyaman untuk jujur tentang kinerja mereka. Pembekalan ini memberikan kesempatan bagi peserta didik untuk merefleksikan kinerja keterampilan prosedural dan lainnya dan berbagi perasaan mereka tentang kinerja mereka, apa yang berjalan dengan baik, dan area untuk pengembangan keterampilan lebih lanjut. Dalam pembekalan, pendidik dapat memberikan umpan balik khusus tentang kinerja psikomotorik dan keterampilan lainnya. Selain simulasi, peserta didik dapat memperbaiki kembali keterampilannya di laboratorium dengan

praktik berpasangan atau secara individu (Oermann et al., 2016).

7.6. Kerangka Keterampilan Mengajar dalam Keperawatan

Kerangka keterampilan mengajar dalam keperawatan yaitu (Oermann et al., 2016): *Pertama*, menjelaskan keterampilan. Dimulai dengan fase kognitif di mana keterampilan psikomotor atau prosedural pertama kali diperkenalkan kepada peserta didik. Pada fase ini, guru harus menjelaskan keterampilan dan mengapa dan kapan keterampilan itu digunakan, mempresentasikan langkah-langkah yang akan diterapkan dan urutannya, dan memperkenalkan peralatan terkait. Karena fase ini melibatkan pembelajaran kognitif, maka dapat dilakukan melalui ceramah atau diskusi, bacaan, media, atau metode didaktik lainnya. Pendidik perawat dapat menilai pembelajaran dalam fase ini melalui pertanyaan yang diajukan dalam diskusi atau kuis (Oermann et al., 2016). Penataan pengelolaan pembelajaran klinik dengan baik dilakukan melalui proses latihan pembelajaran klinik yang terstruktur sehingga mahasiswa dapat menyesuaikan gaya belajar yang diperlukan selama pembelajaran klinik dan dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis dan penalaran klinis mahasiswa untuk memecahkan masalah serta membuat keputusan klinis (Setiawan et al., 2017).

Kedua, Mendemonstrasikan Keterampilan, menurut (Sawyer et al., 2015) merekomendasikan mendemonstrasikan keterampilan motorik atau prosedur dari awal hingga akhir tanpa komentar apa pun, diikuti dengan demonstrasi setiap langkah dalam keterampilan dengan penjelasan verbal yang menyertainya. Demonstrasi keterampilan dapat dilakukan secara langsung atau melalui rekaman video. Persyaratan tambahan dalam fase ini adalah fakultas atau kelompok pendidik yang bertanggung jawab atas instruksi untuk menyepakati cara

keterampilan klinis harus dilakukan (Kardong-Edgren & Mulcock, 2016).

Ketiga, Menyediakan latihan yang terencana. Pada fase ketiga, pembelajar mempraktekkan keterampilan untuk memperoleh keahlian. Peran kunci guru adalah memberikan kesempatan untuk latihan yang direncanakan. Praktek ini dapat dilakukan dalam pasangan, kelompok kecil, atau secara individu, dengan umpan balik dari guru atau pembimbing sebaya. Praktik harus diberi jarak dari waktu ke waktu untuk meningkatkan retensi jangka panjang dan memfasilitasi kemampuan pelajar untuk mentransfer pembelajaran dari lingkungan laboratorium atau simulasi ke perawatan pasien. Luasnya latihan yang dibutuhkan tergantung pada kerumitan keterampilan atau prosedur yang harus dipelajari; pengalaman pelajar dengan keterampilan terkait, yang dapat mempercepat pembelajaran keterampilan baru; dan karakteristik individu pembelajar (Oermann et al., 2016).

Keempat, Menilai kinerja. Penilaian kinerja keterampilan, fase keempat, terdiri dari dua jenis: formatif dan sumatif. Penilaian formatif terjadi ketika keterampilan sedang dipelajari, untuk memperbaiki kesalahan dan memberikan umpan balik untuk menyempurnakan kinerja. Penilaian sumatif memverifikasi bahwa peserta didik telah menguasai keterampilan, memenuhi kriteria yang telah ditentukan. (Sawyer et al., 2015) menyebut langkah ini dalam model mereka untuk mengajarkan keterampilan motorik sebagai langkah "buktikan": keterampilan prosedural peserta didik dinilai secara objektif menggunakan simulator.

Kelima, Menyediakan latihan lanjutan. Pada fase akhir, guru memberikan praktik keterampilan lanjutan. Praktik ini mungkin melalui pengalaman klinis, di mana pelajar dan perawat melakukan keterampilan psikomotorik atau prosedural dengan pasien dan mendapat manfaat dari menerima penilaian dan umpan balik dari pendidik klinis secara real time. Peserta didik yang tidak melakukan keterampilan klinis secara teratur atau memiliki kesenjangan dalam praktik klinis dapat menggunakan simulasi untuk memperoleh praktik yang

dibutuhkan atau dapat menyegarkan kembali keterampilan di laboratorium (Oermann et al., 2016).

7.7. Penutup

Setiap mahasiswa keperawatan harus memiliki keterampilan dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk pascainnya. Keterampilan menjadi kunci utama dalam tindakan profesional yang ada di diri perawat. Tentunya selama masa perkuliahan atau sekolah mahasiswa perlu diberikan keterampilan agar dapat menerapkannya di lingkungan klinis. Tahapan pemberian keterampilan bagi siswa yaitu : menjelaskan tentang pengetahuan kognitif keterampilan yang akan dilakukan sehingga mereka menjadi lebih mengerti dan memahami, selanjutnya lakukan demonstrasi di depan siswa disertai dengan penjelasan terhadap tindakan yang dilakukan, kemudian lakukan latihan terencana yang dimana setiap mahasiswa melakukan keterampilan dengan individu, berpasangan, atau kelompok, setelah itu lakukan penilaian secara objektif terhadap keterampilan mahasiswa yang telah dilakukan, dan terakhir kembali lakukan latihan secara lanjutan dan berulang sehingga mahasiswa dapat mampu melakukan tindakan secara mandiri. Melalui latihan, pembelajar mempertahankan keterampilan setelah pelatihan awal mereka dan mengembangkan keahlian mereka dalam kinerja keterampilan.

DAFTAR PUSTAKA

- Akyüz, E., & Erdemir, F. (2013). Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics*, 20(6), 660–671.
<https://doi.org/10.1177/0969733012468931>
- Caliskan, N., Ozturk, D., Baykara, Z. G., Korkut, H., & Karadag, A. (2012). The Effect of Periodic Training on the Clinical Application of Nursing Students' Psychomotor Skills. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 47(8), 786–791.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.735>
- Demiray, A., Keçeci, A., & Çetinkaya, M. Y. (2017). Students' Perceptions of Psychomotor Skills Training: A Qualitative Study. *International Archives of Nursing and Health Care*.
<https://doi.org/http://doi.org/10.23937/2469-5823/1510032>
- Durmaz Edeer, A., & Dicle, A. (2015). Use of Simulation in Nursing Education and Simulation Types. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, January 2015.
<https://doi.org/10.5222/head.2015.121>
- EA, K., DU, Y., GO, C., Dilemek, H., & Arabaci, L. B. (2018). The Effects of Simulation on Nursing Students Psychomotor Skills. *International Journal of Clinical Skills*, 12(1), 185–191.
<https://doi.org/10.4172/clinical-skills.1000132>
- Ekawardani, N., Manampiring, A. E., & Kristanto, E. G. (2023). Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Tenaga Kesehatan terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Analysis of Factors Associated with Health Workers Perceptions about the Implementation of Patient . 4(1), 79–88.
- Garden, A. L., Le Fevre, D. M., Waddington, H. L., & Weller, J. M. (2015). Debriefing after simulation-based non-technical skill training in healthcare: A systematic review of effective practice. *Anaesthesia and Intensive Care*, 43(3), 300–308.
<https://doi.org/10.1177/0310057x1504300303>
- Kapucu, S., & Bulut, H. (2011). Turkish nursing students' views

- of their clinical learning environment: A focus group study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 27(5), 1149–1153.
- Kardong-Edgren, S., & Mulcock, P. M. (2016). Angoff method of setting cut scores for high-stakes testing: Foley catheter checkoff as an exemplar. *Nurse Educator*, 41(2), 80–82. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000218>
- Kneebone, R. (2005). Evaluating clinical simulations for learning procedural skills: A theory-based approach. *Academic Medicine*, 80(6), 549–553. <https://doi.org/10.1097/00001888-200506000-00006>
- Kurniawan, D. (2023). *Interprofessional Education Sebagai Upaya Membangun Kemampuan Perawat dalam Berkolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Lain*. 4(2), 6–13.
- Lee, J., & Pok-Ja. (2015). Effects of the Use of High-Fidelity Human Simulation in Nursing Education: A Meta-Analysis. *Journal of Nursing Education*, 9(54). <https://doi.org/https://doi.org/10.3928/01484834-20150814-04>
- Levett-Jones, T., & Lapkin, S. (2014). A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse Education Today*, 34(6), e58–e63. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.020>
- McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Cohen, E. R., Barsuk, J. H., & Wayne, D. B. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine*, 86(6), 706–711. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318217e119>
- Mwale, O. G., & Kalawa, R. (2016). Factors affecting acquisition of psychomotor clinical skills by student nurses and midwives in CHAM Nursing Colleges in Malawi: A qualitative exploratory study. *BMC Nursing*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0153-7>
- Oermann, M. H., Molloy, M. A., & Vaughn, J. (2015). Use of deliberate practice in teaching in nursing. *Nurse Education Today*, 35(4), 535–536. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.007>
- Oermann, M. H., Muckler, V. C., & Morgan, B. (2016). Framework

- for teaching psychomotor and procedural skills in nursing. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(6), 278–282.
<https://doi.org/10.3928/00220124-20160518-10>
- Prsetyo, B., Izzati, D., Anis, W., Jayanti, R. D., Wittiarika, I. D., Amalia, R. B., Ningtyas, W. S., Dwilda, E., Fitriana, F., Frety, E. E., & Ningrum, A. G. (2021). *Simulasi Dalam Pendidikan Kebidanan*. Arilangga University Press.
- Rembet, I. Y., Wijayanty, C. D., & Susilo, W. H. (2023). *Pengaruh Pelatihan Self Leadership Terhadap Clinical Leadership Competency Perawat Pelaksana Di Dua Rumah Sakit Umum Swasta Tipe C Provinsi Sulawesi Utara* Received : 23 August 2022 ; Revised : 12 October 2022 ; Accepted : 17 December 2022 DOI : <http://dx.09>(January), 421–436.
- Ross, J. G., Bruderle, E., & Meakim, C. (2015). Integration of Deliberate Practice and Peer Mentoring to Enhance Students' Mastery and Retention of Essential Skills. *Journal of Nursing Education*, 3.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20150218-20>
- Sawyer, T., White, M., Zaveri, P., Chang, T., Ades, A., French, H., Anderson, J., Auerbach, M., Johnston, L., & Kessler, D. (2015). Learn, See, Practice, Prove, Do, Maintain: An Evidence-Based Pedagogical Framework for Procedural Skill Training in Medicine. *Academic Medicine*, 90(8), 1025–1033.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000734>
- Schmidt, Richard A. Lee, T. D. (2005). *Motor control and learning: A behavioral emphasis, 4th ed.* APA PsycInfo.
- Setiawan, A. H., Yusuf, A., & Nihayati, H. E. (2017). PENGEMBANGAN MODEL PEMBELAJARAN KLINIK EXPERIENTIAL TERHADAP CAPAIAN PEMBELAJARAN PEMBELAJARAN KLINIK KEPERAWATAN GAWAT DARURAT MAHASISWA NERS. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10, 180–187.
- Soderstrom, N. C., & Bjork, R. A. (2015). Learning Versus Performance: An Integrative Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 176–199.
<https://doi.org/10.1177/1745691615569000>
- Wulf, G. (2007). *Attention and Motor Skill Learning*. Human Kinetics.

Wulf, G., Shea, C., & Lewthwaite, R. (2010). Motor skill learning and performance: A review of influential factors. *Medical Education*, 44(1), 75–84. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03421.x>

BAB 8

PEMBELAJARAN AFEKTIF DI LINGKUNGAN KLINIS

Oleh Muhamad Nor Mudhofar, SPd., M.Kes.

8.1. Pendahuluan

Pendidikan Keperawatan merupakan pendidikan Vokasi dimana anak didik dituntut tidak Cuma pandai pengetahuannya juga harus trampil dan cakap tentang skilnya. Pendidikan merupakan salah satu faktor penting yang menentukan kemajuan suatu negara. Keberhasilan pendidikan sangat ditentukan oleh guru sebagai pelaksana pembelajaran. Sekolah memiliki peran sebagai lembaga yang memproses lulusan untuk bidang-bidang pekerjaan dalam kehidupan masyarakat secara luas. Peran yang diberikan kepada sekolah adalah sebagai bentuk tanggungjawabnya untuk mencerdaskan anak bangsa. Oleh karena itu sekolah melaksanakan kegiatan layanan belajar sesuai dengan pp no.19 tahun 2005 pasal 1 ayat1 yang menyatakan standar nasional pendidikan adalah kriteria minimal tentang sistem pendidikan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia. Inti dari kegiatan dari kegiatan sekolah adalah memberi layanan belajar kepada peserta didik sesuai dengan standar minimal yang telah ditentukan. Pelaksanaan pendidikan perlu penjaminan mutu yang bertujuan untuk memenuhi atau melampaui standar nasional pendidikan. Salah satu hal yang penting perlu dilaksanakan dengan mutu pendidikan adalah mutu layanan belajar. Artinya peserta didik mendapatkan layanan yang berkualitas dari sekolah dengan seluruh perangkat yang ada didalamnya yang dengan layanan belajar yang berkualitas. (Sari *et al.*, 2017). Keperawatan merupakan profesi yang dibutuhkan penguasaan sejumlah besar pengetahuan dan ketrampilan klinis, termasuk di dalamnya

adalah standar yang tinggi akan kebiasaan dan perilaku yang tepat. Oleh karena itu, usaha pembelajaran sangat tepat jika dimulai sejak dini. Institusi pendidikan Keperawatan perlu melakukan penilaian perilaku mahasiswa sejak awal pembelajaran, sehingga dapat memberikan jaminan bahwa lulusan nantinya akan dapat mempraktikkan perilaku yang profesional yang diharapkan. Perilaku yang profesional menjadi bagian dari pembelajaran ketrampilan klinis di lingkungan pendidikan Keperawatan. (Purnamasari, Claramita and Prabandari, 2015) Keperawatan suatu bidang ilmu praktik, berisi teori-teori tindakan berkaitan dengan misinya yang berpusat pada manusia, keprihatinan mengenai masalah kesehatan, dan sifat prosesnya sendiri di dalam lingkungan praktik.

Pembelajaran di lingkungan klinis adalah lingkungan multiguna yang selalu dinamik dan selalu berubah menurut keadaan dan dinamika yang terjadi di masyarakat, untuk pencapaian berbagai tujuan praktik klinis di dalam kurikulum profesional. Bagaimana pengajar mempersiapkan tindakan ini ? Bagaimana pengajar mempersepsikan kegiatan belajar yang melibatkan anak didik ? Setiap pengajar harus merenungkan pertanyaan ini dan mendapatkan jawaban ini akan memberikan pengaruh yang bermakna pada arah pendidikan. (Obermann, 2002) Praktik klinis merupakan salah satu fungsi yang harus ada dalam semua program pendidikan Keperawatan yang merupakan pendidikan Vokasi yang mempersiapkan praktik profesional, terutama di bidang pelayanan pada masyarakat. Untuk memenuhi keputusan klinis tertentu dan harus trampil.

8.2. Tujuan Lingkungan Klinis

Lingkungan klinis memiliki tujuan sendiri yaitu memberikan perawatan kesehatan pelayanan lain pada populasi tertentu, pendidikan untuk pratisi dan peserta didik dari disiplin ilmu yang berbeda, dan melakukan penelitian diberbagai bidang. Setiap lingkungan memiliki prioritasnya sendiri di antara berbagai tujuan yang pada gilirannya, akan menentukan pilihan yang tersedia untuk pembelajaran. Pembelajaran klinis

mendidik mahasiswa untuk menerapkan/mengaplikasikan teori yang diajarkan untuk diterapkan dalam lingkungan klinis. Mahasiswa belajar mengenal profesi keperawatan dan membantu mereka menjadi praktisi yang aman menghadapi realitas peran dan pekerjaan mereka dalam praktik klinik. (Putri, Sumartini and Rahmi, 2021) Di beberapa lingkungan, seperti sekolah, pemberian perawatan kesehatan merupakan prioritas kedua dari tujuan yang utama, yaitu pendidikan. Perawatan kesehatan dianggap memiliki peran pendukung terhadap tujuan utama organisasi. Tujuan ganda dari lingkungan klinis sangat berkaitan dengan jenis pelayanan yang disediakan di lembaga itu dan jenis fungsi personal di sana. Meskipun tujuan utama dari lembaga perawatan kesehatan adalah kesejahteraan pasien yang dilayani, ada banyak potensi untuk munculnya tidak cocokan dan bertentangan karena setiap kelompok individu mencari wilayah dan metode operasinya sendiri. Hal ini memang benar jika dikaitkan dengan lingkungan perawatan kesehatan di mana ada dua jenis otoritas: (1) otoritas administratif dan (2) otoritas profesional. Otoritas administratif menuntut tanggungjawab organisasi dan fungsi institusi terhadap tujuan institusi, seperti pemberian pelayanan, efesiansi, dan keefektifan biaya. Para profesional mungkin mempunyai tujuan lain seperti mengembangkan pengetahuan, ketrampilan, dan praktik profesionalnya sendiri serta berkontribusi ilmu pengetahuan pada disiplin mereka.

Otoritas profesional diperlukan agar praktik dapat efektif. Menggambarkan seorang profesional sebagai seseorang yang memiliki pengetahuan luas dan akibat pengetahuan ini, dia dianggap memiliki sesuatu derajat otonomi yang relatif tinggi dalam pengaturan praktiknya. Profesional memerlukan otonomi untuk terlibat dalam praktik yang inovatif serta untuk mencoba ide dan strategi baru dalam pemberian perawatan. Profesional bertindak secara independen dalam menggunakan pengetahuan profesionalnya, keputusan mereka diputuskan oleh mereka sendiri, bukan oleh otoritas institusional. Otoritas para profesional tersebut didasarkan pada pengetahuan ini. Pertimbangan yang independen dan mengacu pada kode etik

profesional yang melebihi struktur organisasi memang sesuai untuk praktik profesional.

Individu yang memenuhi tujuan pelayanan dari institusi mempunyai beragam tingkatan praktik dan akuntabilitas, biasanya dengan fungsi dan harapan yang sudah ditetapkan dengan jelas. Hubungan diantara individu dalam setiap kelompok, seperti perawat pelaksana dan perawat *registered*, dan antara kelompok seperti: dokter dan perawat bisa mempengaruhi keefektifan fungsinya di dalam organisasi, terutama jika tanggungjawab dipersepsikan secara berbeda oleh pihak yang dilibatkan. Konflik seperti itu mungkin muncul dikarenakan ada masalah dalam komunikasi dan perubahan tuntutan dalam suatu kelompok profesional akibat semakin luasnya pengetahuan dan teknologi serta keputusan politik, sosial, dan ekonomi. (Obermann, 2002)

Setiap lingkungan klinis memiliki nilai, budaya, norma-norma dan perilaku harapannya sendiri. Dimensi kebudayaan ini berfungsi untuk mengendalikan perilaku dari macam-macam individu dalam lingkungan dan memberikan sanksi bagi mereka yang melanggar. Norma kebudayaan terutama ditujukan untuk mereka yang memberi pelayanan. Orang baru masuk, seperti peserta didik dan pasien, perlu mempelajari perilaku yang diharapkan dan menjalankannya dengan benar, jika ingin diterima di dalam organisasi. Lingkungan klinis, suatu tempat yang akan dimasuki peserta didik dan pengajar merupakan lingkungan yang multidisiplin dan memiliki tujuan ganda. Lingkungan ini memiliki potensi yang membentuk kompetisi dan konflik yang setiap saat dapat mempengaruhi aktivitasnya.

8.3. Konsep Mengajar Klinis

Penyampaian pembelajaran memang harus mengutamakan unsur pemahaman mahasiswa karena mereka akan menjadi agen penerus dalam menyampaikan ilmu yang didapatnya. Akan tetapi, jika pemahaman dalam konteks pembelajaran selama perkuliahan tidak dapat dicapai, hal ini juga mungkin akan terbawa sampai dunia kerja. (Nuryati, Pramono and Desristanto, 2021)

Tugas pendidik profesional adalah mempersiapkan pratisi yang tidak hanya memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan dalam praktiknya, tetapi juga mempunyai kemampuan untuk mengembangkan teori praktiknya dan konsep sendiri yang sesuai dengan bidang ilmunya karena mereka nantinya berhadapan langsung pada masyarakat, penguasaan keterampilan klinis merupakan elemen penting dari profesional pendidikan keperawatan. Pada mulanya keterampilan klinis dasar diajarkan secara langsung pada pasien di bawah bimbingan pembimbing klinik pada saat mahasiswa memasuki kepaniteraan klinik atau tahap Pendidikan Profesi di rumah sakit Pendidikan. Oleh karena itu, diperkenalkan sebuah modifikasi system pengajaran yang di sebut laboratorium keterampilan klinis atau skil. Skill laboratorium merupakan wahana bagi mahasiswa untuk belajar keterampilan klinis dasar dengan pengaturan perawat-pasien namun dilakukan dalam suasana Latihan. (Riskawati *et al.*, 2019)

Kerangka konsep dalam proses belajar-mengajar, mewakili perpaduan keyakinan yang harmonis mengenai sifat proses mengajar dan sifat proses belajar, berfungsi sebagai dasar untuk semua keputusan yang berhubungan dengan pembelajaran kompetensi praktik klinis. Kerangka ini bersifat deskriptif bukan preskriptif. Kerangka ini menyediakan sumber untuk keputusan yang berkaitan dengan pemilihan obyektif pembelajar pada kuliah praktik berkaitan dengan keseluruhan program. (Obermann, 2002). Tujuan praktik klinis dalam sebuah program keperawatan seperti yang dijelaskan memerlukan teori belajar yang mengarah pada proses kognitif, perkembangan, dan proses humanistik. Keperawatan merupakan suatu aktifitas yang *kognitif*. Meskipun praktiknya memerlukan keterampilan psikomotorik dan keterampilan afektif, aktifitas utamanya adalah keterampilan pemecahan-masalah dan pembuatan-keputusan, serta pertimbangan klinis. Karakter proses belajar keperawatan yang cocok untuk seorang pengajar dalam lingkungan klinis berasal dari ahli teori di bidang pembelajaran yang menganut pandangan ilmu humaniora adalah ahli yang berhubungan dengan teori kognitif/gestalt, teori perkembangan,

dan teori humanism. Mereka ini seringkali dihubungkan dengan ahli fenomenologi karena pendekatan mereka terhadap ilmu mengenai aktivitas mental berasal dari kerangka kerja holistik yang bermakna bukan dari hasil analisis pada setiap bagian aktivitas tersebut. (Obermann, 2002) Belajar merupakan suatu proses perubahan perilaku yang berasal dari pengalaman dan memandang pembelajaran sebagai suatu proses yang menjebatani perilaku dan tindakan sebagai variabel intervensi antara pengalaman tertentu dan perubahan perilaku. Pendidikan merupakan kunci sukses kehidupan. Dalam prosesnya , Pendidikan memerlukan professional yang berkompeten dibidangnya. Pendidik/guru adalah salahsatu komponen sukses tidaknya Pendidikan di sekolah. (Ansori, Supriyanto and Burhanuddin, 2016)

Kerangka kerja yang diajukan berisi konsep dan teori yang dianggap relevan dengan pengalaman pendidikan yang ada dalam komponen praktik klinis pada suatu program perawatan. Kerangka kerja mengenali ketiga domain pembelajaran, kognitif, afektif dan psikomotorik, terjadi dalam lingkungan klinis, tetapi kerangka kerja ini juga menekankan proses kognitif pembelajaran sebagai unsur utama. Pilihan ini dibuat karena keperawatan melibatkan keterampilan kognitif di dalam semua unsur praktiknya: pertimbangan klinis yang ada dalam proses perawatan untuk memecahan masalah dan pemberian perawatan; pilihan dalam seleksi dan penggunaan strategi intervensi serta alternatifnya yang diperlukan untuk merespon individu; dan alasan moral yang penting untuk mengambil tindakan manusia dalam suatu lingkungan praktik yang kompleks. Perawat “melakukan”, tetapi yang mendasari semua tindakannya adalah proses kognitif, walaupun beberapa tindakan dilakukan secara *knowing-in-action* suatu respons otomatis yang dihasilkan dari pengalaman kognitif sebelumnya.

Kerangka kerja yang mendukung pemecahan masalah, pengalaman belajar, dan perawatan manusia harus relevan dengan pengajaran kompetensi praktik keperawatan di dalam lingkungan klinis karena hal itu merupakan tiga proses yang

mendominasi pengalaman. Aktivitas pemecahan masalah tidak hanya penting untuk perawatan klien secara perorangan, tetapi juga sebagai cara yang dipakai peserta didik untuk mengembangkan ketrampilan mendiskriminasi saat berhadapan dengan pilihan ganda, untuk memperluas perspektif sehingga respons atau tindakan alternatif terlihat jelas dalam praktik, dan untuk mempelajari cara belajar agar sikap bertanya dapat dibentuk sehingga evaluasi selanjutnya dapat dilakukan pada bentuk praktik yang baru dan berkelanjutan. (I;Mu'awanah;Suhardono, 2022)

Perawatan bagian yang melekat dalam keperawatan, merupakan unsur kritis yang jelas dalam pendidikan peserta didik untuk praktik profesional humanistik. Pada saat tertentu, peralihan pada proses imitasi atau harapan dilakukan dengan kegiatan pedagogik yang sama dengan ketrampilan kognitif dan psikomotor. Teori pendidikan dari ilmu humaniora, teori etika, dan teori serta model fenomena perawatan sekarang dipelajari secara kognitif dan disatukan ke dalam komponen pemecahan masalah dan komponen pengalaman dari pembelajaran. Dengan demikian, ilmu dan seni keperawatan dipelajari dalam konteks perawatan pasien di lingkungan klinis.

