

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pelayanan keperawatan adalah pelayanan profesional yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang memiliki daya ungkit yang besar terhadap pembangunan di bidang kesehatan. Perawat berkualitas merupakan salah satu penentu dalam kualitas pelayanan kesehatan (PPNI, 2016). Perawat membutuhkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman saat memutuskan tindakan keperawatan dan kolaboratif yang tepat diberikan kepada pasien.

Pemenuhan kompetensi pengetahuan, sikap, dan keterampilan perawat dibutuhkan supervisi klinis terhadap kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien secara konsisten dan terstruktur mengacu pada prosedur dan pedoman yang sudah ditetapkan. Hal tersebut didukung oleh Tanner, 2006 (dalam Potter & Perry, 2017) yang menjelaskan bahwa pembuatan keputusan atau penilaian klinis bersifat kompleks, membutuhkan fleksibilitas dan kemampuan untuk mengetahui dan mengenali perubahan atau aspek yang tidak terlalu tampak dari situasi klinis yang tidak terdefiniskan. Perawat harus belajar untuk mengenalinya, menginterpretasi maknanya dan merespon dengan tepat.

Keperawatan merupakan suatu tindakan proteksi, promosi, dan optimalisasi kesehatan dan kemampuan, mencegah terjadinya penyakit, cedera dan advokasi dalam asuhan individu, keluarga, komunitas dan populasi (ANA, 2014). Ruang lingkup keperawatan sangat luas. Sebagai contoh, seorang perawat tidak mendiagnosis secara medis kondisi pasien sebagai gagal jantung namun perawat mengkaji respon pasien terhadap penurunan toleransi aktifitas sebagai akibat dari penyakit dan mengembangkan diagnosis keperawatan yaitu: kelelahan, intoleransi aktifitas, dan koping tidak efektif. Berdasarkan diagnosis keperawatan perawat menyusun rencana asuhan keperawatan berpusat pada setiap masalah kesehatan pasien. Pada seluruh proses tersebut perawat menggunakan keterampilan berpikir kritis untuk mengintegrasikan pengetahuan, pengalaman, sikap, dan standar dalam rencana asuhan yang bersifat individual untuk setiap pasien (Potter & Perry, 2020). Berpikir kritis adalah keterampilan penting yang diperlukan untuk identifikasi masalah klien dan

pelaksanaan intervensi untuk mempromosikan hasil perawatan yang efektif (Bittencourt & Crossetti, 2012).

Penilaian klinis yang baik berhubungan dengan kemampuan perawat untuk berpikir secara kritis. Perawat dituntut untuk mendapatkan informasi yang mengklarifikasi sifat masalah dan menyarankan kemungkinan solusi. Sepanjang proses pemecahan masalah, implementasi pemikiran kritis mungkin diperlukan atau mungkin tidak diperlukan dalam menetapkan solusi (Wilkinson, 2012 dalam Koziar (2016). Perawat perlu mengaplikasikan cara berpikir kritis setiap hari dalam praktik keperawatan, menurut Facione & Facione (1997) konsep berpikir kritis meliputi: a) Analisis yaitu menafsirkan makna dan mendeteksi hubungan antar bagian untuk memperoleh pengertian dan pemahaman arti keseluruhan; b) menyimpulkan yaitu mengambil generalisasi dan menarik kesimpulan rasional dalam bentuk dugaan dan hipotesis; c) Evaluasi yaitu penalaran berdasarkan bukti yang relevan, konsep metode atau standar; d) Penalaran deduktif yaitu suatu proses berpikir yang bertolak dari pengamatan langsung yang menghasilkan sejumlah konsep dan pengertian dengan bertolak dari hal-hal khusus ke umum; e) Penalaran induktif yaitu suatu proses berpikir yang bertolak dari pengamatan langsung yang menghasilkan sejumlah konsep dan pengertian dengan bertolak dari hal-hal umum ke khusus.

