

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini, peneliti menguraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang Pengaruh Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan Terhadap Pengalaman Belajar Dan Implikasinya Terhadap Kompetensi Perawat Klinik Di Ruang Rawat Inap RSUD. Paparan yang diuraikan meliputi gambaran umum penelitian, gambaran lokasi penelitian, analisis uji statistik menggunakan SEM, hasil penelitian dan pembahasannya, implikasi penelitian, serta keterbatasan penelitian

5.1 Gambaran Umum Penelitian

Penelitian bertujuan untuk menganalisa pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap pengalaman pembelajaran untuk meningkatkan kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap di RSUD, Tangerang. Desain penelitian ini menggunakan *quasi eksperimental* dengan *pretest-posttest control group design* yaitu desain dua kelompok yang dipilih dan diberi *pretest* untuk mengetahui adakah perbedaan persepsi apakah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dapat memberikan pengalaman pembelajaran tepat untuk meningkatkan kompetensi perawat klinik setelah dilakukan *posttest* pasca intervensi. Selain itu dapat diketahui perbedaan persepsi antara kelompok non intervensi dengan kelompok intervensi.

Untuk menghindari bias antara responden kelompok kontrol dan kelompok intervensi diambil dari ruangan yang berbeda. Responden kelompok kontrol diambil dari 2 ruangan yaitu ruang Mathernity dan ruang perawatan Medical lantai II, sedangkan responden kelompok intervensi diambil dari ruangan ICU/CCU/HCU, Medical lantai III, Medical lantai 6A dan Medical lantai 6B. Jumlah responden kelompok kontrol sebanyak 24 responden, sedangkan dari kelompok intervensi sebanyak 68 responden yang berpartisipasi saat pretest namun ada 6 responden tidak ikut dalam pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dan post test. Hal ini disebabkan adanya ketidak sesuaian waktu

pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dengan jadwal dinas staff. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive random sampling*

Pengumpulan data *pretest* dengan memberikan kuesioner kepada responden baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol secara bersamaan pada tanggal 23/5/2018 dan tanggal 24/5/2018 dan dilanjutkan dengan pembelajaran ronde asuhan keperawatan bagi kelompok intervensi di ruang kelas lantai 3 RSUD. Pembelajaran dan sosialisasi instrumen yang akan digunakan dilakukan selama 90 menit. Intervensi pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dilakukan tanggal 31/ 5/2018 sampai dengan tanggal 20/5/2018. Jadwal pelaksanaan dibuat oleh asisten penelitian dengan berkoordinasi dengan kepala ruangan. Ronde asuhan keperawatan dilakukan selama 60 menit dilanjutkan dengan pengisian kuisisioner post test oleh tim ronde.

Data-data pengukuran diolah menggunakan Uji statistik Univariat, Uji beda independen pre-posttest dan SEM. Model SEM berdasarkan kepada teori hubungan kausal yang menggambarkan pengaruh dan hubungan antara variable, adanya perbedaan waktu terjadinya sebab akibat dan tidak adanya variabel sebab yang lain serta adanya teori pemasaran yang kuat.

5.2 Gambaran Lokasi Penelitian

1. Sejarah Singkat

RSUS adalah rumah sakit tipe B h Sakit Umum Siloam adalah rumah sakit swasta berlokasi di Jl. Siloam No. 6, Lippo Karawaci 1600 Tangerang 15811, Indonesia. Diresmikan 12 Maret 2012, rumah sakit ini merupakan rumah sakit umum pertama yang didirikan swasta di Indonesia. Pada awalnya rumah sakit ini dibuka dengan kapasitas 80 tempat tidur. Seiring dengan meningkatnya kebutuhan maka awal tahun 2013 jumlah tempat tidur yang di buka di tambah menjadi 120 tempat tidur dengan BOR rata – rata 80%. Berdasarkan trend data jumlah kunjungan rawat inap terus meningkat, sehingga di tahun yang sama pada bulan Juli 2013 kapasitas tempat tidur rawat inap kembali di tambah menjadi 160 tempat tidur. Pada tahun 2014 jumlah tempat tidur rawat inap kembali di tambah hingga 200 tempat tidur, dengan BOR antara 72% hingga 86.5%. Seiring dengan terus

meningkatnya jumlah kunjungan pasien, maka pada tahun 2015 kembali dibangun untuk menambah kapasitas dan layanan baik rawat inap maupun rawat jalan. Saat ini rumah sakit ini memiliki kapasitas 300 tempat tidur.