Pengalaman belajar penting dalam disiplin praktik dan menyediakan kesempatan untuk praktik pemecahan-masalah dengan pasien dan masalah sebenarnya dilingkungan pengalaman-langsung dalam pemberian perawatan, dan pengambilan keputusan moral atau etis berkaitan dengan pasien, lingkungan atau diri sendiri. Pengetahuan tentang pengetahuan kognitif, *field-independent* dan *field-dependent* sangat berkaitan dengan pengolahan informasi. Keperawatan merupakan bidang yang berorientasi pada manusia dan lingkungan praktik menyediakan kesempatan untuk bekerja dengan manusia. Lingkungan memang tempat yang sesuai untuk individu *field-dependent*, tetapi apa yang diharapkan pengajaran dari peserta didik *field-independent*?

Pendidikan keperawatan merupakan komponen penting dari akuntabilitas profesional dan asuhan keperawatan

berkualitas. Mahasiswa keperawatan diharapkan dapat berpikir kritis untuk memproses data yang kompleks dan membuat keputusan yang cerdas mengenai perencanaan dan pengelolaan mengingat pentingnya hal tersebut dalam pembuatan keputusan, *problem solving* dan *clinical judgment*, sedangkan kepercayaan diri mempengaruhi hampir setiap aspek kehidupan individu, dari kemampuan individu untuk berpikir optimis dan bertahan melalui kesulitan, serta pengembangan rasa percaya diri. (Patmawati, Saleh and Syahrul, 2018) Untuk itu keperawatan saat ini memerlukan ketrampilan untuk melakukan analisis dan uji hipotesis (*field-independent*) dan ketrampilan interaksi individu (*field-dependent*). Kedua jenis perilaku ini menjadi tujuan praktik klinis. Bagaimana cara kita menyalurkan pilihan masing-masing kelompok, tetapi yang melibatkan keterampilan kognitif dan sosial? Pengenalan terhadap fenomena gaya kognitif memungkinkan pengajar untuk membantu perkembangan pilihan pada setiap kelompok peserta didik dan merancang strategi untuk mengembangkan keterampilan yang berlawanan sehingga hasil dapat diperoleh.

Ahli teori yang menekankan pemecahan masalah, pengalaman dan proses perawatan sebagai modalitas pengajaran juga menyoroti fungsi persepsi, wawasan, dan prinsip umum dalam peralihan pembelajaran. Penekanan pada makna dan hubungan antara pengalaman lama dan pembelajaran baru memperjelas pentingnya perkembangan pemahaman yang menyadari semua tindakan keperawatan dan bukan “melakukan” tindakan itu sendiri.

Pengajaran di bidang klinis yang didasarkan pada konsep belajar-mengajar ini difokuskan pada suasana belajar yang mendukung aktivitas peserta didik saat peserta didik sangat rentan. Komponen diagnostik dan intervensi dari pengajaran akan memfasilitasi kegiatan belajar dan mengajar. Pertimbangan diberikan untuk menyediakan waktu yang cukup guna memecahkan masalah dan melaksanakan pelayanan keperawatan, mendukung usulan kreatif yang diajukan peserta didik, dan menerima kemungkinan kesalahan sebagai bagian

dari setiap pengalaman belajar. Peserta didik bukanlah pratisi, tetapi di bidang klinis tempat pratisi melaksanakan aktivitas mereka, harapan terhadap kinerja yang dapat diterima oleh peserta didik seringkali dinilai berdasarkan hal yang diobservasi dalam praktik.

Kesempatan untuk menggunakan pengetahuan dalam berbagai keadaan membantu perkembangan kemampuan untuk mengerjakan pembelajaran dengan cara menemukan makna yang baru dan hubungannya. Penggabungan pembelajaran akan memuncak dalam suatu kumpulan pengetahuan yang saling berkaitan yang terdiri dari dasar-dasar praktik keperawatan. (Obermann, 2002)

8.4. Pemilihan Lingkungan Klinis

Lingkungan Klinis kaya akan pengalaman pengalaman belajar tetapi lingkungannya kurang mendukung sehingga mematahkan semangat peserta didik untuk mencari pengalaman dan akibatnya banyak kesempatan untuk maju hilang. Demikian juga, suatu lingkungan yang memungkinkan memiliki pengalaman terbatas tetapi lingkungannya sangat mendukung dapat menyediakan kesempatan bagi peserta didik untuk mengkaji kebutuhan keperawatan kesehatan yang baru dan cara untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Tanpa memperhatikan lingkungan untuk praktik klinis, suasana belajar akan merupakan faktor yang turut menentukan pencapaian dan kepuasan peserta didik terhadap pengalaman belajarnya. Kurikulum yang berbasis kearifan lokal, diharapkan dapat diterima dan dapat dengan mudah di pahami oleh siswa. (Mudhofar *et al.*, 2022). Lingkungan klinis yang dipilih penting untuk mencapai obyek dan tujuan praktik dalam sebuah program pendidikan Keperawatan. Di beberapa komonitas, pemilihan tempat klinis merupakan suatu proses yang sulit karena adanya kompetensi antara program keperawatan untuk penggunaan lingkungan klinis, terutama rumah sakit dan lembaga kesehatan komonitas. Akses untuk pasien bahkan telah menjadi masalah di beberapa lingkungan rawat jalan tempat

peserta didik keperawatan bersaing untuk menempatan dengan medis, perawat, kerja sosial, dan profesi kesehatan lain.

Lingkungan klinis yang di pilih memenuhi kreteria:

8.4.1. Keseluruhan: Lingkungan dan Staf Pengajar

1. Lingkungan klinis memiliki ijin atau diakreditasi, jika dapat dipakai;
2. Personil adminitratif dan staf fleksibel dalam menentukan pengalaman belajar, waktu peserta didik di Lembaga, peran staf pengajar waktu staf pengajar di tempat, dan aspek lain dari pengalaman belajar.
3. Filosofi lingkungan klinis dan departemen keperawatan sesuai dengan nilai dan kepercayaan staf.
4. Staf pengajar ada untuk mengajar di lingkungan
5. Staf pengajar mengenali hak dan tanggungjawab lingkungan.
6. Evaluasi pengalaman terdahulu dari staf pengajar dan peserta didik didalam lingkungan menggambarkan standar program keperawatan
7. Biaya yang dihubungkan dengan penggunaan lingkungan klinis dapat diterima pada program keperawatan.

8.4.2. Pasien

1. Populasi pasien sesuai dengan obyektif yang akan dicapai
2. Populasi pasien, jumlahnya cukup untuk jumlah peserta didik yang akan ditempatkan di dalam lingkungan klinis
3. Pasien yang ada di lingkungan memiliki waktu yang cukup untuk pencapaian obyektif
4. Rentang pengalaman belajar tersedia di dalam lingkungan
5. Praktik asuhan keperawatan adalah yang terbaru
6. Asuhan keperawatan mewakili standar praktik dan nilai-nilai serta kepercayaan staf pengajar
7. Sarana daya (misalnya, pelayanan sosial) untuk perawatan pasien tersedia dalam lingkungan dan dapat diakses untuk peserta didik

8. Catatan pasien dapat diakses peserta didik. (I;Mu'awanah;Suhardono, 2022)

8.4.3. Staf

1. Staf keperawatan yang ada berperan sebagai pendidik, pembimbing, dan peran lainnya, bergantung pada obyektif;
2. Staf bekerja sama dengan staf pengajar dan peserta didik dalam pemilihan pengalaman belajar;
3. Staf ikut serta dalam orientasi yang dilakukan staf pengajar terhadap pengalaman dan harapan serta dalam evaluasi pengalaman tersebut;
4. Staf pengajar dan peserta didik diorientasikan oleh staf terhadap lingkungan klinis.

8.4.4. Prasarana untuk Peserta Didik dan Staf Pengajar

1. Sarana-prasarana untuk pembelajaran peserta didik (contoh, pengembangan staf, perpustakaan, bahan rujukan) tersedia di lingkungan;
2. Tempat disediakan bagi staf pengajar dan peserta didik untuk menyimpan milik pribadi dan mengadakan pertemuan;
3. Lingkungan juga mencakup fasilitas ruang makan jika ada yang tersedia di dekatnya. (Obermann, 2002).

Beberapa kreteria memiliki kepentingan yang lebih besar dari kreteria lain dalam hubungannya dengan obyektif, dan staf pengajar membuat ketentuan ini sebelum meninjau lingkungan yang akan dipakai. Perlu ditambahkan bahwa kreteria yang disajikan di sini adalah kreteria yang lebih spesifik dan disesuaikan dengan filosofiprogram perawatan, obyektif yang akan dicapai dalam praktik, dan jenis lingkungan khusus yang diputuska

DAFTAR PUSTAKA

- ANSORI, A., SUPRIYANTO, A. AND BURHANUDDIN (2016) 'PELAKSANAAN SUPERVISI KLINIS DALAM MENINGKATKAN KINERJA GURU SEKOLAH DASAR, EDUCATIONAL RESEARCH: PLANNING, CONDUCTING AND EVALUATING QUANTITATIVE.', *JURNAL PENDIDIKAN: TEORI, PENELITIAN, DAN PENGEMBANGAN*, 1(12), PP. 2321–2326.
- I;MU'AWANAH;SUHARDONO, M.N.J.S.P. (2022) *BUKU PANDUAN PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II*. 1ST EDN. BLORA.
- MANSYUR, A.R. (2020) 'DAMPAK COVID-19 TERHADAP DINAMIKA PEMBELAJARAN DI INDONESIA', *EDUCATION AND LEARNING JOURNAL*, VOL. 1, NO, PP. 113–123.
- MUDHOFAR, M.N. *ET AL.* (2022) 'Intervensi Kesiapsiagaan Bencana dalam Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Siswa Sekolah Menengah Atas', *JURNAL KEPERAWATAN*, 14(2), PP. 583–588.
- NURYATI, N., PRAMONO, A.E. AND DESRISTANTO, P. (2021) 'PERSPEKTIF MAHASISWA MENGENAI KENDALA DALAM PEMBELAJARAN KODIFIKASI KLINIS SECARA DARING', *JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL*, 6(3), P. 190. AVAILABLE AT: [HTTPS://DOI.ORG/10.22146/JKESVO.65983](https://doi.org/10.22146/JKESVO.65983).
- OBERMANN, D.E.R.M.H. (2002) *PENGAJARAN KLINIS DALAM PENDIDIKAN KEPERAWATAN*. 2ND EDN. JAKARTA.
- PATMAWATI, T.A., SALEH, A. AND SYAHRUL, S. (2018) 'EFEKTIFITAS METODE PEMBELAJARAN KLINIK TERHADAP KEMAMPUAN BERPIKIR KRITIS DAN KEPERCAYAAN DIRI MAHASISWA KEPERAWATAN: A LITERATURE REVIEW', *JURNAL KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH*, 3(2), PP. 88–94. AVAILABLE AT: [HTTPS://DOI.ORG/10.30651/JKM.V3I2.1823](https://doi.org/10.30651/JKM.V3I2.1823).
- PURNAMASARI, C.B., CLARAMITA, M. AND PRABANDARI, Y.S. (2015) 'PEMBELAJARAN PROFESIONALISME

- KEDOKTERAN DALAM PERSEPSI INSTRUKTUR DAN MAHASISWA', *JURNAL PENDIDIKAN KEDOKTERAN INDONESIA: THE INDONESIAN JOURNAL OF MEDICAL EDUCATION*, 4(1), P. 21. AVAILABLE AT: [HTTPS://DOI.ORG/10.22146/JPKI.25263](https://doi.org/10.22146/jpki.25263).
- PUTRI, S.T., SUMARTINI, S. AND RAHMI, U. (2021) 'PERSPEKTIF MAHASISWA KEPERAWATAN TERHADAP CAPAIAN PEMBELAJARAN KLINIK DENGAN METODE PEER LEARNING', *JURNAL VOKASI KESEHATAN*, 6(2), P. 68. AVAILABLE AT: [HTTPS://DOI.ORG/10.30602/JVK.V6I2.552](https://doi.org/10.30602/jvk.v6i2.552).
- RISKAWATI, Y.K. ET AL. (2019) 'PENGARUH PEMBELAJARAN DAN PENILAIAN KETERAMPILAN KLINIS DI KEPANITERAAN UMUM TERHADAP TINGKAT KESIAPAN MAHASISWA KEDOKTERAN MELAKUKAN KETERAMPILAN KLINIS DI TAHAP PROFESI', *JURNAL KEDOKTERAN BRAWIJAYA*, 30(4), PP. 323-330. AVAILABLE AT: [HTTPS://DOI.ORG/10.21776/UB.JKB.2019.030.04.17](https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2019.030.04.17).
- SARI, S.I. ET AL. (2017) 'PENGENDALIAN DAN PENJAMINAN MUTU PENGAJARAN MELALUI SUPERVISI KLINIS', *SATYA WIDYA*, 33(1), P. 1. AVAILABLE AT: [HTTPS://DOI.ORG/10.24246/J.SW.2017.V33.I1.P1-10](https://doi.org/10.24246/j.sw.2017.v33.i1.p1-10).

BAB 9

TEMPAT PRAKTIK KLINIK DALAM KURIKULUM

Oleh Dr. Nyimas Heny Purwati, M.Kep., Ns., Sp. Kep.An.

9.1. Pendahuluan

Tempat praktik klinik adalah komponen penting dalam kurikulum keperawatan yang dirancang untuk memberikan pengalaman praktis dan nyata kepada mahasiswa keperawatan. Dalam tempat praktik klinik, mahasiswa memiliki kesempatan untuk menerapkan teori yang telah dipelajari di kelas ke dalam praktek perawatan langsung dengan pasien di lingkungan klinik. Tempat praktik klinik memiliki peran penting dalam membantu mahasiswa mengembangkan keterampilan klinik dan mempersiapkan mereka untuk memasuki profesi keperawatan. Selain itu, tempat praktik klinik juga membantu membangun kepercayaan diri dan rasa tanggung jawab dalam merawat pasien.

9.2. Tempat Praktik Klinik

Tempat praktik klinik adalah lokasi atau fasilitas di mana mahasiswa keperawatan atau mahasiswa dari program kesehatan lainnya menjalani pengalaman praktik atau magang untuk mengembangkan keterampilan klinik mereka dalam asuhan pasien. Tempat praktik klinik biasanya terletak di rumah sakit, klinik, pusat kesehatan, fasilitas perawatan jangka panjang, atau lingkungan kesehatan lainnya. Di tempat praktik klinik, mahasiswa memiliki kesempatan untuk berinteraksi dengan pasien secara langsung, mengamati dan belajar dari perawat dan profesional kesehatan lainnya, serta berpartisipasi dalam perawatan pasien dengan bimbingan dan pengawasan dari tenaga kesehatan yang berpengalaman. Selama di tempat

praktik klinik, mahasiswa akan terlibat dalam berbagai aktivitas, seperti melakukan pengkajian pasien, merencanakan perawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan memberikan edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga mereka. Tempat praktik klinik keperawatan dapat beragam tergantung pada institusi pendidikan dan lingkungan kesehatan di sekitarnya serta capaian kompetensi yang akan dicapai mahasiswa. Berikut adalah beberapa contoh tempat praktik klinik keperawatan yang relevan:

9.2.1. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum adalah salah satu tempat praktik klinik keperawatan yang paling umum yang menyediakan perawatan medis, pembedahan, dan perawatan jangka panjang untuk berbagai kondisi medis. Mahasiswa keperawatan di rumah sakit umum akan mendapatkan pengalaman merawat pasien dengan berbagai kondisi, termasuk perawatan sehari-hari, pemantauan tanda-tanda vital, dan partisipasi dalam perawatan pasien yang kompleks.

9.2.2. Klinik Spesialis

Klinik spesialis adalah tempat praktik klinik keperawatan yang fokus pada kondisi medis tertentu atau populasi pasien tertentu. Misalnya, ada klinik spesialis untuk keperawatan anak, keperawatan gerontologi, keperawatan kesehatan mental, atau klinik spesialis untuk kondisi kardiovaskular. Mahasiswa di klinik spesialis akan memiliki kesempatan untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan yang mendalam dalam merawat populasi pasien tertentu.

9.2.3. Pusat Kesehatan Komunitas

Pusat kesehatan komunitas adalah tempat praktik klinik keperawatan yang berfokus pada pelayanan kesehatan masyarakat. Di sini, mahasiswa akan terlibat dalam perawatan primer, edukasi kesehatan, dan upaya pencegahan penyakit untuk populasi di lingkungan komunitas. Pusat Kesehatan

Komunitas dapat menjadi wahana praktik klinik yang berharga bagi mahasiswa keperawatan, membuka pintu untuk memahami peran perawat dalam konteks kesehatan masyarakat, memperkuat keterampilan klinik, dan berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

9.2.4. Unit Perawatan Intensif (ICU)

Unit perawatan intensif adalah bagian dari rumah sakit yang merawat pasien yang sakit parah atau kritis. Mahasiswa di ICU akan mendapatkan pengalaman merawat pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa, memantau pasien secara ketat, dan belajar menghadapi dan mengatasi situasi darurat

9.2.5. Unit Bedah

Unit bedah adalah tempat praktik klinik keperawatan di mana mahasiswa akan belajar merawat pasien sebelum, selama, dan setelah operasi. Mereka akan berpartisipasi dalam persiapan pasien untuk operasi, membantu selama operasi, dan memberikan perawatan pascabedah.

9.2.6. Unit Keperawatan Kebidanan dan Obstetri

Di unit keperawatan kebidanan dan obstetri, mahasiswa akan merawat ibu hamil, bersalin, atau pasien pasca melahirkan. Mereka akan belajar tentang perawatan pranatal, persalinan, dan perawatan pasien pascapersalinan

9.2.7. Panti Jompo atau Pelayanan Perawatan Kesehatan di Rumah

Tempat praktik klinik keperawatan juga dapat mencakup perawatan panti jompo atau layanan perawatan kesehatan di rumah bagi pasien yang membutuhkan perawatan khusus karena usia lanjut atau kondisi medis yang kronis. Setiap tempat praktik klinik keperawatan memberikan kesempatan yang unik bagi mahasiswa untuk mengembangkan keterampilan klinik mereka dalam merawat pasien dengan berbagai kondisi medis dan dalam berbagai lingkungan kesehatan. Pemilihan tempat

praktik klinik yang relevan akan memastikan mahasiswa mendapatkan pengalaman yang bermanfaat dan berharga dalam mempersiapkan mereka menjadi perawat yang kompeten dan berempati.

9.3. Periode dan durasi praktik klinik

Periode dan durasi praktik klinik dalam kurikulum keperawatan dapat bervariasi tergantung pada kebijakan dan program dari lembaga pendidikan yang bersangkutan. Secara umum, praktik klinik adalah komponen integral dalam pendidikan keperawatan yang memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk mengalami pengalaman praktis dalam merawat pasien dan mengembangkan keterampilan klinik. Berikut adalah penjelasan dan uraian terkait periode dan durasi praktik klinik

9.3.1. Periode Praktik Klinik

Periode praktik klinik adalah waktu ketika mahasiswa keperawatan ditempatkan di lingkungan klinik untuk menghadapi pengalaman praktis. Periode ini bisa mencakup satu atau beberapa blok waktu selama satu semester akademik atau lebih. Periode praktik klinik bisa dilakukan setelah mahasiswa telah menyelesaikan sebagian besar mata kuliah teori yang relevan atau pada tahap akhir dari program keperawatan.

9.3.2. Durasi Praktik Klinik

Durasi praktik klinik merujuk pada lamanya waktu yang dihabiskan oleh mahasiswa di tempat praktik klinik. Durasi ini bisa beragam, tergantung pada program dan kebijakan dari lembaga pendidikan atau kesepakatan dengan institusi kesehatan tempat mahasiswa ditempatkan. Durasi praktik klinik biasanya diukur dalam minggu atau bulan.

9.3.3. Durasi Tertentu dalam Setiap Blok Praktik

Jika periode praktik klinik terdiri dari beberapa blok waktu, durasi praktik dalam setiap blok bisa berbeda. Misalnya, dalam satu blok praktik, durasinya bisa dua hingga empat minggu, sedangkan di blok berikutnya bisa tiga hingga enam minggu. Hal ini memberikan variasi dan kesempatan bagi mahasiswa untuk mengalami lingkungan klinik yang berbeda.

9.3.4. Rotasi di Berbagai Setting Klinik:

Selama periode praktik klinik, mahasiswa biasanya akan mengalami rotasi di berbagai setting klinik, seperti rumah sakit, klinik, unit perawatan intensif, unit kebidanan, atau fasilitas perawatan jangka panjang. Rotasi ini memberikan pengalaman yang beragam dan memperkuat pemahaman tentang peran perawat dalam berbagai konteks perawatan.

9.3.5. Integrasi dengan Mata Kuliah Teori

Praktik klinik biasanya diintegrasikan dengan mata kuliah teori yang relevan. Mahasiswa dapat menerapkan pengetahuan yang telah dipelajari dalam kelas ke dalam praktek nyata selama praktik klinik, dan sebaliknya, pengalaman praktis tersebut dapat meningkatkan pemahaman mereka tentang materi teori.

9.3.6. Evaluasi dan Umpan Balik

Selama praktik klinik, mahasiswa akan dievaluasi dan mendapatkan umpan balik dari pengawas praktik klinik atau perseptor atau dosen. Evaluasi ini akan membantu mahasiswa mengidentifikasi kekuatan dan area perbaikan mereka dalam merawat pasien dan mengembangkan keterampilan klinik. Periode dan durasi praktik klinik merupakan waktu yang sangat penting bagi mahasiswa keperawatan untuk mengembangkan kompetensi klinik, memperkuat pemahaman tentang perawatan pasien, dan mempersiapkan diri mereka untuk menjadi perawat yang kompeten dan berkualitas.

9.4. Tujuan Dan Hasil Pembelajaran

Tujuan dan hasil pembelajaran yang diharapkan dicapai oleh mahasiswa selama praktik klinik dalam kurikulum keperawatan sangat penting untuk memastikan bahwa mahasiswa mendapatkan pengalaman dan kompetensi yang sesuai untuk menjadi perawat yang kompeten dan berkualitas. Berikut adalah beberapa tujuan dan hasil pembelajaran yang diharapkan selama praktik klinik:

9.4.1. Memahami Asuhan Pasien Holistik

Tujuan utama dari praktik klinik adalah membantu mahasiswa memahami asuhan pasien secara holistik. Mahasiswa diharapkan mampu melihat pasien sebagai individu yang unik dengan kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual, serta mampu menyediakan perawatan yang terintegrasi dan komprehensif

9.4.2. Mengembangkan Keterampilan Klinik

Praktik klinik bertujuan untuk membantu mahasiswa mengembangkan keterampilan klinik mereka dalam merawat pasien. Ini termasuk keterampilan seperti pengkajian kesehatan, merencanakan perawatan, melaksanakan tindakan medis, mengamati tanda-tanda vital, dan melakukan prosedur keperawatan

9.4.3. Menerapkan Pengetahuan Teori dalam Praktek

Mahasiswa diharapkan mampu menerapkan pengetahuan teori yang telah mereka pelajari dalam kelas ke dalam praktek nyata selama praktik klinik. Mereka harus mampu menghubungkan konsep teori dengan situasi klinik yang dihadapi dan mengambil keputusan berdasarkan bukti dan pengetahuan yang relevan.

9.4.4. Memahami Peran Perawat dalam Tim Kesehatan

Selama praktik klinik, mahasiswa diharapkan memahami peran perawat dalam tim kesehatan multidisiplin. Mereka harus dapat berkolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya, berkomunikasi secara efektif, dan berkontribusi pada perencanaan dan pengambilan keputusan dalam perawatan pasien.

9.4.5. Beradaptasi dengan Lingkungan Klinik

Mahasiswa diharapkan mampu beradaptasi dengan lingkungan klinik yang berbeda dan menghadapi tantangan dalam merawat pasien di berbagai setting kesehatan. Ini termasuk mampu menghadapi situasi darurat, mengelola stres, dan bekerja dengan efektif dalam situasi klinik yang dinamis.

9.4.6. Berprilaku Profesional dan Etika

Praktik klinik juga bertujuan untuk mengembangkan perilaku profesional dan etika mahasiswa keperawatan. Mahasiswa harus menunjukkan sikap etis, menghormati privasi pasien, menjunjung tinggi hak-hak pasien, dan berperilaku sesuai dengan standar etika keperawatan.

9.4.7. Mempertajam Keterampilan Komunikasi

Mahasiswa diharapkan mengembangkan keterampilan komunikasi yang efektif dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lainnya. Kemampuan untuk mendengarkan dengan empati, memberikan penjelasan yang jelas.

9.4.8. Merencanakan dan Melaksanakan Perawatan Pasien

Selama praktik klinik, mahasiswa diharapkan mampu merencanakan dan melaksanakan perawatan pasien berdasarkan evaluasi kondisi kesehatan pasien dan rencana perawatan yang telah ditetapkan.

9.5. Struktur pembelajaran

Struktur pembelajaran dalam tempat praktik klinik adalah sistem yang terorganisasi dengan baik untuk memfasilitasi pengalaman praktik klinik mahasiswa keperawatan atau mahasiswa dari program kesehatan lainnya. Struktur ini dirancang untuk memastikan bahwa mahasiswa mendapatkan pengalaman praktis yang bermanfaat dan sesuai dengan tujuan pembelajaran yang telah ditetapkan dalam kurikulum. Berikut adalah komponen utama dari struktur pembelajaran dalam tempat praktik klinik:

9.5.1. Pengaturan Praktik Klinik

Struktur pembelajaran dimulai dengan mengatur praktik klinik, yaitu menentukan tempat-tempat klinik di mana mahasiswa akan ditempatkan untuk praktik. Pengaturan ini mencakup pemilihan rumah sakit, klinik, atau fasilitas perawatan kesehatan lainnya yang sesuai dengan tujuan dan kebutuhan kurikulum.

9.5.2. Pengawas Praktik Klinik/Perseptor

Dalam struktur pembelajaran, pengawas praktik klinik/peseptor adalah peran penting. Pengawas praktik klinik/perseptor adalah perawat atau profesional kesehatan berpengalaman yang bertanggung jawab untuk membimbing, mengawasi, dan mendukung mahasiswa selama praktik klinik. Mereka memberikan arahan, umpan balik, dan membantu mahasiswa mengembangkan keterampilan klinik.