Perawat dituntut untuk berpikir kritis agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan baik. Penelitian Kiki Deniati dkk, (2018) menyatakan bahwa perawat yang berpikir kritis berpeluang 2,403 kali mampu melakukan asuhan keperawatan dengan baik jika dibandingkan dengan perawat yang kurang berpikir kritis. Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dijelaskan oleh Harjai dan Tiwari, 2009 (dalam Perry dan Potter, 2017) bahwa praktek keperawatan kontemporer membutuhkan pemikir dan pembuat keputusan efektif yang mampu menganalisis data klinis, pengetahuan medis dan keperawatan dan data lingkungan serta menerjemahkan analisis ke dalam intervensi penyelamatan jiwa.

Perawat mengintegrasikan pengetahuan, pengalaman, sikap dan standar dalam rencana asuhan yang bersifat individual untuk setiap pasien yang dikelolanya. Proses keperawatan, yang dikembangkan oleh Ida Jean Orlando pada akhir 1950-an, memberikan supervisi teoritis untuk memecahkan masalah dan membuat keputusan

klinis pasien. Awalnya model proses keperawatan terdiri dari empat langkah yaitu: menilai, merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi sedangkan diagnosis diuraikan sebagai langkah terpisah. Sebagian besar penggambaran kontemporer model asuhan keperawatan saat ini mencakup 5 langkah tersebut menjadi satu kesatuan. Sebagai model pengambilan keputusan klinis pasien, kekuatan terbesar dari proses keperawatan adalah adanya umpan balik dari setiap respon pasien sebagai evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan. Ketika titik keputusan telah diidentifikasi, pengambilan keputusan awal terjadi dan berlanjut sepanjang proses melalui mekanisme umpan balik. Proses umpan balik menunjukkan seberapa dekat proses keperawatan sejajar dengan proses pengambilan keputusan.

Teori keperawatan Ida Jean Orlando Pelletier menekankan hubungan timbal balik antara perawat dan pasien. Praktek keperawatan yang berlandaskan teori Orlando umumnya menerapkan prinsip refleksi untuk menguji interpretasi perawat. Orlando menekankan bahwa perawat perlu berbagi persepsi, pikiran dan perasaan untuk dapat menentukan apakah kesimpulan mereka sesuai dengan kebutuhan pasien (Mei, 2010; Schmieding, 2006) dalam *nursing Theorist and their Work, 8th Edition*, 2014. Teori Orlando merupakan teori tentang praktik keperawatan yang paling efektif, sangat membantu perawat baru untuk memulai karir di pelayanan kesehatan.

supervisi dalam pelayanan keperawatan merupakan bagian yang penting dalam menentukan hasil dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat. Perawat sebagai pembuat penilaian/keputusan klinis harus mengenali masalah yang terjadi pada pasien, mengenali potensi permasalahan, mengidentifikasi permasalahan yang baru muncul, melakukan tindakan segera saat kondisi klinis pasien memburuk.

Supervisi klinis menjadi bagian penting bahwa perawat secara konsisten dan terstruktur di arahkan untuk dapat berpikir kritis dan memiliki level kompetensi pengetahuan, keterampilan dan sikap sesuai jenjang kompetensi klinis yang dimilikinya, sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan dengan baik kepada pasien dan keluarga dan melakukan kolaborasi dengan professional kesehatan lain. Lynch et al. (2008) juga menyatakan agar dapat menjalankan fungsi sebagai supervisor yang berkualitas, dibutuhkan perawat senior yang memiliki pengalaman dalam melakukan supervisi klinis. Pengalaman tersebut dapat berupa hasil dari

pendidikan formal maupun didapat dari pelatihan serta memiliki pengalaman menjadi staf yang pernah di supervisi sehingga memiliki kompetensi menjadi lebih baik.

Penelitian Tambun, Setiawan & Simamora (2020) menyatakan bahwa kegiatan supervisi di rumah sakit masih belum dapat dilakukan dengan baik karena terkendala antara lain belum tersedianya formulir untuk pendokumentasian pelaksanaan supervisi, belum adanya acuan atau pedoman dalam pelaksanaan supervisi, dan belum tersedianya waktu khusus secara konsisten dan terstruktur untuk melaksanakan supervisi. supervisi yang efektif melibatkan keterampilan dan pengetahuan supervisor dalam melaksanakan supervisi. Pelaksanaan supervisi oleh supervisor membutuhkan pengenalan kondisi lingkungan dan orang yang akan di supervisi untuk dapat memutuskan metode supervisi yang akan dilaksanakan.