Rumah sakit ini juga dibangun sebagai respon terhadap kebijakan pemerintah tentang program BPJS Kesehatan, untuk melayani para peserta BPJS di Kabupaten Tangerang dan beberapa jaminan kesehatan pemerintah lainnya. Di RSUS, para peserta BPJS yang telah memenuhi syarat berhak mendapatkan pemeriksaan, perawatan dan pengobatan tanpa dipungut biaya.

Sebagai wujud dari komitmen, RSUS memiliki fasilitas kesehatan yang baik, seperti UGD 24 jam, Farmasi, Laboratorium, Cuci Darah, ICU, Rawat Inap, dan 25 Poliklinik, Spesialis (Penyakit Dalam, Anak, Kebidanan, Jantung, Paru, Bedah, Mata, THT, Kulit, Gigi, Umum dan masih banyak lagi poliklinik sub spesialis.). RSUS sendiri memiliki target memiliki 600 tempat tidur pada tahun 2017.

Rumah sakit yang berafiliasi dengan Fakultas Kedokteran dan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Pelita Harapan (UPH) ini dapat mewujudkan visinya untuk memenuhi kebutuhan layanan kesehatan yang terus meningkat di masyarakat dan akan terus dikembangkan hingga 2000 kapasitas tempat tidur.

Rumah Sakit yang merupakan bagian dari SHLV ini pada Oktober 2017 bersama dengan SHLV, telah memenuhi standar kualitas nasional dengan lulus akreditasi KARS paripurna.

2. Lokasi dan Bangunan

Lokasi RSUS yang bersebelahan dengan SHLV ini sangat mudah diakses oleh tiga juta warga Tangerang dan masyarakat umum lainnya. Rumah Sakit Umum Siloam juga telah menjadi pusat pendidikan kesehatan yang terbaik yang mendukung lahirnya generasi dokter dan ahli kesehatan yang profesional di Indonesia.

Lokasi RSUD cukup strategis karena dan dapat dijangkau oleh sarana transportasi umum. Terletak bersebelahan dengan gedung A (SHLV) yang telah memiliki nama besar. Antara gedung A dan gedung B dihubungkan oleh jembatan penghubung di lantai 2 untuk transport pasien dan sarana lainnya.

5.3 Gambaran proses pelaksanaan intervensi

Intervensi Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Tahap I (Inform Cosent dan Pre-test)

Sebelum dilakukan penandatanganan inform consent dan pengisian kuisisioner, terlebih dahulu dilakukan tatap muka yang dihadiri oleh Kabid Perawatan, asisten penelitian dan semua kepala ruangan rawat inap dan responden dari kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Kegiatan dilakukan dalam 2 hari (tanggal 23/5/2018 dan 24/5/2018), bertempat di ruang kelas lantai 3 RSUD. Susunan acara pada tahap ini adalah pembukaan oleh asisten penelitian, sambutan Kepala Bidang Keperawatan, dan penjelasan maksud dan tujuan penelitian, kode etik penelitian, serta cara pengisian kuisisioner kepada responden. Metode yang digunakan ceramah, dan tanya jawab. Alokasi waktu yang digunakan selama 20 menit.

Setelah responden memahami semua penjelasan, dilanjutkan dengan penandatanganan inform consent bagi yang bersedia menjadi responden dengan tetap menghargai kebebasan, dilanjutkan dengan pengisian kuisisioner pre-test baik kelompok kontrol maupun kelompok intervensi. Alokasi waktu untuk penandatanganan inform consent dan pengisian kuisisioner selama 25 menit. Setiap inform consent dan kuisisioner yang telah diisi dicek kelengkapannya. Jumlah responden yang hadir pada hari pertama sebanyak 30 peserta kelompok kontrol dan 11 peserta kelompok intervensi dan pada hari ke dua 9 peserta pada kelompok kontrol dan 19 peserta kelompok intervensi. Responden yang tidak hadir di kelas di datangi ke ruang masing masing pada hari berikutnya. Dari keseluruhan responden

yang hadir pada hari pertama dan kedua semuanya bersedia menjadi responden. Responden yang belum hadir pada tahap ini diberikan penjelasan dan penandatanganan inform consent di ruangan masing – masing oleh peneliti.