9.5.3. Durasi dan Jadwal Praktik Klinik

Struktur pembelajaran mencakup durasi dan jadwal praktik klinik yang telah ditetapkan. Ini mencakup jumlah waktu yang harus dihabiskan mahasiswa di lingkungan klinik serta jadwal rotasi yang mengatur waktu di berbagai unit atau setting klinik.

9.5.4. Kurikulum Praktik Klinik

Struktur pembelajaran mencakup kurikulum praktik klinik yang terdiri dari tujuan, hasil belajar, dan kompetensi yang diharapkan dicapai oleh mahasiswa selama praktik klinik. Ini mencakup juga topik dan materi yang harus diajarkan atau dipelajari selama praktik klinik.

9.5.5. Evaluasi dan Umpan Balik

Struktur pembelajaran juga mencakup sistem evaluasi yang digunakan untuk menilai kemajuan dan kinerja mahasiswa selama praktik klinik. Termasuk metode evaluasi, seperti penilaian keterampilan klinik, jurnal refleksi, dan penilaian dari pengawas praktik klinik/perseptor. Sistem umpan balik juga merupakan bagian penting dari struktur pembelajaran, di mana mahasiswa menerima umpan balik konstruktif untuk membantu meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mereka.

9.5.6. Bimbingan Akademik

Struktur pembelajaran mencakup bimbingan akademik, di mana mahasiswa mendapatkan dukungan dan bimbingan dari dosen atau perseptor akademik. Bimbingan ini mencakup perencanaan praktik klinik, refleksi terhadap pengalaman praktik, dan pengembangan rencana pengembangan pribadi.

9.6. Panduan Praktik Klinik

Panduan Praktik Klinik terkait informasi praktis tentang persiapan dan pelaksanaan praktik klinik adalah dokumen yang dirancang untuk memberikan panduan rinci kepada mahasiswa atau peserta praktik klinik tentang langkah-langkah yang harus diambil sebelum, selama, dan setelah praktik klinik. Panduan ini bertujuan untuk membantu mahasiswa mempersiapkan diri dengan baik, menjalankan praktik klinik dengan sukses, dan memaksimalkan pembelajaran selama pengalaman klinik. Berikut adalah beberapa komponen yang umumnya tercakup dalam Panduan Praktik Klinik:

9.6.1. Pendahuluan dan Tujuan

Panduan ini dimulai dengan pendahuluan yang menjelaskan tujuan dan manfaat praktik klinik. Ini membantu memotivasi mahasiswa dan memberikan pemahaman awal tentang apa yang diharapkan dari praktik klinik.

9.6.2. Persiapan Praktik Klinik

- a. **Kriteria Prasyarat:** Panduan akan menjelaskan persyaratan prasyarat yang harus dipenuhi sebelum memulai praktik klinik, seperti menyelesaikan teori atau simulasi klinik.
- b. **Pendaftaran dan Administrasi:** Panduan memberikan informasi tentang proses pendaftaran dan administrasi yang harus dilakukan sebelum memulai praktik klinik, termasuk pengisian formulir, pembayaran biaya, dan persiapan administratif lainnya.
- c. **Penempatan dan Jadwal:** Panduan juga akan memberikan informasi mengenai lokasi praktik klinik, unit atau setting klinik yang akan dirotasi, serta jadwal praktik klinik yang telah ditetapkan

9.6.3. Persiapan Pribadi

- a. **Pakaian dan Perlengkapan:** Panduan akan memberikan pedoman mengenai pakaian dan perlengkapan yang harus dipersiapkan untuk praktik klinik, termasuk seragam, sepatu, dan alat-alat klinik dasar.
- b. **Kesehatan:** Panduan juga memberikan pedoman mengenai kesehatan serta tindakan pencegahan yang harus diambil untuk melindungi diri sendiri dan pasien.

9.6.4. Etika dan Profesionalisme

- a. **Etika dalam Praktik Klinik:** Panduan akan menguraikan prinsip-prinsip etika yang harus diikuti selama praktik klinik,

termasuk penghormatan terhadap privasi pasien dan etika dalam berinteraksi dengan pasien dan tim kesehatan.

- b. **Perilaku Profesional:** Panduan akan menjelaskan ekspektasi terkait dengan perilaku profesional, seperti kerjasama dalam tim kesehatan, komunikasi yang efektif, dan integritas.

9.6.5. Pelaksanaan Praktik Klinik

- a. **Jadwal dan Rotasi:** Panduan akan memberikan jadwal rotasi di berbagai unit atau setting klinik, serta menginformasikan apa yang diharapkan pada setiap rotasi.
- b. **Kegiatan Harian:** Panduan dapat mencakup gambaran tentang kegiatan harian selama praktik klinik, termasuk pengkajian pasien, pelaksanaan tindakan medis, dan dokumentasi.

9.6.6. Evaluasi dan Umpan Balik

- a. **Metode Evaluasi:** Panduan akan menjelaskan bagaimana mahasiswa akan dievaluasi selama praktik klinik, termasuk metode penilaian keterampilan klinik dan penilaian akademik.
- b. **Umpan Balik:** Panduan akan menguraikan bagaimana umpan balik akan diberikan oleh pengawas praktik klinik/perseptor atau dosen, dan bagaimana mahasiswa dapat memanfaatkan umpan balik tersebut.

9.6.7. Dukungan dan Sumber Daya

- a. **Bimbingan Akademik:** Panduan akan memberikan informasi mengenai dukungan akademik yang tersedia, termasuk cara menghubungi dosen atau perseptor akademik jika ada pertanyaan atau masalah.
- b. **Sumber Daya Klinik:** Panduan mungkin mencantumkan sumber daya yang dapat dimanfaatkan oleh mahasiswa selama praktik klinik, seperti perpustakaan atau referensi medis.

Panduan Praktik Klinik terkait informasi praktis ini bertujuan untuk memberikan panduan yang jelas dan terperinci kepada mahasiswa, sehingga mereka dapat menjalani pengalaman praktik klinik dengan sukses dan mendapatkan

9.7. Sumber daya dan dukungan

Sumber daya dan dukungan ini dirancang untuk membantu mahasiswa mengatasi tantangan dan mengoptimalkan pembelajaran selama praktik klinik. Mahasiswa diharapkan memanfaatkan sumber daya ini dengan baik untuk memaksimalkan manfaat dari pengalaman praktik mereka. Berikut adalah cara mahasiswa dapat mengakses bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak di tempat praktik klinik:

9.7.1. Bimbingan Dosen atau Perseptor akademik:

- a. Mahasiswa dapat menghubungi dosen atau perseptor akademik mereka sebelum atau selama praktik klinik untuk mendiskusikan persiapan, harapan, dan pertanyaan akademik terkait praktik.
- b. Dosen atau perseptor akademik dapat memberikan panduan tentang bagaimana mahasiswa dapat mengintegrasikan teori dengan praktik, serta membantu mengatasi tantangan akademik yang mungkin muncul selama praktik.

9.7.2. Perseptor Klinik:

- a. Perseptor Klinik adalah sumber daya langsung bagi mahasiswa selama praktik. Mahasiswa dapat mengajukan pertanyaan, mencari klarifikasi, atau meminta arahan langsung dari pengawas terkait aspek praktik klinis.
- b. Perseptor klinik memberikan umpan balik yang berharga tentang kinerja mahasiswa dan membantu mereka mengembangkan keterampilan klinis.

9.7.3. Perawat Berpengalaman

Mahasiswa dapat memanfaatkan pengalaman perawat yang lebih berpengalaman di tempat praktik klinik. Berdiskusi dengan mereka dapat memberikan wawasan tentang tugas dan tantangan praktik klinik sehari-hari.

9.7.4. Layanan Konseling:

- a. Beberapa tempat praktik klinik menyediakan layanan konseling yang tersedia bagi mahasiswa. Layanan ini membantu mahasiswa mengatasi tantangan emosional atau stres yang mungkin timbul selama praktik klinik.
- b. Konselor dapat membantu mahasiswa dalam mengatasi ketakutan, kecemasan, atau kelelahan yang terkait dengan praktik klinik.

9.7.5. Program Mentoring:

Beberapa tempat praktik klinik menyediakan program mentoring di mana mahasiswa dapat berinteraksi dengan perawat atau profesional kesehatan yang lebih berpengalaman. Program ini dapat memberikan dukungan dalam hal karir, nasihat, dan pengalaman praktik.

9.7.6. Sesi Refleksi atau Diskusi Kelompok:

Tempat praktik klinik mungkin mengadakan sesi refleksi atau diskusi kelompok di mana mahasiswa dapat berbagi pengalaman, belajar dari satu sama lain, dan mencari dukungan dalam menghadapi tantangan yang serupa.

9.7.7. Portal Online atau Sistem Komunikasi:

Beberapa tempat praktik klinik menyediakan portal online atau sistem komunikasi di mana mahasiswa dapat mengajukan

pertanyaan, mencari informasi, atau berinteraksi dengan prersepsi praktik klinik atau dosen.

9.7.8. Kelompok Studi atau Partner Praktik:

Bekerjasama dengan teman sekelas atau mahasiswa lain yang juga menjalani praktik klinik dapat menjadi sumber dukungan. Mereka dapat berbagi pengalaman, pengetahuan, dan strategi yang membantu mengatasi tantangan Panduan Praktik Klinik terkait informasi praktis ini bertujuan untuk memberikan panduan yang jelas dan terperinci kepada mahasiswa, sehingga mereka dapat menjalani pengalaman praktik klinik dengan sukses dan mendapatkan manfaat maksimal dari pembelajaran klinik mereka

9.8. Evaluasi dan umpan balik

Evaluasi dan umpan balik merupakan komponen penting dalam tempat praktik klinik yang bertujuan untuk mengukur kemajuan, perkembangan, dan kualitas kinerja mahasiswa selama pengalaman praktik. Hal ini juga memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk mendapatkan wawasan tentang kekuatan mereka dan area yang perlu ditingkatkan. Berikut adalah penjelasan lebih lanjut tentang evaluasi dan umpan balik dalam tempat praktik klinik:

9.8.1. Evaluasi Keterampilan Klinis

- a. Selama praktik klinik, mahasiswa akan dievaluasi dalam hal keterampilan klinis mereka. Ini meliputi kemampuan untuk melakukan pengkajian pasien, merencanakan perawatan, melaksanakan tindakan medis, dan berkomunikasi dengan pasien.
- b. Evaluasi ini mungkin dilakukan oleh pengawas praktik klinik, perawat senior, atau dosen yang terlibat dalam pengawasan praktik klinik.

9.8.2. Penilaian Akademik:

- a. Selain penilaian keterampilan klinis, mahasiswa juga mungkin dinilai dalam hal pemahaman teori dan konsep medis yang relevan dengan praktik klinis.
- b. Dosen atau pengawas akademik dapat memberikan penugasan tertulis, ujian, atau proyek akademik yang dihubungkan dengan praktik klinis.

9.8.3. Jurnal Refleksi:

- a. Beberapa program praktik klinik meminta mahasiswa untuk menyusun jurnal refleksi, di mana mereka mencatat pengalaman, tantangan, dan pembelajaran selama praktik klinis.
- b. Jurnal ini dapat digunakan sebagai alat untuk evaluasi dan juga sebagai alat untuk memperdalam pemahaman diri dan pengembangan pribadi.

9.8.4. Umpan Balik Langsung:

- a. Pengawas praktik klinik atau perawat senior dapat memberikan umpan balik langsung kepada mahasiswa setelah setiap interaksi dengan pasien atau setelah melaksanakan tindakan medis.
- b. Umpan balik ini memberikan wawasan langsung tentang apa yang telah dilakukan dengan baik dan di mana perbaikan dapat dilakukan.

9.8.5. Evaluasi Berbasis Observasi:

Pengawas praktik klinik dapat mengamati langsung mahasiswa saat mereka merawat pasien atau melaksanakan tindakan medis, dan kemudian memberikan umpan balik berdasarkan pengamatan tersebut.

9.8.6. Evaluasi Berkala:

Evaluasi kemajuan mungkin dilakukan secara berkala selama periode praktik klinik, seperti setiap minggu atau setiap bulan. Ini membantu mahasiswa dan pengawas melihat perkembangan dari waktu ke waktu.

9.8.7. Umpan Balik Diri:

Selain umpan balik dari pihak luar, mahasiswa juga dapat melakukan refleksi diri dan mengevaluasi kinerja mereka sendiri selama praktik klinis.

9.8.8. Penggunaan Alat Evaluasi:

Alat-alat evaluasi kinerja tertentu, seperti checklist atau rubrik penilaian, mungkin digunakan untuk memberikan umpan balik yang lebih terstruktur dan obyektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter & Wendy Ostendorf (2014). Clinical Nursing Skills and Techniques, 8th Edition 8th Edition
- Dougherty, L., & Lister, S. (2015). *The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures*.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (2013). *Clinical Nursing Judgment Study Guide for Medical-Surgical Nursing: Patient-Centered Collaborative Care*. ELSEVIER
- L. Lewis, Sharon and Dirksen, Shannon Ruff and McLean Heitkemper, Margaret and Bucher, Linda and M. Harding, Mariann. (2014) *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. ELSEVIER
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. Penerbit.
- Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hal, A. (2017). Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice. 9th Ed. St. Louis, MI: Els

BAB 10

EVALUASI KLINIK

Oleh Dr. Hariyono, M.Kep.

10.1. Pendahuluan

Pendidikan merupakan topik permasalahan yang selalu hangat dalam pembahasan. Meskipun ada banyak strategi untuk meningkatkan proses pendidikan, kita memerlukan cara untuk mengetahui apa yang berhasil dan apa yang tidak. Penilaian pedagogik dimaksudkan untuk menentukan pembelajaran mahasiswa dan merupakan bagian integral dari pendidikan yang lebih baik. (Pellegrino, 2002). Bangsa ini menaruh harapan yang lebih besar pada penilaian pendidikan daripada sebelumnya. Berbagai alat atau instrumen penilaian ini digunakan saat mendokumentasikan apakah peserta didik dan institusi benar-benar memenuhi tujuan pendidikan. Tapi kita harus berhenti dan mengajukan pertanyaan krusial: Penilaian seperti apa yang paling efektif (Dikli, 2003).

Pada saat pengujian tradisional semakin dikritik, penelitian menunjukkan bahwa pendekatan penilaian yang baru dan menarik mungkin ada. Kemajuan dalam ilmu tentang bagaimana orang belajar dan bagaimana mengukur pembelajaran tersebut menawarkan harapan untuk mengembangkan penilaian-penilaian jenis baru yang membantu peserta didik berhasil dengan membuat se jelas mungkin sifat pencapaian mereka dan kemajuan pembelajaran mereka (Pellegrino, 2002). Mengetahui apa yang peserta didik ketahui pada dasarnya menjelaskan bagaimana memperluas pengetahuan di bidang ilmiah pembelajaran manusia dan pengukuran pendidikan dapat membentuk dasar dari pendekatan penilaian yang lebih baik. Kemajuan-kemajuan ini menyarankan cara-cara agar target penilaianapa yang diketahui

peserta didik dan seberapa baik mereka mengetahuinya serta metode yang digunakan untuk membuat kesimpulan tentang pembelajaran peserta didik dapat dibuat lebih valid dan berguna secara instruksional. Prinsip-prinsip untuk merancang dan menggunakan penilaian jenis baru ini disajikan, dan contoh-contoh digunakan untuk mengilustrasikan prinsip-prinsip tersebut. Implikasi untuk kebijakan, praktek, dan penelitian juga dieksplorasi (*The OECD Programme for International Student Assessment (PISA)*, 2018).

10.2. Evaluasi Pembelajaran Klinik

Asesmen klinis adalah proses pengumpulan informasi untuk menilai kinerja pelajar dalam lingkungan klinis. Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang dinamis terkait dengan belajar mengajar (Saputra, 2018). Asesmen klinis pada dasarnya adalah penilaian terhadap prestasi akademik yang dilakukan di klinik atau selama pembelajaran klinis mahasiswa. Evaluasi adalah proses pemberdayaan untuk mendefinisikan kesuksesan. Evaluasi hasil pendidikan merupakan proses sistematis untuk mencapai sejauh mana tujuan pendidikan tercapai termasuk kegiatan pengukuran dan evaluasi (Nursalam & Efendi, 2008). Penilaian pembelajaran adalah proses sistematis mengumpulkan, menganalisis, dan menafsirkan informasi untuk menentukan sejauh mana tujuan pembelajaran telah tercapai. Evaluasi hasil pembelajaran klinis adalah proses pengumpulan informasi untuk menilai pencapaian siswa dalam setting/lingkungan klinis (Haryanto, 2020).

10.3. Aspek Evaluasi Pembelajaran Klinik

Aspek yang di evaluasi untuk kompetensi meliputi aspek kognitif-afektif-psikomotor (task performance) (Nursalam & Efendi, 2008).

1. Evaluasi formatif

Dilakukan selama proses praktik berlangsung. Bisa beberapa kali dilakukan selama proses praktik dengan tujuan memastikan kesesuaian antara rencana pembelajaran

dengan pelaksanaannya. Jika ada ketidaksesuaian maka masih bisa diperbaiki.

2. Evaluasi sumatif

Dilakukan pada akhir pembelajaran praktik, yaitu setelah semua pokok bahasan/unit pengajaran selesai. Tujuannya mengetahui tingkat keberhasilan/ kemajuan peserta didik.

10.4. Tahapan Pelaksanaan Evaluasi

Langkah-langkah melakukan penilaian pembelajaran klinis Igasukma (2019) adalah sebagai berikut:

1. Menetapkan tujuan
2. Tentukan desain evaluasi: merencanakan proses penilaian dan melakukan audit
3. Pengembangan instrumen evaluasi: ceklist dan kuesioner
4. Pengumpulan informasi evaluasi: secara obyektif dan terbuka
5. Analisis dan interpretasi : dapat dilakukan bersama antara pembimbing institusi dan pembimbingan lapangan
6. Tindak lanjut: upaya perbaikan pembelajaran

10.5. Tingkat pengukuran penampilan klinik

1. Pre-requisites for clinical abilities

Ciriya berfokus pada “Do they know it?”, antara lain: menguasai fakta, konsep dan prinsip, keterampilan tertentu dan kualitas pribadi.

2. Component clinical abilities

Ciri-cirinya berfokus pada pertanyaan “Can they do it right?”, yang di ukur adalah:

- a) Aplikasi /penerapan pengetahuan
- b) Teknik dan prosedur
- c) Afektif

Pengukuran dilakukan menggunakan checklist, rating scale, response

3. Composite clinical performance

Berfokus pada pertanyaan "Can they get it right?", Case management : kemampuan mengelola kasus. Integrasi dari aktivitas kognitif, afektif, psikomotorik.

4. *Competent clinical practice*

Akumulasi ketiga tingkat kemampuan sebelumnya untuk mengelola klien pada situasi pelayanan tertentu

10.6. Metode evaluasi

Metode evaluasi meliputi:

1. Observasi

Digunakan untuk menilai kinerja psikomotorik, sikap, perilaku, interaksi verbal dan nonverbal. Sangat dipengaruhi oleh konteks dan ekspektasi pengamatan dapat memengaruhi reliabilitas dan objektivitas penilaian. Alat evaluasi meliputi:

- a. Kejelasan aspek yang dapat diamati dan nilai pisah batas (Skor)
- b. Umpan balik diberikan segera
- c. Setelah pengamatan dilakukan, proses diskusi diikuti

Alat evaluasi: daftar penampilan, catatan anekdot/catatan peristiwa khusus, insiden kritis, skala peringkat, dan tips video

2. Tertulis/Laporan

Asesmen kognitif dan pemecahan masalah melalui proses analisis, sintesis, dan evaluasi. Hal itu dilakukan dengan memberikan pekerjaan rumah kepada siswa untuk mencatat hasil observasi, hasil rangkaian kegiatan yang melakukan tindakan atau perawatan dalam bentuk laporan tertulis.

3. Lisan/Oral

Tanya jawab tentang pengembangan pelanggan atau dialog tentang pertanyaan yang diajukan oleh pengulas. Pengawas memvalidasi data yang dikumpulkan selama pengembangan rencana perawatan. Mengevaluasi alasan atas tindakan yang dilakukan mahasiswa. Kaji pengetahuan siswa tentang masalah klien, perkembangan klien, serta tanda dan gejala yang dialami klien.

4. Simulasi

Kompleksitas masalah simulasi dan operasi kebidanan dapat dikendalikan. Penilaian dapat berfokus pada aspek kognitif, emosional, atau psikologis.

5. Evaluasi Diri/Mandiri

- a. Instruksi diperlukan dan harus diajarkan secara konsisten kepada siswa.
- b. Harus disertai dengan diskusi antara pembimbing dan siswa untuk saling mengevaluasi dan membuat keputusan mengenai pengalaman belajar lainnya.
- c. Paling cocok untuk evaluasi proses.

6. OSCE/OSPE

Kemampuan kognitif, emosional, dan psikomotor dapat dinilai secara bersamaan, termasuk: Meninjau riwayat medis, pemeriksaan fisik, tes lab, mengidentifikasi masalah, menginterpretasikan data, menentukan manajemen klien, mendemonstrasikan prosedur, keterampilan komunikasi dan pendidikan kesehatan. Kisaran perilaku yang dinilai dalam pengaturan praktik dan variabilitas di antara siswa memerlukan berbagai metode penilaian. Menggunakan strategi yang berbeda untuk kelompok siswa yang berbeda atau bahkan serupa akan memberikan variasi/transformasi yang dibutuhkan pengawas dalam proses pendampingan mereka. Proses penilaian dikembangkan berdasarkan keinginan supervisor untuk berani menghadapi dan beradaptasi dengan situasi baru.

a. OSCE (*Objective-Structured Clinical Examination*)

OSCE merupakan metode penilaian klinis yang objektif dan diselenggarakan dalam bentuk rotasi pekerjaan dengan jangka waktu tertentu. Objektif karena semua siswa mengikuti ujian yang sama. Terstruktur karena beberapa keterampilan klinis diuji menggunakan kartu skor tertentu. Setiap stasiun dilakukan sebagai kondisi klinis yang mendekati situasi nyata. Durasi setiap stasiun telah ditentukan. Selama ujian, peserta akan melalui beberapa stasiun secara bergantian. Setiap stasiun

memiliki tugas atau pertanyaan yang perlu dijawab atau didemonstrasikan dan dinilai oleh juri di setiap stasiun.

Partisipan diuji kemampuannya menginterpretasikan data atau dokumen klinis serta menjawab pertanyaan dan mengkomunikasikannya secara lisan kepada pemeriksa. Penilaian OSCE didasarkan pada keputusan yang bersifat global yang berasal dari berbagai komponen kompetensi. Bahwa setiap keterampilan klinis diuji secara seragam (dalam satu bentuk) dan obyektif untuk semua mahasiswa yang mengikuti ujian tertentu. Keterampilan klinis yang akan diuji dibagi menjadi beberapa keterampilan khusus dan disusun menjadi beberapa station yang bergantian setiap siklusnya hingga satu siklus selesai.

Station dibagi menjadi 2 kategori yaitu: 1) Prosedur atau station kerja; 2) Station pertanyaan atau interpretasi.

Penggunaan OSCE, yakni: 1) Evaluasi sumatif; 2) Mengevaluasi umpan balik formatif; 3) Tes seleksi untuk mengidentifikasi area keterampilan tingkat tinggi; 4) Melengkapi metode lain seperti dalam kasus jangka panjang.

Kriteria alat pengkajian yang baik meliputi: 1) Validitas; 2) Reliability; 3) Objectivity; 4) Practicality/feasibility

Kelebihan OSCE

1. Penekanan pada penilaian kinerja keterampilan siswa terhadap pengetahuan teoritis
2. Siswa diamati lebih baik pada tes daripada pada tolak ukur yang dilaporkan
3. Penguji memiliki kontrol yang lebih baik atas sebagian besar konten
4. Lebih banyak keterampilan klinis dapat diuji dalam kerangka waktu yang lebih singkat
5. Variabel pelanggan dan penguji dapat dihindari
6. Izinkan umpan balik
7. Kesalahan belajar dapat diperbaiki lebih efektif

Kekurangan OSCE

1. Pengujian pengetahuan saja (fragmentasi) daripada pendekatan holistik untuk perawatan pasien.
2. Penguji mengamati siswa mengulang tugas yang sama berulang-ulang
3. Pasien terkadang merasa kesulitan untuk memeriksa atau bertanya berulang kali tentang hal yang sama,
4. Membutuhkan lebih banyak organisasi dan waktu

Pengorganisasian OSCE

Sama dengan ujian tradisional, kecuali untuk persiapan awal materi ujian, karena lebih banyak waktu untuk:

1. Identifikasi masalah / pelanggan terlebih dahulu
2. Memutuskan dan menyiapkan pertanyaan yang akan digunakan
3. Siapkan daftar pemeriksaan untuk semua masalah

Pengorganisasian OSCE terdiri dari 4 fase: 1) Rencana awal; 2) Sehari sebelum ujian; 3) Saat ujian; 4) Setelah ujian

Format Penulisan Soal

Format penulisan soal OSCE Model Proficiency Test adalah sebagai berikut:

- a. Nomor station;
- b. Judul station;
- c. Waktu yang dibutuhkan;
- d. Tujuan station;
- e. Kompetensi;
- f. Kategori;
- g. Instruksi untuk peserta;
- h. Instruksi untuk penguji;
- i. Instruksi untuk Klien standar
- j. Peralatan yang dibutuhkan;
- k. Setting tempat ujian;
- l. Penulis;
- m. Referensi;

n. Lembar Penilaian (Rubrik)

Setiap soal OSCE harus ditulis sesuai rencana detail dengan format penilaian dan standar penulisan soal (terlampir). Pengembangan soal berlangsung baik di tingkat regional maupun nasional. Pertanyaan yang dihasilkan oleh lokakarya pengembangan item kemudian ditinjau oleh tim. Peninjau harus ditinjau dan diarsipkan sebagai draf kuesioner. Draft soal tersebut kemudian dikembangkan oleh panel ahli untuk menjadi soal standar OSCE UKPI. Materi soal direview kemudian diuji untuk menghasilkan soal yang ternormalisasi dengan baik (AIPNI, 2019)

b. OSPE (*Objective Structured Practical Examination*)

Dirancang untuk memiliki rasa keberhasilan siswa yang masuk akal di setiap tujuan latihan. Secara umum, tujuan Praktikum MK adalah agar mahasiswa mampu:

1. Mendemonstrasikan keterampilan praktek tertentu
2. Mengamati dengan teliti dan hati-hati;
3. Menganalisis dan menafsirkan data;
4. Menunjukkan kemauan utk selalu mempertanyakan;
5. Menjelaskan dengan logis hasil observasi yang tidak diharapkan

Keuntungan OSPE

1. Reliable dan valid
2. Dapat memeriksa pencapaian yang diurutkan sesuai tujuan
3. Penguji dapat merancang dengan cermat jauh sebelum ujian
4. Penguji dapat mengontrol isi dan kompleksitas tes
5. Pergeseran fokus dari peninjau sains berbasis fakta ke orang yang menguji berbagai keterampilan dan dilakukan dalam waktu singkat
6. Ujian tersebar di wilayah yang luas
7. Semua siswa mengikuti ujian standar yang sama
8. Penggunaan daftar periksa dan pilihan ganda membuat penilaian lebih objektif dan independen dari perasaan pemeriksa.