Kepala ruang sebagai supervisor bertanggung jawab mengawasi lingkungan dan mengukur hasil dari proses kerja. Fungsi pengawasan meliputi perhatian terhadap supervisi alur kerja, supervisi informasi, model pemberian asuhan pasien, liburan staf, dan promosi. Tujuan supervisi adalah meningkatkan kemampuan individu melalui orientasi, latihan dan bimbingan individu sesuai kebutuhannya serta mengarahkan kepada kemampuan keterampilan keperawatan, memfasilitasi staf untuk mengembangkan diri, menolong dan mengarahkan staf untuk meningkatkan minat, sikap dan kebiasaan yang baik dalam bekerja, memberikan bimbingan langsung kepada staf dalam melaksanakan asuhan keperawatan, mendorong dan meningkatkan perkembangan supervisi I secara terus menerus dan menjamin standar asuhan.

Supervisi reflektif interaktif merupakan supervisi secara langsung (*one to one supervision*) kombinasi antara supervisi reflektif dan interaktif antara supervisor dan perawat yang di supervisi dalam bentuk komunikasi langsung (diskusi) yang menekankan hubungan interpersonal (kolaboratif), terjadwal dan berpikir mendalam (reflektif) terkait dengan fungsi supervisi, formatif, dan suportif. Supervisi reflektif interaktif bertujuan untuk meningkatkan ketrampilan koqnitif berpikir kritis dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Penelitian Kaddoura, 2013 (dalam Potter & Perry, 2020) menunjukkan bahwa ketika perawat merefleksikan pengalaman masa lampaunya, mereka mempersepsikan bahwa pengetahuan dan kemampuan berpikir kritis yang mereka miliki meningkat ke level yang lebih tinggi. Mamede et al, 2012 (dalam Potter & Perry, 2020) juga mengatakan bahwa refleksi seperti memutar kembali pengalaman secara instan. Refleksi tidaklah bersifat intuitif, refleksi

meningkatkan kembali situasi dalam pikiran dan meluangkan waktu untuk meninjau segala hal yang diingat secara jujur, penalaran reflektif meningkatkan akurasi dalam pembuatan keputusan supervisi.

Supervisi reflektif dan interaktif dilaksanakan melalui supervisi secara langsung, diskusi menekankan perawat untuk berpikir kritis tentang asuhan keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien, pendapat perawat terkait standar keperawatan yang berlaku, permasalahan emosional individu perawat terkait dengan asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Supervisi ini dilakukan dengan diskusi dan arahan dari supervisor, terjalin hubungan interpersonal dan terjadwal. Butterworth et al, 1997(dalam Whistanley & While, 2003) menyatakan waktu supervisi dilakukan minimal \pm 45 menit dalam setiap bulan pada setiap bawahan.

Tidak ada model supervisi terbaik namun pelaksanaan supervisi disesuaikan dengan masing-masing tempat. Model supervisi reflektif yang menekankan perawat untuk berpikir kritis mendiskusikan dan merefleksikan pengalaman yang sudah dilakukan dalam membuat keputusan klinis pasien. Kondisi tenaga keperawatan yang mayoritas memiliki tingkat pendidikan DIII keperawatan dan jenjang kewenangan klinis Pra PK dan PK I, dengan penerapan model supervisi reflektif interaktif diharapkan menjadi suatu metode pembimbingan yang akan membantu meningkatkan kompetensi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Dalam menjalankan tugasnya sebagai pengelola pelayanan keperawatan, perawat berwenang melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan; merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi Pelayanan Keperawatan; dan mengelola kasus. Hal ini sesuai dengan UU No. 38 tahun 2014 yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik harus dilakukan sesuai dengan kewenangan yang didasarkan pada kompetensi yang dimilikinya.