2. Tahap II (Pelatihan dan Simulasi)

Setelah dilakukan pengisian kuisioner pre test pada kelompok kontrol dipersilakan untuk meninggalkan ruangan sedangkan pada kelompok intervensi dilanjutkan dengan pembelajaran tentang ronde asuhan keperawatan dan sosialisasi instrumen yang akan digunakan. Metode yang digunakan adalah presentasi, diskusi dan tanya jawab. Rangkaian kegiatan tahap II dilakukan selama 45 menit.

3. Tahap III (Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan)

Pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dilaksanakan di ruangan ICCU/CCU/HCU, Medical Lt 3, Medical Lt 6A dan Medical Lt 6B. jadwal ronde dibuat dan disepakati oleh kepala ruangan dan asisten penelitian. Ronde dijadwalkan setiap Selasa hingga Jumat jam 13. 00 sampai jam 14.00. Selasa di ruang ICU/HCU/ICCU, Selasa di ruang medical Lt 3, Rabu di ruang medical Lt 6A, Kamis di ruang Medical Lt 6B dan Jumat kembali ke ruang ICU/HCU/ICCU. Namun dalam pelaksanaannya akan menyesuaikan dengan kondisi ruangan. Jika pada waktu yang telah ditentukan ronde tidak bisa dilaksanakan maka akan dilaksanakan pada hari berikutnya setelah ronde dari ruangan yang telah di jadwalkan.

Setiap ronde dipimpin oleh kepala ruanga atau clinical instruktutur. setiap perawat melakukan satu kali putaran ronde yang dilakukan dilakukan oleh 3 responden yaitu 1 perawat incharge dan 2 - 3 perawat pelaksana. setiap perawat melakukan putaran ronde sebanyak 1 kali. Metode ini diadopsi dari study sebelumnya yang dilakukan Wolak 2008. Peneliti atau asisten penelitian hadir dalam setiap pelaksanaan ronde asuhan keperawatan untuk memastikan ronde dilaksanakan sesuai panduan dan melakukan pengambilan data post test.

Berikut adalah waktu pelaksanaan ronde asuhan keperawatan

Tabel 5.1 Jadwal Ronde Asuhan Keperawatan

Bulan	Tanggal						
Mei	21	22	23	24	25	26	27
					ICU		
	28	29	30	31	1	2	3
				Lt 6B			
Juni	4	5	6	7	8	9	10
	ICU						
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
		ICU	ICU	ICU	ICU		
	25	26	27	28	29	30	1
	Lt 6A & Lt 6B	Lt 6A	Lt 6B	Lt 3			
Juli	2	3	4	5	6	7	8
			ICU	ICU	Lt 3		
	9	10	11	12	13	14	15
	Lt 6A	Lt 3	Lt 6A	Lt 3	ICU		
	16	17	18	19	20	21	22
		Lt 6B					
	23	24	25	26	27	28	29