Kelemahan OSPE

Dibutuhkan lebih banyak waktu, usaha dan kerja tim untuk mengatur.

DAFTAR PUSTAKA

- Dikli, S. (2003). Assessment at a distance: Traditional vs. Alternative Assessments. *The Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET*, 2, 1303–6521.
- Haryanto. (2020). Evaluasi pembelajaran; konsep dan manajemen. In *UNY Press*.
- Igasukma, R. A. (2019). *Evaluasi Kualitas Dan Output Pembelajaran Pada Mata Pelajaran Ips Kelas Vii Smp Brawijaya Smart School Malang*. 1–23.
- AIPNI, P. O. (2019). *Penyelenggaraan OSCE Keperawatan*.
- Nursalam, & Efendi, F. (2008). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Salemba Medika.
- Pellegrino, J. W. (2002). *Knowing What Students Know: The Science and Design of Educational Assessment*. National Academies Press.
- Saputra, B. D. (2018). *Kesiapan Dosen Dalam Pelaksanaan Uji Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Program Studi D3 Keperawatan [MKEP UMY]*. <http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/21310>
- The OECD Programme for International Student Assessment (PISA)*. (2018).
- Dikli, S. (2003). Assessment at a distance: Traditional vs. Alternative Assessments. *The Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET*, 2, 1303–6521.
- Haryanto. (2020). Evaluasi pembelajaran; konsep dan manajemen. In *UNY Press*.
- Igasukma, R. A. (2019). *Evaluasi Kualitas Dan Output Pembelajaran Pada Mata Pelajaran Ips Kelas Vii Smp Brawijaya Smart School Malang*. 1–23.
- Keperawatan, P. O. (n.d.). *Penyelenggaraan OSCE Keperawatan*.
- Nursalam, & Efendi, F. (2008). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Salemba Medika.
- Pellegrino, J. W. (2002). *Knowing What Students Know: The Science and Design of Educational Assessment*. National Academies Press.

Saputra, B. D. (2018). *Kesiapan Dosen Dalam Pelaksanaan Uji Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Program Studi D3 Keperawatan [MKEP UMY]*. <http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/21310>
The OECD Programme for International Student Assessment (PISA). (n.d.).

BAB 11

PENGARUH TRANSFORMASI TEKNOLOGI PADA PELAYANAN KESEHATAN

Oleh Siti Elya Bariroh, S.Kep., Ners., M.Kep.

11.1. Pendahuluan

Kementerian kesehatan telah mencanangkan transformasi teknologi kesehatan untuk meningkatkan layanan kesehatan terhadap masyarakat. Ada 6 pilar transformasi kesehatan meliputi transformasi layanan primer, layanan kesehatan rujukan rumah sakit, transformasi sistem ketahanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, teknologi kesehatan, teknologi informasi dan bioteknologi. Di pilar teknologi kesehatan kemenkes menganjurkan adanya rekam medis digital maupun aplikasi yang mendukung pelayanan di rumah sakit. (Kemenkes, 2022). Teknologi yang dapat menunjang perawat dalam melaksanakan pelayanan antara lain *electronic health records* (EHR), *Computerized decision support systems* (CDSS), aplikasi spesifik (*Specific Apps*), robot (Huter et al., 2020).

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang mempunyai peran penting dalam pelayanan kesehatan. Dalam menjalankan profesinya perawat memberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan akan lebih bermutu jika dikembangkan sesuai dengan perkembangan teknologi terutama teknologi informasi atau digital. (Putra et al., 2019). Selain hal tersebut pemanfaatan teknologi akan mengurangi bahaya pada pasien, petugas kesehatan dan lingkungan. Yaitu adanya alat kesehatan yang membahayakan karena mengandung merkuri sehingga alat tersebut harus diganti dengan alat baru yang menggunakan elektronik maupun digital (Hidir Tresnadi, 2021)

11.2. Manfaat Teknologi dalam bidang keperawatan

Pemanfaatan teknologi dalam melakukan pelayanan keperawatan mempunyai efek positif dan negatif yang berbeda-beda setiap institusi. Beberapa manfaat yang dapat meningkatkan pelayanan keperawatan antara lain:

11.2.1. Mengurangi kesalahan

Teknologi dapat mengurangi terjadinya kesalahan. Salah satu contoh dalam memberikan infus maupun obat secara intravena lebih tepat dengan menggunakan pump berupa infus pump dan syringe pump yang mempunyai kelebihan dapat memberikan infus maupun obat dengan dosis tepat dan waktu pemberian yang tepat sehingga diharapkan dapat mengurangi kesalahan dosis pengobatan. Tahapan proses pemberian obat infus intravena dalam memilih kecepatan dan dosis terutama di ruang ICU (Alamer & Alanazi, 2023). Pemberian terapi intravena berupa bolus intravena, pemberian antibiotik, dosis titrasi dengan menggunakan *smart pump* akan mengurangi kesalahan pemberian dosis. Mengingat pentingnya alat smart pump di rumah sakit maka harus dilakukan inovasi alat agar penggunaannya lebih aman dan tepat (Giuliano, 2018).

11.2.2. Pembaharuan Teknologi

Teknologi diperlukan untuk merubah teknologi lama yang mempunyai efek samping membahayakan bagi pasien, perawat serta lingkungan. Peralatan di rumah sakit maupun layanan kesehatan dapat membahayakan karena mengandung bahan merkuri yang tidak diperbolehkan untuk digunakan dalam pelayanan kesehatan. Alat kesehatan tersebut yaitu:

1. Termometer air raksa merupakan alat untuk mengukur suhu tubuh yang akurat, mudah digunakan tanpa alat tambahan lain.
2. Sphygmomanometer air raksa merupakan alat untuk mengukur tekanan darah.

Berdasarkan konvensi minamata mengenai merkuri (*Minamata Convention of Mercury*) yang tertuang dalam Undang-

Undang RI nomor 11 tahun 2017 menunjukkan bahwa merkuri atau air raksa sebagai bahan yang digunakan dalam pembuatan alat-alat kesehatan dianggap berbahaya sehingga harus dihentikan penggunaannya dan digantikan dengan penggunaan teknologi alternatif sebagai pengganti alat-alat kesehatan yang menggunakan merkuri untuk mengurangi pajanan dari merkuri dan senyawa mekuri. Spygmomanometer, termometer merupakan alat kesehatan non elektronik yang menggunakan bahan merkuri yang sejak tahun 2020 tidak diperbolehkan sebagai alat kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Hal tersebut mendorong teknologi di bidang kesehatan untuk melakukan inovasi spygmomanometer dan termometer digantikan dengan elektronik maupun digital(Hidir Tresnadi, 2021).

Tensimeter digital hasil akurat lebih mudah digunakan. Perkembangna teknologi semakin mempermudah pengukuran tekanan darah dan mendorong inovasi bahkan hanya dengan smartphone maupun aplikasi lainnya. (Goldberg & Levy, 2016). Word Health Organiazation (WHO) menyatakan spygmomanometer air raksa tidak diperbolehkan dipakai karena mengandung merkuri. spygmomanometer aneroid dianggap lebih aman. Tetapi penggunaannya dapat berresiko karena pengukuran dan pengamatan tensi yang tidak akurat serta alat tersebut harus dilakukan kalibrasi secara rutin. Pengukuran tekanan darah menggunakan alat ukur spygmomanometer otomatis lebih disarankan karena lebih akurat dan menghindari kesalahan pengukur dalam memvisualisasi hasil pengukuran, mengurangi kesalahan mendengarkan suara korokof yang tidak sesuai.

WHO juga memberikan panduan tentang spygmonanometer otomatis yang digunakan sesuai standart yaitu bagi pemerintah harus menyediakan validasi penggunaannya dan yang telah disertifikasi (John et al., 2021)

11.2.3. Mempermudah Komunikasi

COVID-19 merubah sistem layanan kesehatan dengan komputerisasi dan aplikasi yang semakin berkembang. Di Saudi Arabia telehealth berkembang (Al Baalharith et al., 2022). Komunikasi antar pemberi layanan kesehatan sangat diperlukan dalam pemberian informasi klinis pada pasien. Berbagai macam aplikasi dan beberapa platform teknologi informasi klinis yaitu pengiriman pesan antar interdisipliner yang digunakan di rumah sakit meliputi *whatsapp*, email, facebook, sms, webex, maupun panggilan telepon.. Waktu tunggu merespon pesan antara 5 menit sampai 30 menit sehingga dinilai lebih cepat dan lebih informatif. Konsultasi yang membutuhkan gambar kondisi pasien misalnya gambar luka, hasil rontgen, EKG, obat akan lebih mudah menggunakan platform yang menyediakan layanan dengan foto dan video (Lynch et al., 2022)

11.2.4. Meningkatkan Kepuasan Pasien

Perawat memberikan asuhan kepada pasien harus didokumentasikan pada catatan perkembangan terintegrasi dalam rekam medik pasien. Pendokumentasian keperawatan konvensional menggunakan kertas memakan waktu yang lama dan menghabiskan energi. Dengan dikembangkannya sistem pendokumentasian asuhan keperawatan secara digital meningkatkan kepuasan kerja perawat. Hasil penelitian Situmorang 2022 menunjukkan bahwa 75 % perawat menyatakan puas dengan penggunaan dokumentasi keperawatan digital dan 25 % tidak puas. Kepuasan perawat karena pekerjaan lebih efisien (Roganda Situmorang, 2022).

11.2.5. Meningkatkan Keselamatan Pasien

Catatan keperawatan elektronik dalam rekam medik elektronik mempunyai dampak positif yaitu meningkatkan keselamatan pasien. Dari tujuh artikel literatur review terdapat 5 artikel menunjukkan peningkatan keselamatan pasien apabila didukung oleh kompetensi perawat dan sarana dan prasarana berupa komputer yang memadai. Keselamatan pasien pada sistem pencatatan elektronik antara lain peningkatan

pendokumentasian sehingga data lengkap dan berkelanjutan serta meminimalkan kesalahan dalam pemberian pengobatan, meningkatkan komunikasi dan mencegah kesalahan saat serah terima pasien (Vionita Bawuno et al., n.d.)

11.3. Implementasi Teknologi di Rumah Sakit

Pelaksanaan pelayanan keperawatan akan lebih efisien jika didukung dengan kemajuan teknologi keperawatan, beberapa inovasi pelayanan keperawatan dengan menggunakan teknologi antara lain yaitu:

11.3.1. Peralatan Kesehatan

Rumah sakit mempunyai banyak peralatan kesehatan yang dioperasikan oleh dokter, perawat maupun tenaga kesehatan lain. Salah satu peralatan yang di gunakan oleh perawat adalah pengukuran vital sign. Bagaimana pengukuran dan dokumentasi Vital Sign? Perawat dalam memantau kondisi pasien wajib melakukan pengukuran, pendokumentasian vital sign yang meliputi pengukuran tekanan darah, temperatur atau suhu tubuh, nadi. Alat pengukuran vital sign saat ini mengalami kemajuan yng pesat yaitu dengan elektronik atau otomatis. Pendokumentasian pengukuran vital sign lebih cepat dan mudah disambungkan untuk didokumentasikan pada electronic health record (EHR) (tinna fuller, dona, 2018).

Berbagai teknologi digital semakin dikemabngkan, terutama saat terjadi pandemi COVID-19 dimana dimana pada era tersebut adanya larangan berkumpul, dan bersentuhan serta wajib penggunaan masker sehingga banyak pihak melakukan berbagai inovasi dalam pelayanan pada pasien (Santos et al., 2021) . Di beberapa negara telah menggunakan aplikasi untuk mengukur dan mendokumentasikan vital sign sehingga lebih cepat mendeteksi kondisi *early warning system* secara dini. Perekaman vital sign secara elektonik akan lebih akurat, tepat waktu, dapart segera diketahui kondisi pasien apabila terjadi perburukan sehingga meningkatkan keselamatan pasien (210120-Nurses-Experiences-of-Recording-Vital-Signs-Electronically-a-Pilot-Study, n.d.)

11.3.2. Penggunaan Teknologi Digital

Transformasi digital keperawatan telah semakin maju, beberapa penggunaan teknologi digital tersebut antara lain: Pertama, *Telemedicine*. Perkembangan teknologi telah mengubah komunikasi dalam perawatan pasien salah satunya dengan telemedicine. Telemedicine merupakan suatu alat untuk memantau kondisi pasien dari jarak jauh dengan menggunakan sistem dan dihubungkan oleh internet. (Tjandrawinata, 2016). Pandemi COVID-19 menularkan virus dengan cepat pada pasien ke petugas kesehatan melalui kontak maupun airborne sehingga harus dilakukan inovasi di pelayanan gawat darurat dengan menggunakan telemedicine untuk meminimalkan kontak dan menghemat alat pelindung diri bagi petugas kesehatan (Callagy et al., 2021).

Kedua, *Telehealth*. Pandemi covid-19 memacu perkembangan teknologi secara pesat salah satunya dengan penggunaan telehealth dan aplikasi kesehatan yang dapat membantu perawat dalam pemantauan pasien di ruang rawat inap, triage pasien di IGD, hal tersebut akan membantu perawat lebih mudah bekerja maupun lebih sedikit kontak pada pasien dengan penyakit menular secara droplet (Dewi et al., 2022)

Ketiga, Rekam Medik Elektronik. Penggunaan rekam medik elektronik sudah banyak diterapkan di beberapa RS di Indonesia. EHR merupakan suatu sistem elektronik untuk mendokumentasikan rekam medis pasien yang berisi catatan kesehatan pasien. Pendokumentasian dilakukan oleh pemberi asuhan layanan pasien yaitu dokter, perawat (Tri et al., 2022). Rekam medik elektronik atau *electronic health records* (EHR)/*electronic medical records* (EMR) merupakan sistem rekam medik elektronik atau catatan digital pasien sebagai sarana komunikasi antar profesi pemberi asuhan termasuk perawat serta admistrasi, obat dan order dari dokter (Huter et al., 2020). Keempat, *e-discharge planning*. *e discharge planning* dibuat bagi pasien diabetes melitus dengan tujuan menambah wawasan pasien DM dalam perawatan diri tanpa harus datang ke rumah sakit (Kurnia Sari et al., n.d.).

Kelima, *Computerized decision support systems* (CDSS) merupakan perangkat lunak yang digunakan khususnya oleh perawat untuk memasukkan data pasien sehingga mendapat rekomendasi dalam pemberian pelayanan pada pasien. Data tersebut antara lain resiko jatuh, pemasangan *urine*, pemberian pengobatan dan resusitasi cairan pada pasien luka bakar (Huter et al., 2020). Keenam, Robot. Beberapa peran petugas kesehatan sudah mulai digantikan oleh robot. Baik berupa fisik, non fisik maupun terapi (Huter et al., 2020).

11.4. Transformasi Teknologi di Rumah Sakit

Kelebihan Transformasi Teknologi dalam keperawatan di Rumah Sakit. Inovasi teknologi digital dapat meningkatkan pelayanan perawat pada pasien. Teknologi digital dapat merubah institusi menjadi lebih baik karena Transformasi akan lebih efisien, lebih transparan dan meningkatkan kecepatan pelayanan seperti pendaftaran online, SIMRS, rujukan online, rekam medik online (Muhajir et al., 2023).

11.5. Hambatan Implementasi Transformasi Teknologi di Rumah sakit.

Hambatan dalam implementasi transformasi teknologi, di antaranya:

1. Tantangan bagi perawat, dimana perawat merupakan profesi yang memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan langsung bersentuhan dengan perubahan-perubahan teknologi kekinian. Sejalan dengan pendapat Dewi bahwa tantangan terbesar perawat adalah menghadapi era transformasi teknologi yang berkembang dengan cepat. Perawat harus mampu menimbangi perkembangan dan perubahan teknologi secara cepat (Dewi et al., 2022).
2. Kemampuan digital perawat harus ditingkatkan. Kemajuan teknologi kesehatan berupa kecerdasan buatan bahkan robot keperawatan harus diimbangi dengan kemampuan perawat untuk mengoperasikan alat-alat tersebut. Perawat dengan keahlian informatika (*nursing informatics*), perawat

ahli kesehatan digital dan perawat sains sangat diperlukan untuk perkembangan masa depan perawat. Hal tersebut juga memberikan peluang bagi pendidikan untuk menyiapkan perawat siap pakai era 5.0 dengan tambahan keahlian tersebut (Booth et al., 2021).

11.6. Peran Perawat dalam Implementasi Teknologi di Rumah Sakit

Perawat sebagai pemberi layanan asuhan keperawatan dan berhadapan langsung dengan pasien serta profesi yang mendampingi pasien 24 jam. Semakin meningkatnya perkembangan teknologi di bidang kesehatan diharapkan perawat juga meningkatkan kemampuan beradaptasi dengan teknologi canggih. Peranan perawat dalam penggunaan teknologi yang diterapkan dalam pelayanan pasien lebih efektif antara lain dengan:

Pertama, Sumber daya perawat harus mengikuti kemajuan teknologi. Proses digitalisasi rekam medik elektronik membutuhkan proses dari bentuk kertas menjadi elektronik sehingga perawat dan profesional pemberi asuhan pasien dapat beradaptasi dan meningkatkan kompetensi teknologi informatika (Nurfritria et al., n.d.). Suatu teknologi yang akan digunakan pada institusi rumah sakit harus memenuhi beberapa kriteria antara lain kemauan penerimaan terhadap teknologi yang akan digunakan. Salah satu dengan menggunakan teori model penerimaan teknologi (*technology acceptance model*). Apabila teknologi Kesehatan sudah digunakan maka akan mempunyai beberapa manfaat teknologi bagi fasilitas Kesehatan. Teknologi yang saat ini mempunyai manfaat terutama teknologi informasi kesehatan antara lain pelayanan pada pasien lebih efisien, dapat mengurangi beban biaya yang dikeluarkan oleh pasien. (Phillips & Merrill, 2015).

Kedua, Perawat berperan dalam tahapan penerapan teknologi yang akan digunakan. Setiap teknologi yang akan digunakan di sebuah layanan kesehatan baik dokumentasi keperawatan harus dilakukan tahapan penelitian, sosialisasi, pelatihan, diseminasi dan supervisi agar perawat dapat

beradaptasi dengan baik dalam menggunakan teknologi tersebut (Roganda Situmorang, 2022).

Ketiga, Pelatihan teknologi bagi perawat. Dalam proses pemanfaatan teknologi digital berupa EHR dalam pelayanan pasien di RS perawat harus dilibatkan dalam proses transisi, dan mendapatkan pelatihan cara penggunaan teknologi tersebut. Penggunaan rekam medik elektronik perawat harus dibeikan pelatihan penyusunan dokumentasi agar terstruktur dengan baik (Tri et al., 2022).

Keempat, Tugas pemimpin perawat dan Institusi pendidikan. Pimpinan keperawatan mempunyai peran dalam mengembangkan penerapan teknologi yang dapat digunakan pada unitnya dan mempunyai tugas agar perawat dapat menggunakan inovasi teknologi. Digitalisasi dan berbagai macam aplikasi banyak digunakan di rumah sakit, sehingga pihak institusi pendidikan keperawatan harus bersiap agar peserta didiknya dapat mengimbangi perkembangan teknologi tersebut dengan mempersiapkan kurikulum transformasi Kesehatan (Korte & Bohnet-Joschko, 2022). Namun bagaimanapun canggihnya teknologi namun perawatan pada pasien di rumah sakit tetap menjaga komunikasi perawat pasien yang tidak bisa tergantikan oleh teknologi berupa caring.

DAFTAR PUSTAKA

- Al Baalharith, I., Al Sherim, M., Almutairi, S. H. G., & Albaqami, A. S. A. (2022). Telehealth and Transformation of Nursing Care in Saudi Arabia: A Systematic Review. In *International Journal of Telemedicine and Applications* (Vol. 2022). Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2022/8426095>
- Alamer, F., & Alanazi, A. T. (2023). The Impact of Smart Pump Technology in the Healthcare System: A Scope Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.36007>
- Booth, R. G., Strudwick, G., McBride, S., O'Connor, S., & Solano López, A. L. (2021). How the nursing profession should adapt for a digital future. *The BMJ*, 373. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1190>
- Callagy, P., Ravi, S., Khan, S., Yiadom, M. Y. A. B., McClellen, H., Snell, S., Major, T. W., & Yefimova, M. (2021). Operationalizing a Pandemic-Ready, Telemedicine-Enabled Drive-Through and Walk-In Coronavirus Disease Garage Care System as an Alternative Care Area: A Novel Approach in Pandemic Management. *Journal of Emergency Nursing*, 47(5), 721–732. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.05.010>
- Dewi, Y. S., Nursalam, N., Ahsan, A., Purnama, I. K. E., Hasegawa, T., Qona'ah, A., Pradipta, R. O., Arifin, H., & Gusmanianti, G. (2022). Development of digital technology-based nursing service innovation in the pandemic era. *Community Empowerment*, 7(4), 763–768. <https://doi.org/10.31603/ce.6417>
- Giuliano, K. K. (2018). Intravenous Smart Pumps: Usability Issues, Intravenous Medication Administration Error, and Patient Safety. In *Critical Care Nursing Clinics of North*

America (Vol. 30, Issue 2, pp. 215–224). W.B. Saunders.
<https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.02.004>

Hidir Tresnadi, T. P. S. L. S. Z. (2021). Tinjauan Pendahuluan Perkembangan Penghapusan Peralatan Kesehatan Bermerkuri (Studi Kasus : Termometer, Tensimeter Dan Amalgam Gigi Pada Fasyankes Di Indonesia). *Jurnal Rekayasa Pertambangan (JRP. , Vol. 1, No. 1.,*
<https://sehatnegeriku.kemkes.co.id>. Deretan Transformasi Kesehatan oleh Menkes Budi Gunadi. Diakses 25 juli 2023.

Huter, K., Krick, T., Domhoff, D., Seibert, K., Wolf-Ostermann, K., & Rothgang, H. (2020). Effectiveness of digital technologies to support nursing care: Results of a scoping review. In *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (Vol. 13, pp. 1905–1926). Dove Medical Press Ltd.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S286193>

John, O., Campbell, N. R. C., Brady, T. M., Farrell, M., Varghese, C., Velazquez Berumen, A., Velez Ruiz Gaitan, L. A., Toffelmire, N., Ameal, M., Mideksa, M., Jaffe, M. G., Schutte, A. E., Khan, T., & Lopez Meneses, L. P. (2021). The 2020 “WHO Technical Specifications for Automated Non-Invasive Blood Pressure Measuring Devices With Cuff.” *Hypertension*, 77(3), 806–812.
<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16625>

Korte, L., & Bohnet-Joschko, S. (2022). Digitization in Everyday Nursing Care: A Vignette Study in German Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19171077>

Kurnia Sari, N., Hernani, E., Studi Ilmu Keperawatan, P., Kedokteran dan Kesehatan, F., Muhammadiyah Yogyakarta, U., PKU Muhammadiyah Gamping, R., & Artikel, R. (n.d.). EDUKASI UNTUK PASIEN DIABETES MELLITUS MELALUI PEMANFAATAN e-discharge

PLANNING DI RS PKU MUHAMMADIYAH GAMPING INFO
ARTIKEL ABSTRAK. *Jurnal Penelitian Dan Pengabdian
Kepada Masyarakat UNSIQ*, 9(1), 72–78.

- Lynch, D., Jedwab, R. M., Foster, J., Planche, Y., Whitelaw, L., Shi, J., Rajagopalan, A., & Franco, M. (2022). Voting with Their Thumbs: Assessing Communication Technology Use by Medical, Nursing, Midwifery, and Allied Health Clinicians. *Applied Clinical Informatics*, 13(4), 916–927. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1757158>
- Muhajir, M., Akib, H., & Niswaty, R. (2023). Transformasi Digital Pada Rumah Sakit Umum Daerah Prof.dr.H.M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. *Jurnal Altifani Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(1), 129–139. <https://doi.org/10.25008/altifani.v3i1.327>
- Phillips, A. B., & Merrill, J. A. (2015). Innovative use of the integrative review to evaluate evidence of technology transformation in healthcare. In *Journal of Biomedical Informatics* (Vol. 58, pp. 114–121). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.09.014>
- Putra, C. S., Kunci, K., Keperawatan, :, Kesehatan, P., & Informatika, T. (2019). Peranan Teknologi Informasi dalam Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit. *Jurnal SIMTIKA*, 2(3).
- Roganda Situmorang. (2022). Hubungan Penerapan Sistem Informasi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Dengan Kepuasan Perawat Di Rumah Sakit Wilayah Jakarta. *Moluccas Health Journal*, 2(3).
- Santos, M. D., Roman, C., Pimentel, M. A. F., Volla, S., Areia, C., Young, L., Watkinson, P., & Tarassenko, L. (2021). A Real-Time Wearable System for Monitoring Vital Signs of COVID-19 Patients in a Hospital Setting. *Frontiers in Digital Health*, 3. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.630273>

Tjandrawinata, R. R. (2016). *Working Paper from Dexa Medica Group*.

Tri, O., Fattah, I., Tutik, R., Hariyati, S., & Keperawatan, F. I. (2022). *KEPERAWATAN: A LITERATURE REVIEW*. 8.