Rumah Sakit X Jakarta adalah salah satu rumah sakit swasta tipe B yang berada di DKI Jakarta. Sumber daya keperawatan di Rumah Sakit X Jakarta sebanyak 170 orang. Perawat Pra PK 33.52%, PK 1 : 30%, PK 2 : 24,11 %, PK 3 : 11,76 %, dan PK 4 : 0,58 % yang tersebar di ruang rawat inap dan ruang rawat jalan. Jenjang pendidikan perawat yang ada di Rumah Sakit X Jakarta meliputi D3 Keperawatan 75,90 % dan S1 Keperawatan 24,09%. Metode asuhan keperawatan yang digunakan di Rumah Sakit Atmajaya adalah Metode Tim. Data yang didapat dari 2 ruang rawat inap komposisi tingkat ketergantungan pasien pada bulan Desember 2020 adalah

ketergantungan ringan: 0%, sedang: 60%, tinggi: 40%. Dengan situasi seperti ini perawat pelaksana dengan jenjang karir Pra PK dan PK 1 sudah memiliki tanggungjawab mengelola pasien melebihi batas kewenangan klinis yang seharusnya dilakukan. Kecenderung yang muncul adalah perawat lebih mengutamakan tindakan langsung ke pasien untuk menyelesaikan pesanan medis tanpa terlebih dahulu membuat atau melihat perencanaan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah pasien. Hal tersebut terlukis dalam hasil audit keperawatan terkait standar asuhan keperawatan yang dilakukan pada 200 Rekam Medis pasien yang meliputi; 1). Pengkajian: 62,4%, 2). Diagnosa keperawatan: 41,4%, 3). Rencana keperawatan: 45,09%, 4). Tindakan keperawatan: 34,30%, 5). Evaluasi: 43,95%, 6). Catatan keperawatan: catatan harian perawat tidak sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Hal ini berdampak pada proses cara berpikir kritis dalam mengatasi masalah pasien sesuai tahapan proses keperawatan dan tergesa dalam proses pengambilan keputusan klinis untuk pasien. Proses Supervisi klinis oleh kepala ruang kepada perawat pelaksana di Rumah Sakit Atmajaya berdasarkan hasil kajian wawancara pada 7 kepala ruang dan kuesioner pada 56 perawat pelaksana. Hasil wawancara dengan Kabid. Keperawatan dan kepala unit sistem bimbingan sudah berjalan lebih kedalam tugas harian, belum ada program coaching dan program konseling dari atasan langsung. Pernah dilakukan ronde keperawatan dengan pembahasan kasus, namun saat ini sudah tidak berjalan lagi. Pola bimbingan lebih difokuskan ke dalam program pelaksanaan untuk perawat baru. Kepala Unit belum semua mengetahui bagaimana cara supervisi dilakukan dan hal apa saja yang perlu dilakukan supervisi. Ada beberapa kepala unit yang belum mengikuti pelatihan manajemen unit rawat inap dan rawat Jalan.

1.2. Perumusan Masalah

Perawat membutuhkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman saat memutuskan tindakan keperawatan dan kolaboratif yang tepat diberikan kepada pasien. Hal tersebut didukung oleh Tanner, 2006 (dalam Potter & Perry, 2017) yang menjelaskan bahwa pembuatan keputusan atau penilaian klinis bersifat kompleks, membutuhkan fleksibilitas dan kemampuan untuk mengetahui dan mengenali perubahan atau aspek yang tidak terlalu tampak dari situasi klinis yang tidak terdefiniskan. Perawat harus belajar berpikir kritis sehingga mampu untuk mengenali,

menginterpretasi makna dan merespon dengan tepat setiap masalah kesehatan pasien. Pemenuhan kompetensi pengetahuan, sikap, dan keterampilan perawat dibutuhkan supervisi klinis terhadap kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien secara konsisten dan terstruktur mengacu pada prosedur dan pedoman yang sudah ditetapkan. Penelitian Susan (2001) merekomendasikan penelitian lebih lanjut mengenai suatu strategi yang dapat mengembangkan kemampuan berpikir kritis pada perawat melalui kegiatan supervisi.