BAB 12

PENGEMBANGAN PENGAJARAN DI LINGKUNGAN KLINIS

Oleh Ns. Harizza Pertiwi, S.Kep., MN.

12.1. Pendahuluan

Perguruan tinggi penyedia program pendidikan keperawatan harus memastikan bahwa mahasiswa menyelesaikan pendidikan dengan membawa pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien. Untuk mencapai tujuan pembelajaran tersebut, program studi bermitra dengan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit maupun puskesmas agar dapat menyediakan pengalaman bagi mahasiswa dalam merawat pasien secara langsung. *Clinical setting* seperti ini sangat vital dalam pendidikan keperawatan. Namun, tidak hanya dengan institusi eksternal, pendidikan tinggi pun dapat menyediakan skenario simulasi dalam laboratorium yang dapat memfasilitasi mahasiswa untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien simulasi atau pada mannequin sebagai alternatif pemberian asuhan pada pasien secara langsung.

Karena pembelajaran klinis yang sangat penting bagi pendidikan keperawatan, maka pembelajaran klinis harus melibatkan berbagai kesempatan belajar yang bermakna bagi mahasiswa. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa pengalaman pembelajaran klinis yang negatif berpengaruh kepada tercapainya tujuan pembelajaran, sehingga berakibat pada kurangnya jumlah perawat yang terjadi secara global sebagai dampak jangka panjang (Flott and Linden, 2016). Oleh karena itu, pada bab ini akan dibahas mengenai hal-hal penting

yang perlu dipertimbangkan dalam pengembangan pengajaran dalam lingkungan klinis untuk meningkatkan kualitas pembelajaran mahasiswa.

12.2. Konsep Pengajaran di Lingkungan Klinis

Lingkungan klinis dapat diartikan sebagai tempat dimana terdapat pengajar, pembelajar, staf klinis, dan pasien yang melakukan tindakan perawatan pasien dalam rangka melakukan pembelajaran klinik (Beigzadeh *et al.*, 2021). Pembelajaran klinis sebagai salah satu kegiatan inti dari kurikulum keperawatan pun memiliki bentuk pengajaran khusus yang berbeda dengan pembelajaran ketika di kelas karena pembelajar menghadapi lingkungan kerja dan pasien dengan kasus yang spesifik secara langsung. Pembelajaran klinis pun mempunyai lima komponen yang saling terkait, yaitu proses belajar-mengajar, tercapainya tujuan pembelajaran, proses evaluasi, dan konteks atau kasus kesehatan yang terjadi.

Pengajaran adalah inti dari sebuah kurikulum yang terdiri dari berbagai tindakan atau kegiatan yang bertujuan untuk menciptakan dan memfasilitasi proses pembelajaran seorang pembelajar (Ahmady and Khani, 2022). Pengajaran pada lingkungan klinis sebagian besar berdasar pada kasus kesehatan yang pasien hadapi berikut perawatan rutin yang dilakukan di dalam fasilitas kesehatan. Dengan demikian, pengajaran pada lingkungan klinis berbeda dengan pengajaran pada lingkungan lainnya karena terdapat hubungan pembelajar-pasien yang perlu dibangun, berfokus pada keamanan pasien, dan meningkatkan pengalaman belajar yang baru terkait kasus yang diambil (Spencer, 2003). Karena pengajaran adalah fungsi

yang paling fundamental dari sebuah perguruan tinggi dan tanggung jawab utama dari seorang pengajar, maka kualitas pengajaran sangat berpengaruh dalam meningkatkan motivasi mahasiswa untuk belajar. Pengajaran pada pendidikan tinggi berfokus pada mahasiswa dan proses belajarnya. Kemudian, pengajaran pada lingkungan klinis yang efektif mempunyai peran yang sangat signifikan dalam pembelajaran klinis untuk memastikan perawatan pasien dan pendidikan mahasiswa yang

berkualitas. Untuk mencapai tujuan tersebut, terdapat dua prinsip dasar yang harus diperhatikan, yaitu: pertama, pengajaran membutuhkan kumpulan keterampilan khusus yang teridentifikasi dari hasil penelitian, dan kedua, pengajaran harus bersifat sensitive terhadap kebutuhan dari setiap konteks yang dihadapi.

Pada dasarnya, mahasiswa keperawatan mendapatkan pengetahuan dasar di dalam kelas dan mengaplikasikan teori di lingkungan klinis dimana kualitas perawatan pada pasien dan kemampuan berpikir kritis dievaluasi secara komprehensif. Jika kedua aspek ini dapat terpenuhi dengan baik, maka lulusan akan siap menghadapi dunia klinis. Namun pada kenyataannya, beberapa peneliti mengungkapkan bahwa cukup banyak lulusan keperawatan yang merasa tidak siap memasuki dunia profesional karena kemampuan kepemimpinan dan berpikir kritis yang belum adekuat (Athlin, Larsson and Soderhamn, 2012; Perkins and Kisiel, 2013). Lulusan keperawatan yang belum siap kerja seringkali mengundurkan diri dari posisinya dalam satu tahun karena stress dan kelelahan, yang mana memperburuk kekurangan perawat yang terjadi secara global (Babenko-Mould and Laschinger, 2014). Perguruan tinggi dan fasilitas kesehatan harus mengevaluasi pengajaran di lingkungan klinis agar dapat memfasilitasi proses belajar mahasiswa, mengaplikasikan teori ke praktik, dan mendampingi mahasiswa untuk menjadi perawat yang kompeten. Secara konsep, berikut adalah dimensi dari pengajaran di lingkungan klinis yang perlu diperhatikan.

12.2.1. Atribut

Dimensi pertama dari pengajaran adalah atribut. Atribut yang dimaksud adalah hal-hal yang mendukung terjadinya pengajaran di lingkungan klinis. Atribut yang akan dibahas terkait empat hal, yaitu ruang fisik, faktor psikososial dan interaksi sosial, budaya organisasi, dan pengajar.

1) Ruang fisik.

Ruang fisik yang dimaksud adalah bangunan fasilitas kesehatan dimana mahasiswa bertugas berikut dengan sumber daya yang dimilikinya. Kelengkapan peralatan atau bahan yang tersedia dibutuhkan ketika mahasiswa sedang berpraktik.

2) Faktor psikososial dan interaksi sosial

Komunikasi, sikap, dan perilaku yang ditunjukkan oleh staf perawat maupun tenaga kesehatan lainnya memiliki dampak pada pembelajaran mahasiswa. Komunikasi dan interaksi terjadi setiap saat di lingkungan klinis dan dibutuhkan untuk mempertahankan keamanan pasien. Kedua hal tersebut menentukan apakah mahasiswa merasa diterima, atau malah membuat cemas dan stres, yang dapat memicu penghentian proses belajar.

3) Budaya organisasi

Budaya organisasi seringkali dipengaruhi oleh persepsi manajer atau kepala ruangan di mitra praktik terkait pendidikan keperawatan, yang berdampak pada perilaku staf tenaga kesehatan. Budaya ini dapat menciptakan lingkungan yang positif, namun jika budaya tersebut memandang sebelah mata pendidikan keperawatan, maka akan berujung pada pengalaman negatif yang dialami oleh mahasiswa. Hal ini saling terkait dengan poin komunikasi dan interaksi, namun budaya organisasi lebih berpengaruh terhadap perilaku banyak staf sekaligus, tidak hanya interaksi individual yang dijelaskan pada poin sebelumnya. Pada akhirnya, gaya kepemimpinan yang ditunjukkan oleh kepala ruangan berpengaruh pada pengalaman belajar mahasiswa.

4) Pengajar

Pengajaran pada mahasiswa dilakukan oleh dosen dari perguruan tinggi maupun oleh staf perawat yang mempunyai kompetensi untuk mengajar, supervisi, dan mengevaluasi mahasiswa, atau yang biasa kita sebut clinical instructor (CI). Syarat untuk menjadi CI bergantung pada kebijakan masing-masing perguruan tinggi, namun biasanya mereka diharuskan untuk mempunyai pengalaman klinis

minimal lima tahun dan telah mengikuti pelatihan *preceptorship*.

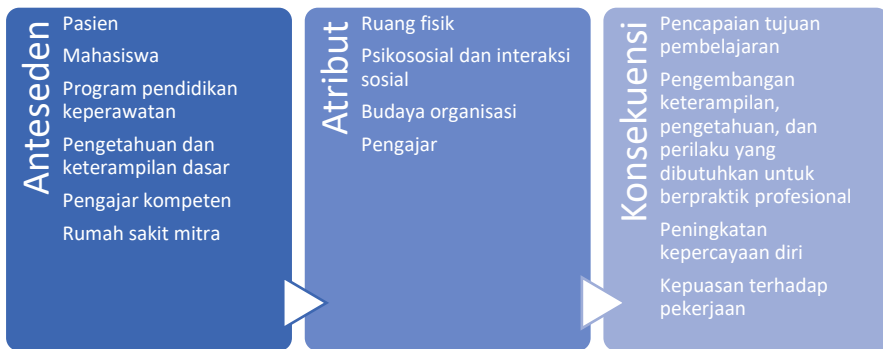
Peran pengajar termasuk membimbing siswa dalam menerapkan teori ke praktik, menjadi panutan yang positif, mengevaluasi perawatan pasien yang aman, dan memberikan umpan balik yang konstruktif untuk pengembangan. Kedekatan dengan pengajar sangat penting karena mahasiswa menghindari pengajar yang dianggap sulit untuk berkomunikasi, sehingga mahasiswa enggan untuk mengajukan pertanyaan bila kurang paham mengenai sesuatu dan berpotensi berdampak pada keselamatan pasien.

12.2.2. Anteseden

Dimensi kedua adalah anteseden, yang berarti hal-hal yang harus ada sebelum pengajaran dapat dilakukan. Anteseden tersebut terdiri dari pasien klinis atau pasien simulasi, mahasiswa yang sedang menempuh pendidikan di program studi keperawatan, fasilitas kesehatan sebagai mitra praktik, dan pengajar yang kompeten. Selain itu, pengetahuan dasar dan keterampilan klinis adalah anteseden yang diperlukan untuk memastikan keselamatan pasien.

12.2.3. Konsekuensi

Dimensi ketiga dari konsep pengajaran di lingkungan klinis adalah konsekuensi, yang berarti tujuan atau luaran. Konsekuensi yang diharapkan pada pengajaran di lingkungan klinis adalah pencapaian mahasiswa terhadap tujuan pembelajaran, yang berujung pada pengembangan keterampilan yang dibutuhkan, pengetahuan dan perilaku yang diperlukan untuk berpraktik secara profesional, peningkatan kepercayaan diri, dan kepuasan terhadap profesinya sendiri sebagai seorang perawat



Gambar 12.1 Dimensi Pengajaran di Lingkungan Klinis

(Sumber: Flott and Linden, 2016)

12.3. Hambatan Pengajaran di Lingkungan Klinis

Setelah mengetahui bahwa terdapat beberapa dimensi yang membentuk sistem pengajaran di lingkungan klinis, selanjutnya kita perlu mengidentifikasi beberapa hambatan yang seringkali dihadapi ketika melakukan pengajaran di lingkungan klinis. Dalam pengajaran klinis, terdapat enam (6) hambatan dalam pencapaian tujuan pembelajaran, yaitu yang berkaitan dengan sistem, suasana, pengajar, mahasiswa, pasien, dan staf klinik (Beigzadeh *et al.*, 2021).

12.3.1. Sistem

Hambatan yang terkait dengan sistem mencakup jam dinas yang tidak sesuai jadwal, jumlah mahasiswa yang seringnya berlebih jika dibandingkan dengan jumlah pengajar, jumlah tindakan klinis yang kurang atau berlebih bergantung pada jadwal dinas, dan kurangnya monitoring pada mahasiswa ketika mereka berinteraksi dengan pasien. Satu hal lain yang sering menjadi penghambat adalah lingkungan fisik tempat mahasiswa

berpraktik. Ruang rawat pasien terkadang terlalu kecil atau penuh sesak, sehingga tidak memungkinkan bagi sekelompok mahasiswa untuk melakukan praktik klinik secara optimal.

12.3.2. Suasana

Pengajaran yang dilakukan di lingkungan klinis, utamanya saat pengajar melakukan *bedside teaching*, seringkali menimbulkan perasaan takut dan cemas pada mahasiswa saat bersama dengan pasien. Hal ini terjadi karena dipicu oleh rasa malu dan terintimidasi ketika mahasiswa dikoreksi di depan pasien oleh pengajar, atau ketika pasien mengajukan pertanyaan yang tidak dapat mahasiswa jawab. Rasa cemas juga didapatkan ketika harus melakukan tindakan di depan rekan mahasiswa, keluarga pasien, dan pengajar. Pada saat seperti ini, pengajar disarankan untuk mengajukan pertanyaan yang jelas dan lugas, serta memberikan koreksi dan *feedback* dengan cara yang baik. Ketika memberikan bimbingan, hendaknya di tempat yang minim gangguan seperti suara telepon, pengunjung yang berlalu-lalang, dan ventilasi yang minim, serta cukup jauh dari *bed* pasien.

12.3.3. Pengajar

Faktor yang terkait dengan pengajar pun dapat menjadi hambatan dalam pengajaran di lingkungan klinis, yaitu kurangnya pengetahuan dan keterampilan klinik dari dosen atau *Clinical Instructor* (CI), pengalaman terkait metode *bedside teaching*, pengetahuan mengenai hasil pengkajian fisik, dan motivasi CI dalam mengajar di klinik. Ketika pengajar hanya menghabiskan sedikit waktu dengan mahasiswa untuk mengamati dan mengoreksi keterampilan klinik mereka, atau ragu-ragu untuk melakukan *bedside teaching*, hasilnya akan terjadi penurunan keterampilan klinik pada mahasiswa. Kurangnya keahlian pada pengajar tersebut dapat diatasi dengan mencari bantuan pengajar senior yang lebih berpengalaman serta mengikuti pelatihan keterampilan klinik. Hal lain yang dapat mempengaruhi kualitas pengajaran adalah adanya tanggung jawab selain mengajar yang harus ditunaikan,

yaitu penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, serta pekerjaan administrative yang dapat mengurangi alokasi waktu yang dibutuhkan untuk mengajar mahasiswa di lahan praktik.

12.3.4. Mahasiswa

Selain dilihat dari sisi pengajar, mahasiswa juga dapat berkontribusi dalam ketidaktercapaian tujuan pembelajaran. Perilaku yang tidak disiplin seperti tidak menaati jadwal dinas, tidak menggunakan seragam yang telah disepakati, melanggar aturan lahan praktik, dan perilaku yang tidak profesional lainnya saat berpraktik menjadi hal-hal yang paling sering dilaporkan. Selain itu, kurangnya motivasi yang dimiliki oleh mahasiswa untuk belajar juga dapat berdampak pada ketercapaian kompetensi yang diharapkan. Hal lainnya yang perlu diperhatikan adalah beratnya penugasan, partisipasi mahasiswa yang minim, dan kurangnya penghargaan bagi mahasiswa yang telah mengikuti pembelajaran dengan baik.

12.3.5. Pasien

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat menjadi kurang efektif ketika pasien merasa tidak nyaman bila kondisi kesehatannya didiskusikan oleh kelompok mahasiswa yang besar, mahasiswa dan pengajar yang berlama-lama di dekat pasien, dan dikunjungi oleh banyak mahasiswa sekaligus. Hal-hal tersebut merupakan tindakan yang tidak menghargai privasi pasien. Sebenarnya hal ini dapat diatasi ketika komunikasi interpersonal dengan pasien maupun keluarganya diperbaiki. Dengan komunikasi yang mengimplementasikan prinsip-prinsip terapeutik, *trust* antara pasien dan mahasiswa dapat tercipta, sehingga pasien menjadi lebih kooperatif ketika praktik klinik berlangsung.

12.3.6. Staf Klinik

Staf perawat dan tenaga kesehatan lain yang bertugas pada lahan praktik mempunyai peranan penting dalam membantu mahasiswa mempelajari konteks klinis. Mereka

berkontribusi dalam proses pengajaran di lingkungan klinis dan menciptakan suasana kondusif untuk belajar. Apalagi dengan kondisi dimana dosen dan CI tidak bisa selalu mendampingi mahasiswa. Namun seringkali ketika mahasiswa berpraktik, staf klinik kurang memberikan dukungan, dan ketika mahasiswa sedang membutuhkan bantuan, perawat ruangan terkadang tidak ada di tempat. Untuk itu, penting sekali dalam memberikan penjelasan yang lengkap terkait program praktik klinik bagi kepala ruangan dan stafnya, sehingga hubungan kerja sama dapat terjalin.

12.4. Pengembangan Pengajaran di Lingkungan Klinis

Berdasarkan penjelasan pada bagian sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa pembelajaran pada lingkungan klinis memiliki dampak pada ketercapaian tujuan pembelajaran, kesiapan mahasiswa untuk berpraktik, peningkatan kepercayaan diri dan kepuasan karena telah memutuskan untuk menjadi seorang perawat. Namun demikian, masih banyak hal terkait pelaksanaannya yang perlu dievaluasi dan diperbaiki untuk dapat mencapai tujuan pembelajaran secara lebih efektif. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Levett-Jones dan Lathlean (2009), dikatakan bahwa pembelajaran yang optimal hanya dapat terjadi jika mahasiswa merasa dihargai dan diakui. Kemudian, rasa memiliki tercipta saat mahasiswa merasa mengenali lingkungan sekitarnya, merasa aman secara fisik dan emosi, dan merasa diakui sebagai bagian dari tim tenaga kesehatan. Mahasiswa cenderung merasa stress dan cemas ketika berpraktik di lingkungan klinis dan dapat meningkat keparahannya saat berhadapan dengan lingkungan yang asing serta mendapatkan perlakuan yang negative dari pihak lain (Sundler *et al.*, 2014). Mahasiswa terkadang juga menjadi korban perundungan yang dapat menghambat proses belajar. Sampai mahasiswa merasa diterima oleh staf sebagai bagian dari tim perawatan, mereka akan terus berfokus pada upaya untuk *fitting in*, sehingga proses belajar mereka akan terdampak secara negative (Levett-Jones and Lathlean, 2009). Dengan demikian, pihak perguruan tinggi maupun rumah sakit mitra perlu bekerja sama dalam memberikan orientasi lapangan yang

baik serta pemberian edukasi pada staf perawat mengenai dampak yang dapat mereka berikan pada proses belajar mahasiswa dengan tujuan untuk membantu membentuk pengalaman belajar yang positif.

Pimpinan rumah sakit mitra atau pihak yang terkait perlu mempromosikan sebuah budaya yang menghargai calon perawat, mengingat bahwa perawat memiliki kewajiban untuk membantu menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pendidikan tenaga kesehatan yang profesional. *Mindset* seperti ini perlu disosialisasikan dan diterapkan di setiap level organisasi rumah sakit, untuk memastikan bahwa seluruh staf mendukung budaya tersebut. Jika pihak rumah sakit mitra tidak mengedepankan pentingnya pendidikan keperawatan, maka mahasiswa akan cenderung mengalami interaksi negative dari staf serta mendapatkan contoh perilaku yang tidak profesional. Pengalaman seperti ini menghambat upaya belajar mahasiswa yang mengarah pada kurangnya rasa percaya diri, bahkan memungkinkan mereka untuk mempertimbangkan pilihan karir yang lain (Skaalvik, Normann and Henriksen, 2011). Terkait pengajar atau instruktur, sifat *approachability* atau mudah didekati memiliki dampak terhadap kenyamanan mahasiswa ketika mengomunikasikan hal-hal yang menjadi perhatian mereka (O'Mara *et al.*, 2014). Memastikan bahwa para instruktur memberikan *feedback* yang konstruktif dapat membantu mahasiswa mengembangkan kemampuan komunikasi dan rasa percaya dirinya. Peran dari instruktur adalah untuk memfasilitasi pembelajaran, mengevaluasi pekerjaan mahasiswa, mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki atau ditingkatkan, membantu mahasiswa mencapai tujuan pembelajaran, sampai mengimplementasikan perawatan pasien yang aman. Instruktur harus mempertimbangkan tingkat pengetahuan dan pengalaman klinis sebelumnya yang dimiliki mahasiswa ketika memberikan pasien kelolaan. Tanpa adanya penilaian ini, mahasiswa dapat merasa terbebani atau malah kurang tertantang. Selain itu, keterlibatan mahasiswa yang kurang dalam proses pembelajaran dapat menimbulkan dampak negative pada proses pencapaian tujuan. Pihak perguruan tinggi

perlu memberikan pengertian pada mahasiswa bahwa pengalaman pembelajaran di lingkungan klinis serta mengevaluasinya dengan alat ukur yang valid sangat penting untuk proses belajar yang optimal.

Laboratorium simulasi yang disediakan untuk mahasiswa semakin mudah untuk ditemukan di berbagai perguruan tinggi yang menawarkan program studi keperawatan karena mahasiswa dapat melakukan tindakan keperawatan pada mannekin, sehingga meminimalisir risiko pada pasien dan *feedback* dapat diberikan segera setelah simulasi diselesaikan. Penelitian pun membuktikan bahwa paparan pada scenario simulasi dan mannekin dapat mengurangi kecemasan, yang mendukung kegiatan belajar yang optimal (Ganley and Linnard-Palmer, 2012). Walaupun perawat klinik biasanya tidak hadir pada saat pelaksanaan simulasi, komunikasi yang bersifat negative antar mahasiswa dan dosen di laboratorium menghambat pengalaman belajar. Mahasiswa masih memiliki risiko untuk mengalami kegagalan akademik, mendapatkan penilaian negative dari dosen dan teman, kehilangan integritas, mengalami situasi yang memalukan, dan sebagainya. Mahasiswa juga terkadang merasa terintimidasi dan tidak mendapat dukungan dari dosen pada saat pelaksanaan simulasi, terutama ketika kompetensi yang diharapkan tidak dijelaskan dengan baik (Ganley and Linnard-Palmer, 2012). Stress yang sangat tidak perlu ini menghambat perkembangan mahasiswa untuk berpikir kritis.

Pimpinan dari program studi maupun perguruan tinggi memiliki peran untuk mengintegrasikan simulasi kedalam kurikulum pembelajaran. Saat para pimpinan pendidikan keperawatan mendiskusikan manfaat dari simulasi dan mengkaitkan srategi pengajaran ini dengan pernyataan visi dan misi dari perguruan tinggi, maka dosen dan instruktur akan cenderung memandang simulasi sebagai suatu strategi yang positif dan cenderung akan menyusun scenario yang lebih berkualitas, sehingga akan memaksimalkan pengalaman belajar (Taplay *et al.*, 2014).

Sebagai simpulan, pihak perguruan tinggi dan rumah sakit mitra harus berkolaborasi untuk memastikan bahwa mahasiswa siap melakukan praktik klinik. Intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengalaman belajar adalah pelaksanaan orientasi yang konsisten, pemberian edukasi bagi manajer dan staf perawat mengenai pentingnya pendidikan keperawatan, dan penilaian tingkat kesiapan mahasiswa saat memasuki lingkungan klinis. Seperti yang telah dibahas sebelumnya, latar belakang pendidikan, pengalaman, serta kesiapan dari instruktur klinis berbeda satu dengan yang lainnya. Untuk meningkatkan kesiapan para instruktur tersebut, pelatihan mengenai peran seorang pengajar perlu dilakukan dengan mengutamakan teori edukasi keperawatan. Sebagian besar instruktur terjun ke dunia pendidikan dengan membawa pengetahuan sebagai perawat yang berpengalaman, namun mereka memiliki ilmu yang terbatas terkait praktik dalam pendidikan, termasuk cara efektif dalam melakukan *assessment* pada pembelajaran mahasiswa.

Idealnya, instruktur mendapatkan pendidikan formal mengenai strategi pengajaran yang efektif, teknik evaluasi yang sesuai, serta memastikan bahwa dirinya siap untuk memfasilitasi proses belajar mahasiswa. Pimpinan program pendidikan keperawatan dan fasilitas kesehatan harus bekerja sama untuk menciptakan pengalaman belajar klinis yang bermakna. Tanpa mahasiswa keperawatan yang siap menjadi perawat profesional, kekurangan perawat akan terus berlanjut dan perawatan pasien akan terganggu. Pengetahuan tentang anteseden, atribut dan konsekuensi pada pengajaran di lingkungan klinis dapat membantu instruktur dan mahasiswa dalam menilai dan meningkatkan kualitas lingkungan klinis, sehingga membantu mahasiswa menjadi perawat profesional yang kompeten.

12.5. Update Pengajaran di Lingkungan Klinis

Beberapa tahun ke belakang, para peneliti telah mempelajari pilihan strategi untuk menciptakan pengajaran di

lingkungan klinis yang lebih efektif. Terdapat tiga strategi yang dibahas pada sub-bab ini.

12.5.1. Pengajaran daring dan *blended learning*

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Mc Cutcheon et al. (2015) bertujuan untuk menentukan apakah pengintegrasian pengajaran daring atau *blended learning* memiliki potensi untuk meningkatkan pengajaran terkait keterampilan klinis pada mahasiswa keperawatan. Penelitian dilakukan dengan metode *mix methods systematic review*.

Berdasarkan hasil analisa, didapatkan bahwa secara keseluruhan pembelajaran daring memiliki efektifitas yang serupa jika dibandingkan dengan pembelajaran yang dilakukan secara tradisional (luring). Namun demikian, ketersediaan hasil penelitian terkait penilaian efektivitas *blended learning* tersebut masih sangat terbatas. Sebagian kecil penelitian yang berhasil dikumpulkan menyatakan bahwa hasil pembelajaran lebih terlihat pada kelompok mahasiswa yang melakukan pembelajaran luring, namun sebagian lain melaporkan adanya dampak positif dari penerapan *blended learning* pada pengajaran keterampilan klinis. Dengan demikian, terdapat kebutuhan yang nyata akan penelitian lanjutan terkait inovasi pembelajaran daring maupun *blended* yang dilakukan dengan metodologi yang kuat untuk membantu menutup kesenjangan hasil penelitian.

12.5.2. Simulasi

Khalaila (2014) melakukan penelitian untuk mengevaluasi keefektifan simulasi dalam mengurangi kecemasan mahasiswa ketika memasuki lingkungan klinis untuk pertama kalinya. Penelitian dilakukan dengan desain deskriptif kuantitatif. Data didapatkan sebelum dan setelah mahasiswa melakukan praktik klinik untuk pertama kalinya. Hasilnya menyatakan bahwa skor kecemasan menurun. Selain itu, tingkat kepercayaan diri dan kemampuan *caring* mahasiswa meningkat setelah melalui simulasi. Dengan demikian, pelaksanaan

simulasi sebelum dan saat mahasiswa melaksanakan praktik kliniknya yang pertama adalah strategi pengajaran yang bermanfaat dan efektif.

12.5.3. Penggunaan *smartphone* dan *mobile applications*

Penelitian yang dilakukan oleh O'Connor dan Andrews (2018) bertujuan untuk melihat bagaimana pendapat mahasiswa keperawatan dalam menggunakan *smartphone* dan *mobile applications* untuk membantu mereka dalam melakukan pembelajaran di lingkungan klinis. Dengan metode deskriptif analitik, didapatkan hasil bahwa hanya setengah dari responden yang berjumlah 200 orang yang menggunakan *smartphone* untuk membantu mereka ketika praktik klinik. Aplikasi yang digunakan berkisar kalkulator, referensi obat, dan kamus medis. Responden menyatakan bahwa teknologi *mobile* sangat bermanfaat bagi mereka karena memudahkan akses ke materi edukasi, peningkatan pengetahuan dan kepercayaan diri, dan penurunan kecemasan saat melakukan praktik klinik. Namun, hal negatif yang didapatkan adalah sikap negatif dari staf perawat, kurang kuatnya koneksi wi-fi, dan beberapa aplikasi memiliki kualitas materi edukasi yang kurang berkualitas. Para peneliti perlu melakukan penelitian lanjutan untuk menentukan apakah teknologi *mobile* memang benar dapat meningkatkan luaran pembelajaran, bagaimana cara menyesuaikan aplikasi *mobile* dengan kebutuhan mahasiswa dan memastikan bahwa *hardware* dan *software* dapat diintegrasikan ke dalam kegiatan praktik klinik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmady, S. and Khani, H. (2022) 'The Development of the Framework of Effective Teaching-Learning in Clinical Education: A Meta-Synthesis Approach', *Education Research International*, 2022. doi: 10.1155/2022/4751931.
- Athlin, E., Larsson, M. and Soderhamn, O. (2012) 'A model for a national clinical final examination in the Swedish bachelor programme in nursing', *Journal of Nursing Management*, (20), pp. 90–101. Available at: doi:10.1111/j.1365.2834.2011.01278.x.
- Babenko-Mould, Y. and Laschinger, H. K. S. (2014) 'Effects of incivility in clinical practice settings on nursing student burnout', *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 11(1), pp. 145–154. doi: 10.1515/ijnes-2014-0023.
- Beigzadeh, A. et al. (2021) 'Teaching and learning in clinical rounds: A qualitative meta-analysis', *Journal of Emergency Practice and Trauma*, 7(1), pp. 46–55. doi: 10.34172/jept.2020.32.
- Flott, E. A. and Linden, L. (2016) 'The clinical learning environment in nursing education: A concept analysis', *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), pp. 501–513. doi: 10.1111/jan.12861.
- Ganley, B. J. and Linnard-Palmer, L. (2012) 'Academic Safety during Nursing Simulation: Perceptions of Nursing Students and Faculty', *Clinical Simulation in Nursing*. Elsevier Inc, 8(2), pp. e49–e57. doi: 10.1016/j.ecns.2010.06.004.
- Khalaila, R. (2014) 'Simulation in nursing education: An evaluation of students' outcomes at their first clinical practice combined with simulations', *Nurse Education Today*. The Author, 34(2), pp. 252–258. doi: 10.1016/j.nedt.2013.08.015.
- Levett-Jones, T. and Lathlean, J. (2009) 'The ascent to competence conceptual framework: An outcome of a study of belongingness', *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), pp. 2870–2879. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02593.x.

- Mccutcheon, K. et al. (2015) 'A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills in undergraduate nurse education', *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), pp. 255–270. doi: 10.1111/jan.12509.
- O'Connor, S. and Andrews, T. (2018) 'Smartphones and mobile applications (apps) in clinical nursing education: A student perspective', *Nurse Education Today*. Elsevier Ltd, 69, pp. 172–178. doi: 10.1016/j.nedt.2018.07.013.
- O'Mara, L. et al. (2014) 'Challenging clinical learning environments: Experiences of undergraduate nursing students', *Nurse Education in Practice*. Elsevier Ltd, 14(2), pp. 208–213. doi: 10.1016/j.nepr.2013.08.012.
- Perkins, C. and Kisiel, M. (2013) 'Response Skills of Student Nurses', *British Journal of Nursing*, 22(12), pp. 715–724.
- Skaalvik, M. W., Normann, H. K. and Henriksen, N. (2011) 'Clinical learning environment and supervision: Experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey', *Journal of Clinical Nursing*, 20(15–16), pp. 2294–2304. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03727.x.
- Spencer, J. (2003) 'Learning and teaching in the clinical environment', *BMJ*, 326(7389), pp. 591–594.
- Sundler, A. J. et al. (2014) 'Student nurses' experiences of the clinical learning environment in relation to the organization of supervision: A questionnaire survey', *Nurse Education Today*. Elsevier Ltd, 34(4), pp. 661–666. doi: 10.1016/j.nedt.2013.06.023.
- Taplay, K. et al. (2014) 'Organizational Culture Shapes the Adoption and Incorporation of Simulation into Nursing Curricula: A Grounded Theory Study', *Nursing Research and Practice*, 2014, pp. 1–12. doi: 10.1155/2014/197591.

BAB 13

INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE) DAN INTERPROFESSIONAL COLLABORATIVE PRACTICE (IPCP)

Oleh Agil Putra Tri Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep.

13.1. Pendahuluan

Sistem kesehatan saat ini sedang mengalami kondisi dimana banyak seskali kekurangan tenaga kesehatan yang terdistribusi secara merata di daerah - daerah yang jauh dari layanan kesehatan dan daerah - daerah yang sulit untuk diakses oleh tenaga kesehatan. Kolaborasi antara tenaga kesehatan yang belum merata menyebabkan pelayanan kesehatan di masyarakat belum berjalan baik seperti yang diharapkan ditambah dengan kebutuhan kesehatan masyarakat yang semakin meningkat. Terlebih lagi permasalahan kesehatan di masyarakat yang sangat beragam dan membutuhkan penanganan secara holistik dan komprehensif serta perlu adanya keterlibatan dari berbagai profesi kesehatan seperti Dokter, Dokter Gigi, Perawat, Apoteker, Ahli Gizi, Fisioterapi dll. Sebagian besar permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat berusaha untuk ditangani oleh pemerintah dengan berbagai program kesehatan yang diberikan untuk masyarakat tetapi hasilnya masih belum memuaskan. Banyak permasalahan kesehatan yang masih memprihatinkan, misalnya kesehatan ibu dan anak, penyakit-penyakit kronis, bencana alam, kesehatan reproduksi remaja dan masalah kesehatan lansia (Kementrian Kesehatan RI, 2015). Jika permasalahan – permasalahan tersebut tidak segera diatasi, dapat mempengaruhi kondisi kesehatan masyarakat yang sehat maupun sakit. Salah satusolusi yang paling menjanjikan adalah

interprofessional collaboration yang berfokus pada pelayanan kesehatan untuk masyarakat (World Health Organization, 2010).

Interprofessional collaboration practice (IPCP) adalah wujud kerjasama antara berbagai profesi kesehatan untuk memberikan layanan kesehatan terbaik bagi pasien, keluarga dan masyarakat agar mencapai derajat kesehatan tertinggi (World Health Organization, 2010). IPCP umumnya dilakukan di rumah sakit yang berfokus pada peningkatan layanan kesehatan dan kondisi kesehatan pasien. Masih sedikit *interprofessional collaboration* yang dilaksanakan di masyarakat, padahal *interprofessional collaboration* dapat juga dilakukan di masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pada level promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (World Health Organization, 2010). *Interprofessional collaboration* yang dilakukan di masyarakat dan sering dijumpai ketika terjadi suatu kejadian luar biasa disuatu daerah ataupun ketika terjadi bencana alam yang melanda suatu daerah. Padahal masalah kesehatan yang ada di masyarakat tidak hanya masalah bencana alam dan kejadian luar biasa. Disisi lain komitmen pemerintah sebenarnya lebih menekankan layanan kesehatan masyarakat yang bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit. Strategi yang sudah dilakukan oleh pemerintah adalah memaksimalkan fungsi dari puskesmas yang ada di daerah – daerah, tetapi dari strategi tersebut belum ada upaya kolaborasi antara tenaga kesehatan yang terintegrasi dengan baik (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Guna meningkatkan kualitas kolaborasi antar profesi kesehatan maka perlu adanya materi pembelajaran berkaitan dengan kolaborasi antar profesi kesehatan. Pada level pendidikan pengenalan kolaborasi antar profesi sering disampaikan dalam bentuk *Interprofesional Education (IPE)*.

13.2. *Interprofesional Education (IPE)*

Interprofessional Education (IPE) adalah proses belajar yang melibatkan mahasiswa dari dua atau lebih profesi kesehatan dan disiplin ilmu yang bersama-sama menciptakan dan menumbuhkan lingkungan belajar yang kolaboratif untuk

meningkatkan hasil dari pelayanan kesehatan (IPEC, 2011). Profesi yang terlibat dalam IPE harus dari bidang keahlian yang berbeda sehingga dapat saling bertukar informasi dan belajar berkolaborasi. Meskipun anggota memiliki keahlian yang berbeda, tetapi tujuan mereka sama yaitu berkolaborasi untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan yang terintegrasi berdasarkan kasus yang mereka pelajari (Kemenkes, 2016). IPE juga merupakan pelaksanaan dari pembelajaran interprofesi yang berbeda untuk meningkatkan kualitas pelayanan serta pelaksanaannya baik itu dalam akademik ataupun klinis. Sebagai hasil pembelajaran interprofessional atau kompetensi standar akreditasi profesional kesehatan, universitas dan sekolah medis, institusi pendidikan perlu mempertimbangkan bagaimana menerapkan IPE sebagai kurikulum (Thistlethwaite, 2015).

13.2.1. Kompetensi dan capaian pembelajaran dalam IPE

Menurut Schmitt *et al.*, (2011) dalam tinjauannya menyatakan bahwa pembelajaran IPE berkaitan dengan kompetensi yang akan dicapai untuk menghasilkan hasil pembelajaran yang baik, dan adapun kompetensi tersebut meliputi;

1. Nilai dan Etika

Hasil pencapaian dari sebuah proses IPE pada nilai dan etika yaitu jika memenuhi indikator pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pasien dengan memperhatikan etika antara profesi kesehatan dan pasien, pengambilan keputusan secara etis serta adanya profesionalisme yang secara hasil dapat dilihat dari peningkatan pengetahuan antar profesi untuk mengembangkan nilai bersama.

2. Peran dan tanggung jawab

Memiliki kemampuan untuk mendelegasikan tugas serta memberikan informasi yang jelas dari peran dan tanggung jawab masing-masing profesi yang hasil pencapaian tersebut dapat dilihat dari peningkatan keterampilan untuk menjalankan peran dan tanggung jawab masing-masing profesi.

3. Komunikasi interprofessional

Keberhasilan IPE akan tercapai jika seseorang mampu memberikan informasi kepada pasien menggunakan bahasa yang umum dan mudah dimengerti. Setiap profesi dalam sebuah tim harus mampu berbagi informasi tentang kondisi pasien untuk peningkatan dan perbaikan perilaku serta kepuasan pasien.

4. Tim dan kerjasama tim

Indikator keberhasilan IPE yaitu apabila seseorang memiliki kemampuan untuk mendelegasikan tugas dan memanfaatkan sumber daya secara efektif, mampu untuk menggambarkan peran dan tanggung jawab sendiri dan berkolaborasi dengan profesi lain, memiliki kemampuan dalam fungsi tim, mampu untuk melakukan kepemimpinan serta bekerja bersama untuk memberikan perawatan kesehatan yang berorientasi pada perawatan pasien yang lebih spesifik. Hasil evaluasi dari capaian tersebut akan memberikan peningkatan keterampilan pada seseorang serta perbaikan perilaku.

Dalam kurikulum yang disusun kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa kesehatan adalah kerja tim, kolaborasi dan komunikasi; nilai dan etika; peran dan tanggung jawab.

13.2.2. Faktor Pendukung dan Penghambat dalam IPE

Metode pembelajaran yang digunakan dalam IPE adalah pembelajaran yang menggunakan metode *problem based learning (PBL)*, metode *simulation based learning (SBL)* dan praktik berbasis *case study*. Menurut Imafuku, Kataoka, Mayahara, Suzuki, & Saiki (2014) PBL dalam IPE bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa antar profesi kesehatan dalam merumuskan problem solving, kemampuan kolaborasi, keterampilan belajar dan partisipasi.

Sedangkan metode simulasi merupakan salah satu metode yang paling sering digunakan dalam pembelajaran IPE. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa bahwa simulasi merupakan metode yang efektif untuk meningkatkan

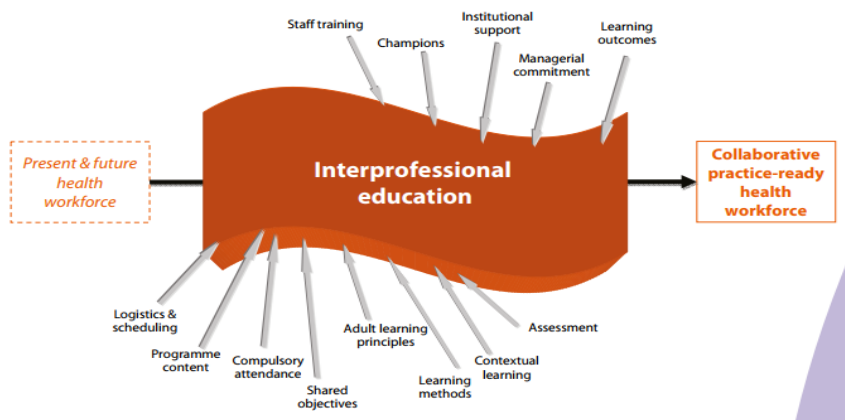
kompetensi anggota dalam proses pembelajaran IPE. Dari 122 responden terdapat 98% menyatakan bahwa sebelumnya belum pernah menggunakan metode simulasi pada saat proses IPE. Tetapi setelah mereka mencoba metode belajar simulasi dalam proses IPE terdapat peningkatan yang signifikan pada peran dan tanggung jawab tim, komunikasi interprofesional dan kerjasama tim (Costello., et al, 2017). Literature review yang membahas terkait penggunaan metode simulasi dalam proses IPE menyatakan bahwa, dari 48 penelitian terdapat 18 studi (37,5%) diterbitkan antara 2010-2013 dan 30 studi (62,5%) antara 2014-2016, menunjukkan simulasi dapat meningkatkan minat dan upaya menuju pencapaian tujuan pembelajaran IPE (Horsley, O'Rourke, Mariani, Doolen, & Pariseault, 2018).

Mahasiswa kesehatan yang menerima pendidikan berbasis simulasi pada pembelajaran IPE menunjukkan perbedaan signifikan secara statistik terhadap peningkatan pengetahuan, pengembangan sikap positif dan peningkatan kesiapan untuk menjalani IPCP (Wang, Shi, Bai, Zheng, & Zhao, 2015). Program simulasi pada IPE yang diperoleh ketika petugas kesehatan menjalani pendidikan juga bermanfaat untuk meningkatkan keterampilan kolaborasi antar petugas kesehatan lainnya ketika mereka sudah bekerja, hal ini bertujuan untuk memastikan perawatan pasien yang berkualitas tinggi karena dalam proses perawatan pasien pasti melibatkan lebih dari dua profesi kesehatan (Yang, et al, 2017)

Metode selanjutnya yang digunakan adalah *case study* yang menjadi tantangan untuk IPE. *Case study* dapat dilakukan jika instansi penyelenggara IPE berkomitmen untuk bekerja sama guna mengembangkan kreatifitas dan target yang sudah ditetapkan. Bentuk *case study* yang biasa dikembangkan adalah pembelajaran berbasis kasus nyata yang pernah terjadi, dan mahasiswa antar profesi kesehatan diminta untuk bersama-sama memecahkan kasus tersebut berdasarkan kompetensi masing-masing mahasiswa yang memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda, namun tetap harus mengedepankan kerjasama dalam memecahkan kasus tersebut. *Case study* akan

bermanfaat sangat baik bagi mahasiswa profesi kesehatan yang terlibat karena mereka bisa saling mengetahui batasan dan kewenangan dalam memberikan layanan kesehatan kepada pasien dan mengetahui bagaimana bekerjasama dengan baik antar petugas kesehatan lainnya. Pada akhirnya *case study* menjadi investasi yang memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas lulusan dan kepemimpinan untuk meningkatkan kerjasama tim dan *patient safety* (Levett-Jones., et al, 2018).

IPE yang diperoleh mahasiswa profesi kesehatan akan sangat bermanfaat untuk perkembangan layanan kesehatan dimasa mendatang. Mereka adalah calon petugas kesehatan dimasa mendatang yang akan terlibat langsung dalam pelayanan kesehatan. Dengan adanya IPE yang diperoleh dijenjang pendidikan, mereka dapat menjadi petugas kesehatan yang siap untuk berkolaborasi dengan petugas kesehatan lainnya dan dapat meningkatkan kemampuan mereka dalam berkolaborasi. Hal tersebut dapat meningkatkan kualitas layanan kesehatan yang komperhensif, holistik, efektif dan efisien (Gambar13.1) (World Health Organization, 2010).



Gambar 13.1 Mekanisme IPE

(Sumber: World Health Organization, 2010)

13.3. Kompetensi dan capaian pembelajaran dalam IPE

Interprofesional Collaborative Practice (IPCP). IPCP dalam layanan kesehatan terjadi ketika beberapa petugas kesehatan dari latar belakang profesi yang berbeda bekerja sama untuk memberikan layanan yang komprehensif kepada pasien, keluarga, dan masyarakat untuk memberikan perawatan dengan kualitas terbaik (World Health Organization, 2010). IPCP tidak hanya sekadar memberikan layanan kesehatan yang berbeda dan menerapkan keterampilan serta pengetahuan unik petugas kesehatan dalam pengelolaan pasien.

Kolaborasi terjadi ketika individu saling menghormati satu sama lain dan profesi masing-masing serta bersedia berpartisipasi dalam membangun suasana yang kooperatif (Bridges et al., 2011). IPCP berbeda dengan praktik yang hanya memberikan layanan kesehatan kepada pasien sesuai kompetensi masing-masing petugas kesehatan tanpa adanya kolaborasi dan pemecahan masalah secara bersama-sama. Dengan demikian, ketika kita melihat IPCP, kita harus memikirkan gambaran yang lebih besar dibidang kesehatan pasien, keluarga dan masyarakat.

Secara tradisional, seorang pasien mencari perawatan untuk suatu penyakit atau gangguan kesehatan yang dialaminya dan hanya ditangani oleh satu petugas kesehatan akan cenderung mendapatkan pelayanan dari satu sisi saja. Berbeda dengan pasien yang ditangani secara tim, mereka cenderung mendapatkan perawatan dari berbagai sisi, mulai dari masalah fisik, psikologis, emosional dan spiritual dari berbagai penyedia layanan kesehatan yang memiliki reputasi baik (Allan *et al.*, 2004). Dari perspektif sosial, praktik yang berfokus pada satu keahlian penyedia layanan kesehatan tidak efektif dan efisien bahkan beberapa ditemukan membutuhkan biaya yang mahal. Seperti yang telah dicatat dalam laporan penting Institute of Medicine, *The Future of the Public's Health*, "praktik-praktik layanan kesehatan tunggal mengalami kesulitan besar dalam

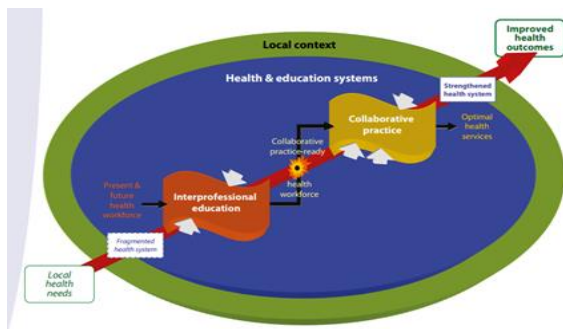
mengatur berbagai layanan dan dukungan yang diperlukan untuk mengelola penyakit kronis secara efektif dan efisien."

Di banyak negara, sistem pelayanan kesehatan masih banyak yang belum mampu memenuhi kebutuhan kesehatan penduduknya (World Health Organization, 2010). Kekuatan utama yang mendorong terbentuknya IPCP adalah kurangnya kualitas penyedia layanan kesehatan yang terjadi secara global. Hal ini merupakan hambatan untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, seperti menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, dan menurunkan penyakit menular umum dan endemik. Terlebih lagi perawatan pada pasien dengan masalah yang kompleks, sehingga membutuhkan penanganan dari berbagai profesi kesehatan. Gostin *et. al*, (2004) menyatakan, "Model pelayanan kesehatan yang terkotak-kotak (individual/tanapa adanya kolaborasi) dan berpusat pada perbaikan sementara tidaklah cukup untuk meringankan beban penyakit secara menyeluruh di negara-negara berkembang."

Para peneliti di WHO telah menemukan bahwa petugas kesehatan yang berkerja secara tim dan menerapkan IPCP akan berhasil mengatasi situasi yang sulit dalam menghadapi masalah yang sangat kompleks (World Health Organization, 2010).

13.4. Manfaat Interprofesional Collaborative Practice (IPCP)

Setelah hampir 50 tahun penelitian, kini terdapat bukti yang cukup untuk menunjukkan bahwa IPE dan IPCP memungkinkan praktik kolaboratif yang efektif dan dapat mengoptimalkan layanan kesehatan, memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan hasil kesehatan (Gambar 13.1).



Gambar 13.2 Sistem edukasi IPE menuju IPCP

(Sumber: World Health Organization, 2010)

Dengan adanya IPCP dilayanan kesehatan, pasien melaporkan tingkat kepuasan yang lebih tinggi, penerimaan yang lebih baik terhadap perawatan dan peningkatan hasil kesehatan setelah perawatan (Mickan, 2005).

Bukti penelitian telah menunjukkan sejumlah hasil:

1. Praktik kolaboratif dapat meningkatkan:
 - a. meningkatkan akses dan koordinasi layanan kesehatan
 - b. pemanfaatan spesialisasi yang tepat berdasarkan sumber daya klinis yang ada
 - c. meningkatkan hasil kesehatan yang optimal untuk pasien dengan penyakit kronis
 - d. meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien
2. Praktik kolaboratif dapat menurunkan:
 - a. menurunkan komplikasi pasien
 - b. menurunkan lama rawat inap di rumah sakit
 - c. menurunkan ketegangan dan konflik di antara *caregiver*
 - d. menurunkan angka *turnover* staf menurunkan angkat pasien di rumah sakit
 - e. menurunkan angka kesalahan klinis (kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), salah lokasi operasi dll
3. menurunkan tingkat kematian. Dalam kesehatan jiwa masyarakat praktik kolaboratif dapat:

- a. meningkatkan kepuasan pasien dan *caregiver*
 - b. meningkatkan kepuasan pasien dan perawat
 - c. meningkatkan penerimaan pasien yang lebih besar terhadap pengobatan
 - d. mengurangi durasi perawatan
 - e. mengurangi biaya perawatan
 - f. mengurangi kejadian bunuh diri
 - g. mengurangi kejadian putus obat
 - h. mengurangi kunjungan rawat jalan dan kekambuhan pada pasien gangguan jiwa
4. Pada pasien yang sakit kritis dan pasien yang sakit kronis praktik kolaboratif dapat:
- a. pasien lebih puas dengan perawatan mereka
 - b. pasien melaporkan lebih sedikit kunjungan ke rumah sakit
 - c. pasien melaporkan gejala yang lebih sedikit
 - d. pasien melaporkan peningkatan kesehatan secara keseluruhan
5. Pada sistem kesehatan praktik kolaboratif dapat:
- a. membentuk dan menerapkan tim layanan kesehatan primer untuk pasien lansia dengan penyakit kronis
 - b. mengurangi biaya pemeriksaan medis yang berlebihan
 - c. menerapkan strategi multidisiplin untuk pengelolaan pasien gagal jantung
 - d. menerapkan tim nutrisi parenteral total di lingkungan rumah sakit

Bukti ini dengan jelas menunjukkan perlunya IPCP yang melibatkan tenaga kesehatan yang siap bekerja dan profesi lain seperti ekonom, ahli informasi kesehatan, manajer, pekerja sosial, pemuka agama dll.

DAFTAR PUSTAKA

- Allan, J. *et al.* (2004) 'Clinical prevention and population health: Curriculum framework for health professions', *American Journal of Preventive Medicine*. doi: 10.1016/j.amepre.2004.08.010.
- Bridges, D. R. *et al.* (2011) 'Interprofessional collaboration: Three best practice models of interprofessional education', *Medical Education Online*, 16(1), pp. 1–10. doi: 10.3402/meo.v16i0.6035.
- Gostin, L. O., Boufford, J. I. and Martinez, R. M. (2004) 'The future of the public's health: Vision, values, and strategies', *Health Affairs*. doi: 10.1377/hlthaff.23.4.96.
- IPEC (2011) 'Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice', *Academic Medicine*, 86(May), p. 1351. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182308e39.
- Kemenkes (2016) 'Buku Panduan Materi Praktek Kerja Nyata Inter Professional Collaboration (PKN IPC)', (1–25).
- Mickan, S. M. (2005) 'Evaluating the effectiveness of health care teams.', *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*. doi: 10.1071/AH050211.
- Schmitt, M. *et al.* (2011) 'Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice', *Academic Medicine*. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182308e39.
- Thistlethwaite, J. E. (2015) 'Interprofessional education: implications and development for medical education', *Educación Médica*. doi: 10.1016/j.edumed.2015.04.007.
- World Health Organization (2010) 'Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice', *Practice*, pp. 1–63. doi: 10.1111/j.1741-1130.2007.00144.x.