Berdasarkan fenomena tersebut maka dirumuskan masalah penelitiannya yaitu “Apakah ada pengaruh pelaksanaan supervisi reflektif interaktif kepala ruang terhadap kemampuan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit X Jakarta?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui kemampuan perawat pelaksana berpikir kritis setelah pelaksanaan supervisi reflektif interaktif kepala ruang di Rumah Sakit X Jakarta Jakarta.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1.3.2.1. Mengetahui gambaran karakteristik perawat pelaksana meliputi usia, pendidikan, masa kerja, dan jenjang karir di Rumah Sakit X Jakarta.
- 1.3.2.2. Mengetahui gambaran keterampilan berpikir kritis perawat pelaksana di Rumah Sakit X Jakarta .
- 1.3.2.3. Mengetahui gambaran pelaksanaan supervisi reflektif kepala ruang di Rumah Sakit X Jakarta
- 1.3.2.4. Menilai perbedaan keterampilan berpikir kritis perawat pelaksana sebelum dan setelah supervisi reflektif interaktif kepala ruang di ruang rawat inap Rumah Sakit X Jakarta.
- 1.3.2.5. Menilai perbedaan kognitif kepala ruang sebelum dan setelah pelatihan reflektif interaktif.
- 1.3.2.6. Menilai hubungan antara karakteristik dan peningkatan keterampilan berpikir kritis perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit X Jakarta.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manajemen Pelayanan Keperawatan

1.4.1.1. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai standar supervisi bagi kepala ruang dan mengembangkan kemampuan berpikir kritis dalam pengambilan keputusan klinis bagi perawat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien melalui kegiatan manajemen keperawatan.

1.4.1.2 Meningkatkan kemampuan kepala ruang dalam meningkatkan fungsi supervisi dalam pengendalian mutu asuhan keperawatan di RS X Jakarta.

1.4.1.3. Meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat dalam membuat keputusan klinis di ruang rawat inap di RS X Jakarta.

1.4.2. Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat dalam pengambilan keputusan klinis pada pasien sebagai bukti dan evaluasi terhadap rencana dan implementasi tindakan keperawatan pada pasien melalui proses pembimbingan dengan cara supervisi reflektif interaktif.

1.4.3 Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi pengembangan ilmu pengetahuan manajemen keperawatan khususnya kompetensi keperawatan yang berhubungan dengan supervisi klinis kepala ruang dalam untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis perawat dan pengambilan keputusan klinis dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan.

1.4.4. Bagi Peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan dapat digunakan sebagai *evidence based* dalam melakukan penelitian selanjutnya terkait masalah supervisi klinis yang berfokus pada berpikir kritis perawat dalam pengambilan keputusan klinis asuhan keperawatan sebagai bukti dan evaluasi terhadap rencana dan implementasi tindakan keperawatan pada pasien.

1.5. Ruang Lingkup

Perawat harus memiliki kompetensi berpikir kritis sehingga mampu untuk mengenali, menginterpretasi makna dan merespon dengan tepat setiap masalah kesehatan pasien.

Pemenuhan kompetensi tersebut dibutuhkan bimbingan dalam bentuk supervisi klinis oleh kepala ruang secara konsisten dan terstruktur mengacu pada prosedur dan pedoman yang sudah ditetapkan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui kemampuan perawat pelaksana dalam berpikir kritis setelah supervisi reflektif interaktif kepala ruang di Rumah Sakit X Jakarta. Metode penelitian menggunakan *pre eksperiment* dengan *Pretest Posttest One Group Design* tanpa kelompok kontrol dengan total sampel 48 orang perawat pelaksana dan 7 Kepala Ruang di ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta. Alat ukur menggunakan kuesioner keterampilan berpikir kritis, evaluasi pelaksanaan supervisi oleh kepala ruang dan pencapaian perawat. Pengumpulan data dilaksanakan selama bulan Juni-Juli 2021.