BAB 14

KEBUTUHAN BELAJAR MAHASISWA KEPERAWATAN PADA TATANAN PEMBELAJARAN KLINIS

Oleh Ns. Nur Sriyanti, M.Kep.

14.1. Pendahuluan

Dalam menunjang sikap dan keterampilan profesional dari seorang mahasiswa keperawatan, tentu membutuhkan dukungan dan metode belajar yang efektif. Menempatkan mahasiswa pada lahan klinis merupakan salah satu bagian penting dari beberapa metode dalam sistem pendidikan keperawatan. (Forber *et al.*, 2016). Pembelajaran yang didapatkan saat perkuliahan berlangsung, dianggap tidak cukup untuk memenuhi aspek kompetensi mahasiswa keperawatan karena aplikatif dari ilmu pengetahuan berbasis teori tidak didapatkan langsung secara nyata sehingga dibutuhkan lingkungan klinik sebagai penunjang dalam memenuhi aspek kognitif dan psikomotor. Meskipun pada pembelajaran saat dikelas ditunjang dengan pengalaman belajar dilaboratorium, namun lingkungan pembelajaran klinis yang konstruktif, memungkinkan memberikan kepuasan belajar pada mahasiswa dan fokus dengan kebutuhan belajar mahasiswa serta hal tersebut dianggap sangat penting dalam proses pendidikan keperawatan. (Croxon and Maginnis, 2009).

Lingkungan Pembelajaran Klinis disebut sebagai suasana yang kompleks yang melibatkan staf, pasien, dan pendidik perawat yang mengelilingi peserta didik dan mempengaruhi karir mahasiswa keperawatan baik dengan meningkatkan atau

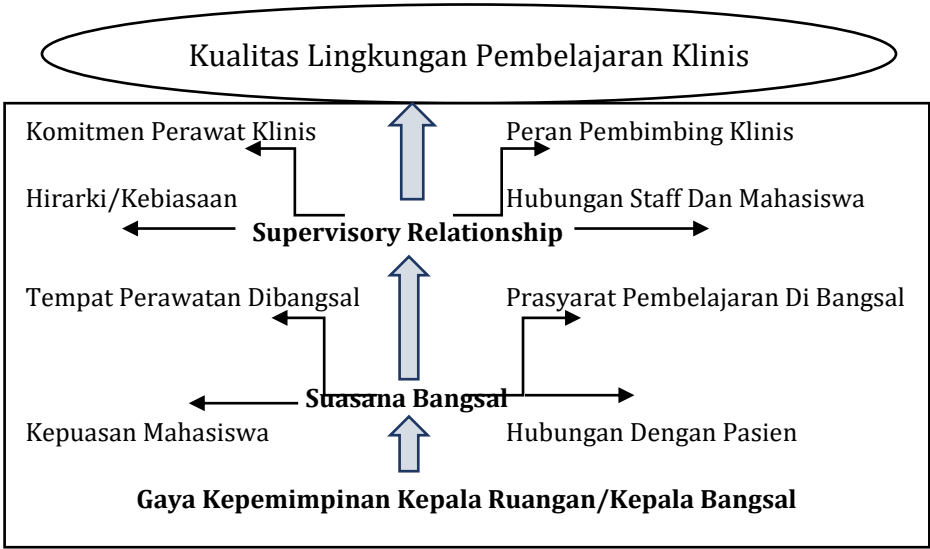
menghambat kinerja mereka (Allari and Farag, 2017). Rumah sakit, masyarakat, puskesmas dan layanan kesehatan untuk komunitas tertentu merupakan lingkungan klinis. Penempatan yang berkualitas memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk pengembangan keterampilan, sosialisasi ke dalam profesi, dan menjadi jembatan antara pembelajaran akademik dan tempat kerja. Hubungan antara staf dan mahasiswa keperawatan adalah faktor krusial dalam menciptakan lingkungan belajar yang positif (Rohendi, Ujeng and Mulyati, 2020). Area klinis wajib memotivasi mahasiswa dan memberikan kontribusi pada perasaan aman mereka dalam proses belajar, termasuk ketika mengajukan pertanyaan untuk mencapai hasil belajar (Bøe and Debesay, 2021). Praktik klinis menstimulasi kemampuan berpikir kritis mahasiswa untuk pemecahan masalah. Namun demikian, perkembangan belajar mahasiswa dapat dipengaruhi oleh komunikasi interpersonal yang buruk dengan staf klinis, kurangnya dukungan dari pendidik dan mentor (Papathanasiou, Tsaras and Sarafis, 2014)

Peran dosen selaku preceptor atau *Clinical* Instruktur (CI) pada Institusi sangat berperan penting dalam kegiatan monitoring dan pengawasan terhadap mahasiswa selama proses belajar dan hal tersebut didukung dan sangat tergantung pada kualitas hubungan antara mahasiswa dan pembimbing lahan atau (CI) lahan. (Bourgeois, Drayton and Brown, 2011). Setiap pihak yang dimana dalam hal ini mahasiswa dan pembimbing masing- masing mempunyai tanggung jawab. Preceptor institusi dan preceptor lahan merupakan fasilitator sekaligus pihak yang bertanggung jawab atas pembelajaran mahasiswa selama menjalani praktik klinik sedangkan mahasiswa bertanggung jawab secara aktif dalam pembelajaran mereka (Hellström-Hyson, Mårtensson and Kristofferzon, 2012) (Brown et al., 2005). Beberapa faktor yang mungkin berdampak pada pengalaman mahasiswa keperawatan saat menjalani praktik pada lahan klinis adalah faktor psikososial, budaya organisasi, aspek pengajaran dan pembelajaran dan pola interaksi (Flott and Linden, 2016).

Tantangan dalam pembelajaran praktik klinik adalah: pembimbing dihadapkan pada pasien yang banyak dan

kekhawatiran dihambat oleh mahasiswa (mengintegrasikan pembelajaran klinik yang efisien dengan perawatan pasien), mengadakan ruangan untuk belajar, atmosfer dalam fasilitas kesehatan yang membuat stres karena RS dan pekerjaannya menyatu dan berusaha tetap survive, mahasiswa menghadapi stres yang berlipat yang akan mempengaruhi pengalaman klinis mereka, kandidat preceptor tidak mau terlibat lebih dari kegiatan mereka sebagai pembimbing atau lebih jauh dari praktik mereka

Model konseptual lingkungan pembelajaran klinis/CLE (Clinical Learning Environment) dikalangan mahasiswa keperawatan. Panah menggambarkan hubungan langsung antara sub-dimensi CLE dan keseluruhan CLE.



Gambar 14.1 Kualitas Lingkungan Pembelajaran Klinis

(Sumber : D'Souza *et al.*, 2015)

Sebuah studi praktik menemukan bahwa membimbing mahasiswa dalam praktik meningkatkan beban kerja sampai sekitar 45 menit/hari. Dalam studi yang lain ada beberapa cara untuk menyikapinya antara lain dengan menyediakan waktu yang lebih lama, menjadwalkan pasien lebih sedikit (untuk

pasien rawat jalan), membuat perjanjian waktu dengan mahasiswa. Mahasiswa pada kelas awal seharusnya memulai dengan jumlah pasien yang sedikit dan tidak dengan pasien yang rumit, berlanjut untuk melihat pasien yang lebih banyak dan kebutuhan yang lebih kompleks ketika ketrampilan dan pengetahuan klinik berkembang. Meninjau jadwal sebelum praktik klinik bisa mengindikasikan pasien mana yang lebih tepat untuk dipelajari mahasiswa. Untuk mengajar efektif, penting membuat/menset dengan waktu yang sedikit (± 10 menit) untuk memberikan tugas mahasiswa. 5 menit untuk membuat suatu riwayat/pengkajian, 5 menit untuk memberikan umpan balik dan pertanyaan (Hidayat and Mufdlilah, 2018)

14.2. Jenis Pembelajaran Mahasiswa Keperawatan PadaTatanan Klinis

a. *Flipped Learning*

Dalam metode pembelajaran ini, mahasiswa mampu meningkatkan interaksi dengan para preceptor sehingga mahasiswa lebih termotivasi dalam proses belajar dan lebih percaya diri untuk melakukan keterampilan praktik keperawatan. *Flipped Learning* dapat memberikan kesempatan kepada mahasiswa keperawatan pada pembelajaran individual dengan beragam kasus klinis, yang sesuai dengan pemahaman mereka dan kecepatan dalam memahami sebelum mereka berpartisipasi ketika melakukan praktikum secara langsung di dunia nyata (Hwang and Oh, 2021)

b. Video Keterampilan

Di era digital saat ini, menyampaikan materi pembelajaran melalui *smarthphone* kepada mahasiswa keperawatan dapat dilakukan sebagai salah satu metode yang variatif dalam kegiatan praktik pada lahan klinis. Dengan melihat tahapan untuk setiap tindakan keperawatan dan mencari sumber belajar mengenai teori keperawatan selain yang telah diberikan oleh Dosen saat perkuliahan di kelas, mampu

meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa. (Al-Amin *et al.*, 2020)

c. ***Interactive Clinical Nursing Skills Mobile Application***

Aplikasi mobile interaktif untuk pendidikan keperawatan dan berfokus pada peserta didik dengan konten yang sistematis adalah metode yang efektif bagi mahasiswa untuk memberikan pengalaman keterampilan keperawatan praktis (Al-Amin *et al.*, 2020)

d. ***High Fidelity***

Salah satu metode dalam kegiatan simulasi pada praktik keperawatan dengan menggunakan phantom/manekin canggih yang mirip dengan manusia/pasien hidup dilingkungan lahan praktik/klinis secara nyata (rumah sakit, klinik, dll). Skenario praktik dapat terjadi atau dilakukan dimana saja, baik itu diruang perawatan, instalasi gawat darurat (IGD), ruangan bedah maupun pada ruangan *Intensive Care Unit* (ICU). Manekin digunakan sebagai simulator pasien manusia dengan memiliki susunan anatomi fisiologi layaknya yang dimiliki oleh manusia. Mahasiswa tentunya mempunyai kesempatan belajar mengenai pengalaman praktik klinik jika terjadi keterbatasan atau kendala pada lahan klinis mengenai ketersediaan pasien (persetujuan pasien menjadi pasien kelolaan, jumlah pasien yang menjadi kasus kelolaan, dll). /1

<https://www.healthysimulation.com/high-fidelity-simulation/>

e. ***Clinical Teaching Associate***

Model pembelajaran pada CTA merupakan teknik pembimbingan klinis yang dilakukan oleh perawat yang bertugas pada lahan praktik tersebut kepada mahasiswa dengan jumlah 8 – 10 orang. Perawat tersebut bertanggung jawab secara penuh mengenai pengalaman belajar mahasiswa keperawatan meliputi kegiatan pengajaran, supervisi, menjadi *role model* dan melakukan evaluasi. Dalam proses pembimbingan, perawat memastikan agar mahasiswa

keperawatan melakukan praktik klinik secara hati-hati dan terukur sehingga mampu meningkatkan prestasi mahasiswa pada lahan klinis. Dosen institusi berbagi tanggung jawab mengenai evaluasi belajar mahasiswa selama berada dilahan klinis, mengambil keputusan terkait pengalaman belajar dan menentukan penugasan mahasiswa keperawatan. (Rahnavard, Nodeh and Hosseini, 2013)

f. ***End-Of-Life Care***

Mahasiswa keperawatan mungkin tidak mendapatkan pengalaman mengenai kematian dan keadaan pasien yang sekarat dalam program pendidikan mereka. Leighton&Dubas pada tahun 2009 menyatakan bahwa hal tersebut kemungkinan terjadi karena adanya ketakutan bahwa tindakan yang mereka lakukan dapat menyebabkan atau mempercepat kematian pasien. Ketakutan yang dirasakan seperti; tidak percaya diri, adanya perasaan bersalah dan kecemasan. Praktik perawatan pada pasien yang meninggal dalam simulasi klinis merupakan salah satu metode praktik yang mampu memberikan pengalaman belajar mengenai bagaimana peran perawat terhadap pasien yang akan meninggal. Adapun pengalaman belajar tersebut meliputi bagaimana tindakan/peran, interaksi dan umpan balik perawat saat pasien menjelang ajal (Grabow, 2017)

14.3. Metode Pengajaran Mahasiswa Pada Lahan Klinis

a. ***Bedside Teaching***

Menurut Nursalam & Efendi, 2012; *bedside teaching* merupakan suatu metode pembelajaran yang dilakukan di samping tempat tidur pasien dengan mengkaji kondisi pasien dan memenuhi asuhan keperawatan. Tujuan *bedside teaching* yaitu untuk mengetahui secara mendalam dan komprehensif kasus pasien yang sedang dipelajari. Selain itu manfaat *bedside teaching* bagi pembimbing klinik adalah dapat mengajarkan dan mendidik peserta didik untuk menguasai keterampilan secara prosedural, menumbuhkan

sikap profesional, mempelajari perkembangan, melakukan komunikasi melalui pengamatan langsung. Prinsip pelaksanaan *bedside teaching* sebagai berikut;

1. Sikap fisik maupun psikis dari pembimbing rumah sakit atau peserta didik
2. Jumlah mahasiswa yang dibatasi, yakni 5 sampai 6 orang
3. Diskusi pada awal dan pasca demonstrasi yang dilakukan di depan pasien. Sebaiknya dilakukan demonstrasi ulang kepada peserta didik
4. Evaluasi pemahaman peserta didik
5. Kegiatan yang di demonstrasikan merupakan tindakan yang baru di terima oleh peserta didik.

Dalam pelaksanaan *bedside teaching*, yang menjadi kunci adalah :

1. Tahap persiapan yang menghubungkan ronde efektif dalam meningkatkan kenyamanan saat menggambarkan mapping yang direncanakan
2. Mengorientasikan rencana pembelajaran dan juga tujuan
3. Memperkenalkan diri pada pasien
4. Menjadi *role model* saat melakukan interaksi
5. Melakukan pengajaran dengan baik dan melakukan evaluasi

(Prastiwi *et al.*, 2020)

Metode *bedside teaching* memiliki potensial untuk membawa peserta dalam situasi manajerial yang realistis agar bagaimana mereka membuat keputusan pada saat memiliki informasi yang tidak lengkap, adanya kendala waktu, dan tujuan yang saling bertentangan (Radi Afsouran *et al.*, 2018)

b. *Feedback Konstruktif*

Umpan balik merupakan elemen penting dalam suatu pembelajaran. Memberikan umpan balik adalah tugas dari seorang manajer atau preceptor untuk memberi tahu mahasiswa tentang di mana harus memperbaiki tindakan. Umpan balik adalah metode yang berguna untuk menunjukkan suatu proses berlangsung, apakah berjalan ke arah yang benar atau malah menjadi masalah dalam proses pembelajaran. Tujuan dalam memberikan umpan balik

adalah untuk memberikan bimbingan, memberikan informasi yang bermanfaat, baik untuk mendukung perilaku yang efektif, atau untuk membimbing seseorang agar kembali ke jalur menuju kinerja yang sukses (de la Cruz, Kopec and Wimsatt, 2015)

c. **Conference**

Suatu pembelajaran keperawatan klinik yang mengutamakan dan menekankan pada tehnik *conference* dalam rangka meningkatkan dan mempertahankan kualitas asuhan keperawatan pada pasien selama 24 jam secara terus menerus (Asmuji, 2012). *Conference* disusun berdasarkan diskusi dalam kelompok dengan tujuan meningkatkan pembelajaran mengenai pemecahan masalah dalam suatu kelompok melalui analisis, pemilihan alternatif pemecahan masalah, dan pendekatan kreatif yang bertujuan untuk menilai pelaksanaan bimbingan asuhan keperawatan. **Pre conference** bertujuan untuk mengetahui kesiapan *knowledge* mahasiswa sebelum memberikan asuhan keperawatan pada pasien kelolaan. Hal ini bisa dinilai dari laporan pendahuluan yang di buat mahasiswa. Adapun strategi pelaksanaan *pre conference* meliputi :

1. Pembukaan dan salam pembukaan
2. Membuat kontrak waktu
3. Membuat kesepakatan mengenai materi *conference* dan peserta

Post conference bertujuan untuk menilai sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien kelolaannya. Adapun strategi pelaksanaannya yaitu :

1. Membuat kesimpulan
2. Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya
3. Penutup dan salam penutup (&NA;, 2014)

d. **Case Base Learning**

Tutorial klinik adalah salah satu jenis pembelajaran dalam sebuah rancangan model instruksional berorientasi pada

project casebased learning yang lebih terbuka. Proses tutorial yang dilakukan meliputi:

1. Sebelum tutorial, mahasiswa sebaiknya mempersiapkan diri dengan mempelajari skenario lanjutan
2. Mahasiswa disarankan memiliki buku-buku ilmu kedokteran dasar
3. Mempersiapkan sarana pendukung (spidol, *white board*, penghapus)
4. Selama tutorial mahasiswa dilarang membuka buku referensi, *gadget*, laptop dan yang boleh dibawa adalah rangkuman materi yang sudah dipelajari mahasiswa.

Langkah-langkah pembelajaran *casebased learning* menggunakan langkah-langkah *seven jump* yaitu :

1. Problem, mahasiswa menyampaikan temuan yang di dapat dari pengkajian pada pasien.
2. Hipotesis, mahasiswa menyampaikan kemungkinan diagnosa keperawatan terdapat dari data yang didapatkan dari tahap pertama.
3. Mekanisme, mahasiswa menguraikan penjelasan yang berawal dari data-data pada tahap pertama sampai munculnya dugaan diagnosa pada tahap kedua dengan *pathway*.
4. Info selanjutnya, mahasiswa menjabarkan data tambahan yang perlu ditambahkan untuk menegaskan dugaan diagnosa pada tahap kedua
5. “Tidak mengetahui”, mahasiswa mengemukakan pertanyaan untuk memahami kasus ini secara mendalam.
6. *Learning issue*, tahap pengerucutan dari tahap “tidak mengetahui”, mahasiswa dibimbing oleh preceptor menentukan topik atau area keilmuan mana yang harus dipelajari atau di ulas kembali.
7. *Problem solving*, setelah telaah teori dan literature, mahasiswa bisa menegaskan diagnosa keperawatan dan menyusun rencana intervensi spesifik dengan memperhatikan mekanisme kasus dengan pendekatan NANDA, NIC, NOC (Wicaksana and Rachman, 2018)

e. **Presentasi Kasus**

Presentasi kasus merupakan hasil laporan mahasiswa yang sudah melakukan asuhan keperawatan. Tujuan dari presentasi kasus, mahasiswa dapat memaparkan hasil kasus kelolaan dalam bentuk asuhan keperawatan. Dengan studi kasus mahasiswa dapat mengaplikasikan teori ke aplikasi praktik, mengidentifikasi masalah actual/potensial, serta pemecahan masalahnya. Adapun proses presentasi ini meliputi :

1. Mahasiswa mempresentasikan kasus kelolaan minimal selama 3 hari perawatan
2. Preceptor melakukan penilaian baik kepada presenter maupun peserta
3. Diskusi berfokus pada presentasi kasus
4. Setiap mahasiswa mempresentasikan 1 kasus kelolaan (Wicaksana and Rachman, 2018)

Studi kasus merupakan salah satu pembelajaran dengan cara memperagakan suatu prosedur dengan menggunakan alat dan disertai penjelasan. Metode ini dapat dilaksanakan di laboratorium dan di rumah sakit (de la Cruz, Kopec and Wimsatt, 2015)

14.4. Potensi Preceptor Klinis Sesuai Perspektif Mahasiswa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peran aktif dari Instruktur atau Preceptor klinis merupakan salah satu faktor penting dalam pencapaian hasil pembelajaran klinis (Ismail, 2016). Seorang Instruktur mampu mengatasi masalah mengenai kekurangan buku pelajaran dan fasilitas pendidikan bahkan mengubah lingkungan belajar serta mata pelajaran terbaik menjadi lingkungan yang pasif melalui ketidakmampuan mereka untuk membuat hubungan emosional yang diinginkan (Siamian *et al.*, 2012). Instruktur klinis akan berhasil melakukan pembimbingan jika secara efektif mampu :

- a. Menunjukkan komitmen
- b. Membangun motivasi internal

- c. Terampil dalam menemukan solusi dari sebuah permasalahan
- d. Fleksibel
- e. Memiliki kreativitas
- f. Memiliki dan mengelola manajemen waktu dengan baik
- g. Mempunyai jiwa kepemimpinan yang positif
- h. Memiliki dan membangun aksesibilitas dengan orang lain
- i. Menanamkan prinsip moralitas
- j. Mengembangkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan zaman (*up to date*)
- k. Pembelajaran seumur hidup (Jahan *et al.*, 2008)

Terdapat dua kategori potensi yang harus dimiliki oleh seorang preceptor klinis sesuai dengan perspektif mahasiswa yaitu :

Tabel 14.1 Karakteristik

Kategori	Sub Kategori
Karakteristik Khusus	1. Motivasi yang kuat 2. Diterima secara profesional atas dasar memiliki kompetensi sesuai bidang keilmuan yang dibutuhkan dan mempunyai pengalaman khusus dibidang yang terkait 3. Memiliki kompetensi klinis 4. Memiliki keterampilan dalam mengajar 5. Memiliki pengalaman klinis
Karakteristik Umum	1. Mempunyai nilai 2. Telah menjadi anggota dari fakultas/institusi 3. Memiliki penampilan yang pantas, rapi dan menarik 4. Mampu berkomunikasi dengan baik

Sumber : (Soroush *et al.*, 2021)

Harapan mahasiswa keperawatan mengenai sikap yang sebaiknya dimiliki oleh Pembimbing klinis

Tabel 14.2 Perilaku

Deskripsi Perilaku	Uraian
Sikap umum Instruktur klinis saat melakukan interaksi dengan mahasiswa keperawatan	1. Menstimulasi mahasiswa selama pembimbingan pada lahan klinis mengenai apa yang penting. 2. Sering memberikan umpan balik tentang kinerja mahasiswa. 3. Mengarahkan instruksi ke tingkat kesiapan mahasiswa. 4. Memiliki selera humor yang bagus. 5. Mengarahkan mahasiswa untuk mencari, membaca dan menggunakan literatur yang berguna dalam keperawatan. 6. Menunjukkan keterampilan klinis dan penilaian. 7. Mendemonstrasikan prosedur dan teknik klinis. 8. Mengkomunikasikan harapan mahasiswa.
Sikap yang jarang dimiliki Instruktur klinis saat melakukan interaksi dengan mahasiswa keperawatan	1. Kritis terhadap diri sendiri 2. Mengakui keterbatasan diri sendiri 3. Tidak mengkritik mahasiswa di depan orang lain 4. Menunjukkan keterampilan komunikasi dan menunjukkan ketertarikan pribadi pada mahasiswa dalam aspek kepribadian, kompetensi keperawatan, evaluasi dan hubungan interpersonal 5. Menunjukkan empati 6. Memberikan mahasiswa penguatan positif terhadap kontribusi, pengamatan dan kinerja yang baik selama praktik 7. Memperbaiki kesalahan mahasiswa tanpa meremehkannya
Sikap efektif yang sebaiknya dimiliki Instruktur	1. Tetap dapat dihubungi oleh mahasiswa 2. Merupakan panutan yang baik 3. Menekankan apa yang penting 4. Mendemonstrasikan prosedur dan teknis klinis 5. Mengarahkan mahasiswa untuk mencari,

Deskripsi Perilaku	Uraian
klinis saat melakukan interaksi dengan mahasiswa keperawatan	membaca dan menggunakan literatur yang berguna dalam keperawatan 6. Disiplin 7. Membahas perkembangan terkini dibidangnya 8. Tidak mengkritik mahasiswa didepan orang lain 9. Bertanggung jawab atas tindakannya sendiri 10. Menunjukkan wawasan yang luas mengenai ilmu keperawatan
Sikap Instruktur klinis yang paling sedikit dirasakan oleh mahasiswa keperawatan saat melakukan interaksi	1. Menunjukkan keterampilan komunikasi 2. Cepat tanggap atau cepat memahami apa yang mahasiswa tanyakan atau sampaikan 3. Merupakan pribadi yang dinamis dan energik 4. Mendorong partisipasi aktif dalam diskusi 5. Mendemonstrasikan keterampilan komunikasi 6. Mudah didekati 7. Menunjukkan minat pribadi pada mahasiswa 8. Memiliki selera humor yang baik 9. Memberikan dukungan dan dorongan kepada mahasiswa 10. Mengkomunikasikan harapan siswa

Sumber : (Ismail, 2016)

14.5. Faktor – Faktor Yang Memengaruhi Motivasi

Studi telah menunjukkan bahwa, dalam setting area klinis, hambatan utama bagi pendidikan klinis adalah kurangnya minat dan motivasi siswa (Rahimi and Ahmadi, 2005). Mahasiswa keperawatan membutuhkan motivasi jangka panjang untuk membantu orang lain di masa depan (Miers, Rickaby and Pollard, 2007). Terlepas dari pengetahuan teoritis yang diperoleh mahasiswa keperawatan melalui sesi perkuliahan di kelas dan praktik dilaboratorium dengan menggunakan

pendidikan berbasis simulasi, dosen bekerja sama dengan pembimbing lahan dan mahasiswa keperawatan di rumah sakit untuk memastikan bahwa mahasiswa memiliki kesempatan untuk terlibat dalam pengalaman belajar klinis selama praktik klinik dilaksanakan (Mukamana, Uwiyeze and Sliney, 2015).

Motivasi merupakan suatu konsep, konstruk, dan abstrak yang dianggap penting dalam pendidikan keperawatan. Setting pada lahan klinis memperumit konsep motivasi mahasiswa keperawatan dalam selama menjalani pendidikan klinis (Hanifi N, 2018). Pemberian motivasi yang baik akan sejalan dengan kesiapan mental mahasiswa dalam melaksanakan praktik klinik di rumah sakit, hal ini dikarenakan pemberian motivasi yang diberikan oleh pembimbing di klinik membantu mahasiswa dalam mengurangi kecemasan dan ketidaknyamanannya saat praktik di rumah sakit serta membantu meningkatkan rasa percaya dirinya dalam melakukan tindakan keperawatan yang menjadi bagian kompetensi kliniknya (Melaksanakan, Klinik and Rumah, 2017).

Analisis Konsep Motivasi pada Pendidikan Klinis Keperawatan

Tabel 14.3 Motivasi

Anteseden Motivasi	Hasil Motivasi	Hubungan
Kepuasan spiritual	Memasuki dunia keperawatan merupakan faktor kepuasan dari perasaan batin dan faktor selanjutnya yang dapat memelihara motivasi tersebut adalah ketika melakukan praktik lapangan/lahan klinis	Kepuasan spiritual adalah anteseden positif terhadap profesi
Sikap masyarakat	Faktor yang dapat membuat mahasiswa keperawatan masuk atau meninggalkan profesi keperawatan. Performa tugas yang efisien	Perasaan kepuasan batin adalah hasil kepuasan rohani dan anteseden dari sikap positif menuju profesi

Anteseden Motivasi	Hasil Motivasi	Hubungan
	saat di klinik menjadi faktor pemeliharaan motivasi	
Sarana lingkungan pendidikan dan perencanaan	1. Diinginkan atau tidak diinginkan 2. Sikap terhadap pembelajaran keperawatan klinis 3. Menjadi lebih baik atau lebih buruk	Lingkungan pembelajaran klinis yang tepat dan lebih baik akan meningkatkan hasil pendidikan dan merupakan anteseden pengetahuan profesional
Pengetahuan profesional	1. Penerapan pemahaman diri di klinik 2. Kinerja tugas ilmiah di klinik 3. Kemampuan menanggapi pertanyaan pasien 4. Lebih Meningkatkan motivasi untuk pendidikan dan pembelajaran klinis 5. Memperbaiki sikap masyarakat terhadap profesi	Sikap yang tepat terhadap keperawatan adalah hasil yang sesuai di lingkungan pendidikan, dan kepuasan spiritual adalah anteseden untuk upaya dalam mencapai pengetahuan dan meningkatkan pengetahuan profesional
Kemampuan berprestasi pada tugas klinik	Meningkatkan rasa percaya diri	Meningkatkan rasa percaya diri adalah hasil dari kemampuan untuk melakukan tugas klinis dan anteseden melakukan tugas secara mandiri
Kebebasan	1. Tidak ada rasa rendah diri, buruk atau jelek 2. Munculnya kreativitas	Tidak ada rasa rendah diri adalah hasil perasaan independen dan anteseden dari

Anteseden Motivasi	Hasil Motivasi	Hubungan
		peningkatan rasa percaya diri.
Komunikasi	Kurang atau lebih dilahan klinis	pendidikan klinis yang meningkat adalah hasil dari komunikasi efektif dan anteseden sikap positif terhadap profesi keperawatan
Martabat dan rasa menghormati	1. Antusiasme siswa untuk menghadiri klinik 2. Status Pelanggaran mahasiswa di klinik 3. Cuti /libur profesi	Antusiasme mahasiswa untuk hadir dilahan klinis adalah hasil dari rasa hormat dan adanya martabat serta anteseden yang lebih pada pendidikan klinis
<i>Role Model</i>	Mendorong siswa untuk lebih atau kurang ilmiah dalam pekerjaan dan pendidikan klinis	<i>Role model</i> bersama dengan kepuasan spiritual dan lingkungan pendidikan yang tepat merupakan hasil dari sikap positif terhadap profesi keperawatan
Kondisi Kerja dari Perawat	1. Daya tarik mahasiswa ke profesi 2. Tidak ada cuti/libur profesi atau sebaliknya	Sebuah lingkungan pendidikan yang tepat adalah anteseden dari sikap positif terhadap profesi keperawatan.

Sumber (Hanifi N, 2018)

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi proses belajar mahasiswa

Tabel 14.4 Lingkungan Belajar

Lingkungan Belajar Di Perguruan Tinggi/Kampus/ Institusi Pendidikan	Lingkungan Belajar Di Lahan Klinis
1. Dosen mampu mengajari mahasiswa dengan baik. 2. Dosen mengadopsi strategi mengajar yang berbeda ketika mengajar di kelas 3. Dosen dapat didekati oleh mahasiswa ketika dibutuhkan 4. Kampus/Institusi tmemberi mahasiswa artikel yang memadai di area klinis untuk memberikan perawatan pasien 5. Tugas menulis tidak membantu mahasiswa belajar 6. Mahasiswa selalu dibantu oleh Dosen dalam belajar 7. Ruang kelas mahasiswa nyaman untuk belajar 8. Mahasiswa akan belajar lebih baik jika dibimbing secara terus menerus seorang Dosen di lingkungan klinis 9. Mahasiswa merasa staf kantor mudah didekati dan dapat membantu saat diperlukan 10. Mahasiswa merasa staf kantor selalu ada untuk kebutuhan akademik. 11. Mahasiswa merasa laboratorium di kampus dilengkapi dengan baik untuk pembelajaran mahasiswa 12. Mahasiswa membentuk pendapat tentang Dosen	1. Mahasiswa kehilangan minat belajar karena jam kerja praktik klinis yang panjang 2. Mahasiswa merasa pengajaran klinis di bangsal membantu mahasiswa meningkatkan pengetahuan ketika sedang belajar 3. Mahasiswa merasa lebih baik jika Dosen mendemonstrasikan prosedur di bangsal 4. Mahasiswa merasa mampu menerapkan teori yang diajarkan di kelas pada area klinis dengan baik

Lingkungan Belajar Di Perguruan Tinggi/Kampus/ Institusi Pendidikan	Lingkungan Belajar Di Lahan Klinis
berdasarkan umpan balik apa yang diberikan oleh senior/teman. 13. Mahasiswa tidak merasa nyaman dengan Dosen yang sebelumnya memarahi/memperingatkan mahasiswa 14. Mahasiswa tidak suka mempelajari topik yang diajarkan oleh seorang Dosen yang tidak mahasiswa sukai. 15. Mahasiswa tertarik mempelajari topik yang diajarkan oleh seorang Dosen yang bertanya tentang kesejahteraan pribadi mahasiswa 16. Mahasiswa tidak tertarik mempelajari topik yang diajarkan oleh Dosen yang merasa acuh tak acuh terhadap mahasiswa atau orang lain 17. Mahasiswa mempelajari mata pelajaran dengan lebih baik ketika Dosennya bebas memberi tanda 18. Mahasiswa belajar hanya jika mahasiswa menyukai mata pelajaran tersebut 19. Mahasiswa merasa terlalu banyak kegiatan ekstrakurikuler yang menghambat pembelajaran	

Lingkungan Belajar Di Perguruan Tinggi/Kampus/ Institusi Pendidikan	Lingkungan Belajar Di Lahan Klinis
mahasiswa 20. Mahasiswa merasa mengikuti kegiatan ekstrakurikuler adalah hal/waktu yang sia-sia 21. Jika Dosen tidak berbicara bahasa lokal/daerah setempat, mahasiswa sulit untuk melakukan pendekatan 22. Kelas bahasa Inggris sulit dipahami oleh mahasiswa 23. Mahasiswa tidak dapat mengajukan keraguan di kelas karena merasa sedang berbicara bahasa Inggris sulit 24. Masalah bahasa mempengaruhi belajar mahasiswa 25. Mahasiswa belajar karena mahasiswa ingin membantu orang lain 26. Mahasiswa belajar hanya untuk mendapatkan nilai lulus 27. Mahasiswa merasa perpustakaan sangat berguna untuk pembelajaran mahasiswa 28. Mahasiswa merasa telah memanfaatkan sumber daya perpustakaan secara maksimal 29. Rekan sesama mahasiswa paling memotivasi mahasiswa untuk belajar	

Sumber (George, Lakra and Kamath, 2017)

Selama menjalani proses pembelajaran klinis, mahasiswa keperawatan mengalami pengalaman negatif dan positif. Kedua pengalaman tersebut menegaskan bahwa setting pada lingkungan klinis dapat menjadi kesempatan belajar yang berharga bagi mahasiswa keperawatan. Mahasiswa keperawatan mengapresiasi supervisi perawat profesional yang menciptakan suasana kondusif untuk proses belajar mengajar dengan menyambut dan mendorong kemandirian mahasiswa keperawatan. Rekomendasi selanjutnya meliputi: penunjukan perawat profesional khusus untuk melakukan supervisi kepada mahasiswa keperawatan, dukungan tutor sebelum ujian sumatif, peningkatan layanan, termasuk ketersediaan sumber daya (Zulu, du Plessis and Koen, 2021).

Temuan penelitian menunjukkan bahwa supervisi pada mahasiswa dinilai positif yang dapat dilihat dari hubungan interpersonal, interaksi dengan pembimbing klinis dan perawat ruangan dan semua aspek tersebut dapat dianggap sebagai lingkungan pembelajaran klinis yang positif. Umpan balik pada kinerja klinis dan kepuasan mereka sangat penting untuk didapatkan secara efektif pada area pembelajaran klinis. Suasana pedagogis dan gaya kepemimpinan ditandai dengan keterlibatan positif dalam asuhan keperawatan serta hubungan pasien untuk lingkungan pembelajaran klinis yang suportif. Eksistensi mahasiswa diakui sebagai bagian dari tim keperawatan yang berpartisipasi dalam perawatan pasien dan menciptakan pembelajaran yang positif.

Preseptor harus memastikan suasana lingkungan yang baik dengan melakukan komunikasi terbuka dan kerjasama, komitmen mengenai hubungan antara mahasiswa, Dosen dan perawat ruangan untuk memastikan kesinambungan dalam pengajaran klinis. Kontinuitas dari preseptor klinis dan pembelajaran yang bermakna akan memfasilitasi keterlibatan mahasiswa dalam lingkungan pembelajaran klinis untuk mengeksplorasi peluang atau inovasi dalam praktik.

Studi menunjukkan bahwa lingkungan pembelajaran klinis dengan kehadiran yang berkesinambungan dari Preseptor klinis mendukung mahasiswa untuk aktif belajar dari pengalaman. Pemantauan lingkungan pembelajaran klinis dapat

memberi informasi kepada preceptor tentang tindakan efektif dalam praktik klinis untuk mendorong pembelajaran di antara mahasiswa yang di dalamnya terdapat konteks sosial-budaya (D'Souza *et al.*, 2015)

DAFTAR PUSTAKA

- &NA; (2014) *Clinical Teaching Strategies in Nursing, Journal for Nurses in Professional Development*. doi: 10.1097/nnd.0000000000000111.
- Al-Amin, M. *et al.* (2020) 'Effectiveness of Clinical Learning Methods in Improving Clinical Skills of Nursing Students: Systematic Review', *Indonesian Contemporary Nursing Journal*, 5(1), pp. 9–20.
- Allari, R. S. and Farag, M. K. (2017) 'Nursing students' expectations regarding clinical training: a qualitative study', *International Journal of Nursing*, 7(3), pp. 63–70.
- Asmuji, A. (2012) *MANAJEMEN KEPERAWATAN: KONSEP DAN APLIKASI*.
- Bøe, S. V. and Debesay, J. (2021) 'The Learning Environment of Student Nurses During Clinical Placement: A Qualitative Case Study of a Student-Dense Ward', *SAGE Open Nursing*, 7, p. 23779608211052356. doi: 10.1177/23779608211052357.
- Bourgeois, S., Drayton, N. and Brown, A.-M. (2011) 'An innovative model of supportive clinical teaching and learning for undergraduate nursing students: the cluster model.', *Nurse education in practice*, 11(2), pp. 114–118. doi: 10.1016/j.nepr.2010.11.005.
- Brown, L. *et al.* (2005) 'The role of the lecturer in practice placements: what do students think?', *Nurse education in practice*, 5(2), pp. 84–90. doi: 10.1016/j.nepr.2004.03.006.
- Croxon, L. and Maginnis, C. (2009) 'Evaluation of clinical teaching models for nursing practice.', *Nurse education in practice*, 9(4), pp. 236–243. doi: 10.1016/j.nepr.2008.06.004.
- D'Souza, M. S. *et al.* (2015) 'Perception of and satisfaction with the clinical learning environment among nursing students.', *Nurse education today*, 35(6), pp. 833–840. doi: 10.1016/j.nedt.2015.02.005.

- Flott, E. A. and Linden, L. (2016) 'The clinical learning environment in nursing education: a concept analysis.', *Journal of advanced nursing*, 72(3), pp. 501–513. doi: 10.1111/jan.12861.
- Forber, J. *et al.* (2016) 'In pursuit of an optimal model of undergraduate nurse clinical education: An integrative review.', *Nurse education in practice*, 21, pp. 83–92. doi: 10.1016/j.nepr.2016.09.007.
- George, L. S., Lakra, A. J. and Kamath, A. (2017) 'Factors affecting learning among undergraduate nursing students: Cross-sectional survey', *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(11), pp. JC01–JC04. doi: 10.7860/JCDR/2017/29111.10823.
- Grabow, D. (2017) 'Use of Simulation in End-of-Life Care Education', *Journal of Christian nursing: a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, 34(1), pp. 39–41. doi: 10.1097/CNJ.0000000000000339.
- Hanifi N (2018) 'تبعية میسان بر محور خانواده آموزش تاثیر' Motivation in the Clinical Education of Nursing Students: A Hybrid Concept Analysis Method', *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*, 7(4), pp.
- Hellström-Hyson, E., Mårtensson, G. and Kristofferzon, M.-L. (2012) 'To take responsibility or to be an onlooker. Nursing students' experiences of two models of supervision.', *Nurse education today*, 32(1), pp. 105–110. doi: 10.1016/j.nedt.2011.02.005.
- Hidayat, A. and Mufdlilah, D. (2018) *Preseptorship Dalam Clinical Teaching*.
- Hwang, Y. and Oh, J. (2021) 'The effects of flipped learning approaches in anatomy class', *Sustainability (Switzerland)*, 13(24), pp. 1–14. doi: 10.3390/su132413724.
- Ismail, L. M. (2016) 'Clinical instructor ' s behavior : Nursing student ' s perception toward effective clinical instructor ' s characteristics', 6(2). doi: 10.5430/jnep.v6n2p96.
- Jahan, F. *et al.* (2008) 'Attributes of an effective clinical teacher: a survey on students' and teachers' perceptions.', *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP*,

18(6), pp. 357–361.

- de la Cruz, M. S. D., Kopec, M. T. and Wimsatt, L. A. (2015) 'Resident Perceptions of Giving and Receiving Peer-to-Peer Feedback.', *Journal of graduate medical education*, 7(2), pp. 208–213. doi: 10.4300/JGME-D-14-00388.1.
- Melaksanakan, M., Klinik, P. and Rumah, D. I. (2017) '(THE RELATIONSHIP OF MOTIVATION PROVISION BY CLINICAL INSTRUCTOR WITH', 2(1).
- Miers, M. E., Rickaby, C. E. and Pollard, K. C. (2007) 'Career choices in health care: Is nursing a special case? A content analysis of survey data', *International journal of nursing studies*, 44(7), pp. 1196–1209.
- Mukamana, D., Uwiyeze, G. and Sliney, A. (2015) 'Nursing and Midwifery Education in Rwanda : Telling our Story', 2(2), pp. 9–12.
- Papathanasiou, I. V, Tsaras, K. and Sarafis, P. (2014) 'Views and perceptions of nursing students on their clinical learning environment: Teaching and learning', *Nurse education today*, 34(1), pp. 57–60.
- Prastiwi, D. *et al.* (2020) 'Pelatihan Preceptorship Model Approach Pada Perawat Dan Bidan', *PENA ABDIMAS : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 1(1), pp. 30–34. doi: 10.31941/abdms.v1i1.1036.
- Radi Afsouran, N. *et al.* (2018) 'Case-method teaching: advantages and disadvantages in organizational training', *Journal of Management Development*. doi: 10.1108/JMD-10-2017-0324.
- Rahimi, A. and Ahmadi, F. (2005) 'The obstacles and improving strategies of clinical education from the viewpoints of clinical instructors in Tehran's Nursing Schools', *Iranian journal of medical education*, 5(2), pp. 73–80.
- Rahnavard, Z., Nodeh, Z. H. and Hosseini, L. (2013) 'Effectiveness of clinical teaching associate model in nursing education: Results from a developing country', *Contemporary Nurse*, 45(2), pp. 174–181. doi: 10.5172/conu.2013.45.2.174.
- Rohendi, H., Ujeng, U. and Mulyati, L. (2020) 'Pengembangan Model Blended Learning Dalam Meningkatkan Learning Outcome Mahasiswa Di Lahan Praktik Klinik

- Keperawatan', *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 11(2), pp. 336–350. doi: 10.34305/jikbh.v11i2.205.
- Siamian, H. *et al.* (2012) 'Characteristics of a Good University Lecturer According to Students', *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 22(96). Available at: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-1703-en.html>.
- Sorosh, A. *et al.* (2021) 'The characteristics of an effective clinical instructor from the perspective of nursing students : a qualitative descriptive study in', pp. 1–9.
- Wicaksana, A. and Rachman, T. (2018) '濟無No Title No Title No Title', *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 3(1), pp. 10–27. Available at: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>.
- Zulu, B. M., du Plessis, E. and Koen, M. P. (2021) 'Experiences of nursing students regarding clinical placement and support in primary healthcare clinics: Strengthening resilience.', *Health SA = SA Gesondheid*, 26, p. 1615. doi: 10.4102/hsag.v26i0.1615.
- <https://www.healthysimulation.com/high-fidelity-simulation/>

BIODATA PENULIS



Ns. Zakiyah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. J.

Dosen Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan
Kebidanan, Universitas Binawan

Penulis lahir di Bekasi, tanggal 17 September 1978. Penulis mengawali pendidikan tingginya dengan menyelesaikan pendidikan D3 keperawatan di akademi keperawatan Abdi Nusantara (saat ini STIKes Abdi Nusantara) lulus tahun 1999, melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di FIK-UI lulus tahun 2003, Pendidikan ners di FIK-UI lulus tahun 2004, pendidikan S2 Keperawatan Jiwa di FIK UI lulus tahun 2016, dan pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa FIK-UI lulus tahun 2017. Penulis mengawali karirnya dengan bekerja menjadi staf di Akper Abdi Nusantara (2000-2005), Menjadi sebagai staf magang dan tenaga honorer di ruang Psikiatrik Intensive Care Unit (PICU) RS Marzoeki Mahdi Bogor (2005-2006), dan saat ini menjadi staf dosen tetap di Prodi Keperawatan Universitas Binawan Jakarta sejak (2005 – saat ini). Saat ini penulis juga aktif menjadi pengurus Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) wilayah DKI Jakarta. Sebagai dosen, penulis aktif melaksanakan kegiatan tridarma perguruan tinggi dengan melaksanakan kegiatan pendidikan dan pengajaran, penelitian, serta pengabdian masyarakat. Penulis juga aktif dalam pertemuan-pertemuan ilmiah di tingkat nasional maupun internasional. Semoga tulisan pada buku ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membacanya.

Email: zakiyah@binawan.ac.id

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



Ns. Sondang Manurung, S. Kep., M. Kep

Dosen di pogram studi keperawatan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan

Penulis lahir di Medan tanggal 13 Agustus 1975. Penulis adalah dosen tetap di pogram studi keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan

BIODATA PENULIS



Selvi Alfrida Mangundap., S.Kp., M.Si.

Penulis lahir di Rumah Orang Bersalin (ROB) Kota Poso tanggal 24 April 1966. Menamatkan Pendidikan Dasar di SDN Negeri 1 Poso dan di SMP Negeri 2 Poso. Menempuh Pendidikan Menengah di SMA Negeri 2 Poso. Melanjutkan Pendidikan Tinggi D3 Keperawatan pada Akademi Keperawatan Depkes RI Jakarta. Menyelesaikan Pendidikan S1 dan Profesi Keperawatan pada Universitas Indonesia, dan menyelesaikan S2 Kebijakan Publik pada Universitas Hasanuddin Makasar. Sekarang sedang menyelesaikan Pendidikan pada Program Pasca Sarjana S3 Sosial Bidang Konsetrasi Utama (BKU) Perencanaan Kesehatan Sosial pada Universitas Tadulako Palu. Penulis saat ini bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Palu Jurusan Keperawatan Prodi Sarjana Terapan Ners

BIODATA PENULIS



Ns. Yuniike, S.Kep., M.Kes,

Penulis lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kami di Poltekkes Kemenkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Sangat bersemangat melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat bertema tentang psikologi anak berbasis keperawatan. “Setiap hari selalu ada yang ingin saya lakukan untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya saya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangat untuk belajar bersama, bermetamorfosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu”. Motto hidup saya “Hidup Sekali, Hidup Berarti, Kelak Diminta Pertanggungjawaban”.

Email: yuniike@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Dr. Ira Kusumawaty, SKp., MKes., MPH.

Penulis lahir di Surabaya, merupakan Ibu seorang putri serta dua orang putra. Pendidikan bidang Keperawatan telah digeluti hingga jenjang doktoral. Universitas Indonesia sebagai institusi tempatnya belajar pada jenjang pendidikan strata satu dan strata dua. Strata dua bidang kepemimpinan dan manajemen keperawatan telah membekalinya dalam menganalisis kegiatan manajerial pelaksanaan program kesehatan. Koninklijke Institute voor de Tropen Amsterdam juga menjadi tempatnya menimba ilmu bidang kesehatan masyarakat, menjadi fondasi untuk mengurai, menganalisis kompleksitas permasalahan kesehatan serta merumuskan solusinya. Meningkatkan wawasan tak henti dijalani hingga berkesempatan menempuh pendidikan strata tiga di Universitas Gadjah Mada dengan konsentrasi caring perawat. Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang merupakan instansi tempatnya bekerja hingga saat ini. Kegiatan pengajaran, penelitian dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat diupayakan demi mendermabaktikan keilmuannya untuk menebarkan bulir-bulir manfaat bagi masyarakat.

E-mail: irakusumawaty@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Muhamad Nor Mudhofar, S.Pd., M.Kes

Dosen Program Studi Keperawatan Blora Diploma Tiga
Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Jepara tanggal 30 Nopember 1965. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Blora Diploma Tiga, Politektik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kewarganegaraan & PPKn dan melanjutkan S2 pada Jurusan Promosi Kesehatan di Universitas Diponegoro Semarang.

BIODATA PENULIS



Dr. Nyimas Heny Purwati, M.Kep., Ns., Sp. Kep.An.

Dosen Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta

Penulis lahir di Jakarta tanggal 01 Maret 1970. Penulis adalah dosen tetap pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta sejak tahun 1993. Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan (S. Kep.) pada tahun 2003 dan Ners pada tahun 2004 di Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Selanjutnya menyelesaikan Magister Keperawatan pada tahun 2010 dan Spesialis Keperawatan Anak pada tahun 2011 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Program Doktor Keperawatan diselesaikan pada tahun 2020 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis adalah pengampu Mata Kuliah Keperawatan Anak. Telah mengikuti beberapa pelatihan dibidang Keperawatan dan sebagai nara sumber diberbagai kegiatan seminar/webinar, pelatihan dan workshop terkait Keperawatan Anak. Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan FIK UMJ dan diberi amanah sebagai ketua IPANI Provinsi DKI Jakarta Periode 2022-2027.

BIODATA PENULIS



Dr. Hariyono, M.Kep.

Dosen Sekolah Pascasarjana Universitas Airlangga

Dr. Hariyono, M. Kep lahir di Jombang tanggal 18 Pebruari 1981 , menempuh pendidikan di Progranm Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang tahun 2002, Profesi Ners lulus tahun 2003, kemudian melanjutkan ke Magister Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga lulus tahun 2010, dan menyelesaikan program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Pada Saat ini penulis sebagai dosen pada Program Magister Ekonomi Kesehatan Sekolah Pascasarjana Universitas Airlangga dan mengampu mata Kuliah Ekonomi Kesehatan, Asuransi dan Pembiayaan Kesehatan, selain itu penulis juga aktif dalam melakukan penelitian dan publikasi tentang ekonomi kesehatan dan sebagai pengajar program studi keperawatan beberapa STIKES/Institut Ilmu Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Siti Elya Bariroh, S.Kep., Ners., M.Kep.
Perawat Praktisi Medikal Bedah

Penulis lahir di Magelang tanggal 17 Januari 1978 Penulis adalah perawat praktisi. Menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan (S2) Medikal Bedah Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Ns. Harizza Pertiwi, S.Kep., MN.
Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan
Universitas Binawan

Penulis lahir di Bandung pada tanggal 3 Januari 1989. Saat ini, penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan. Penulis menyelesaikan studi sarjana keperawatan dan profesi ners di Universitas Padjadjaran, Bandung pada tahun 2006-2011. Tiga tahun kemudian, penulis melanjutkan studi magisternya di Monash University, Australia. Setelah menyelesaikan studinya pada tahun 2015, penulis kembali ke Indonesia dan berkecimpung di kegiatan pemberdayaan masyarakat yang dinaungi oleh berbagai LSM. Karena pengalaman yang didapatkan saat berkegiatan di LSM dan adanya keinginan yang besar untuk terjun ke dunia pendidikan, penulis memutuskan untuk menjadi seorang pengajar pada tahun 2018 hingga sekarang. Penulis berprinsip bahwa segala sesuatu yang dilakukan haruslah dapat bermanfaat bagi sesama manusia karena itulah jenis manusia yang terbaik.

BIODATA PENULIS



Agil Putra Tri Kartika, S.Kep., Ns., M.Kep
Staf Dosen Program Studi Profesi Ners

Penulis lahir di Wonosobo tanggal 14 Desember 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Cirebon. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan melanjutkan S2 pada Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Gawat Darurat, Kritis dan Bencana di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Ns. Nur Sriyanti, M.Kep

Dosen Ilmu Keperawatan

Politeknik Kaltara

Penulis lahir di Limbung Kabupaten Gowa Sulawesi Selatan pada tanggal 24 Maret 1982. Penulis adalah Dosen tetap dan Kepala Laboratorium Keperawatan di Program Studi DIII keperawatan Politeknik Kaltara Kalimantan Utara. Penulis menyelesaikan S1 Keperawatan di STIK Famika Makassar pada tahun 2008, kemudian melanjutkan program studi profesi Ners pada tahun 2015 di STIKES Wiyata Husada Samarinda (WHS) (yang saat ini sudah berganti menjadi Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains WHS) lalu melanjutkan ke jenjang Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah pada tahun 2021. Penulis telah mengikuti Kegiatan Pelatihan Pembimbing Klinik Keperawatan Berbasis Kompetensi pada tahun 2009 dan Kegiatan Pelatihan Preceptor Mentorship pada tahun 2017.