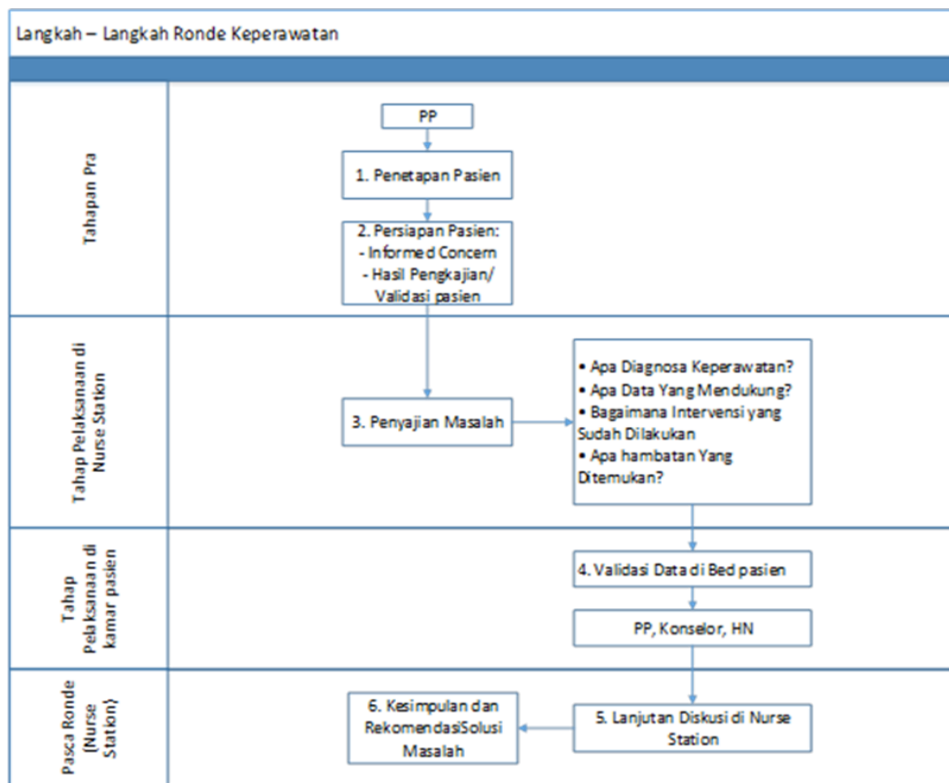
Tabel 5.2 Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan

No	Tanggal	Ruangan	Nama	Level Kompetensi (PK)
1	25/5/2018	ICU	Candra	I
			Rosy	I
			Tyas	I
			Rita S	III
2	31/5/2018	Lt 6B	Mega	II
			Rilly	I
			Nursika	I
3	4/6/2018	ICU	Vera	II
			Gaby	I
			Helga	I
4	19/6/2018	ICU	Febe	I
			Bernardikta	II
			Margareta	I
5	20/6/2018	ICU	Gladys	I
			Lintang	I

			Junaity	I
6	21/6/2018	ICU	Neti	II
			Rigel tan	I
			Eko P	I
7	22 / 6 /2018	ICU	Yolanda	I
			Dwi	I
			Novalia	I
8	26/6/2018	Lt 6A	Faya	II
			Yassinta	I
			Julitcia	I
9	26/6/2018	Lt 6B	Erni	I
			Agnes	I
			Inawati	I
			Desi N	II
10	27/6/2018	Lt 6A	Mika	II
			Yesica	I
			Agnesia	I
			NN	I
11	28/6/2018	Lt 6B	Triana	I
			Elisabeth dini	I
			Purnama	II
12	29/6/2018	Lt 3	Tri A	I
			Felani	II
			Anik	I
			Desi P	I
13	4/7/2018	ICU	Kartika	III
			Baik Eliz	I
			Hermalita	I
			Jihaz	II
14	5/7/2018	ICU	Mayumi	II
			Inanti	I
			Reka Dela	I
15	6/7/2018	Lt 6B	Mellisa	II
			Suwarta	I
			Susi	I
			Desi R	I
16	9/7/2018	Lt 3	Henri	I
			Lulur P	II
			Hermasin	I
17	10/7/2018	Lt 3	Yosi	I
			Indri	I
			Sri suratmi	III
18	11/7/2016	Lt 3	Febrica	I

			Feby	II
			Becti	I
19	12/7/2018	Lt 3	Erlyn	I
			Eka	II
			Joice	I
20	13/7/2018	HCU	Suarta	I
			Gisma	I
			Hotni	II
21	17/7/2018	Lt 6A	Eliz	I
			Herlina	I
			Sri H	III

Skema Langkah – langkah Ronde Asuhan Keperawatan



Gambar 5.1 Skema Langkah – langkah ronde asuhan keperawatan

- a. Pra-ronde (1-2 hari sebelum ronde)
- 1) Kepala ruangan menentukan pasien dan tim ronde memastikan
 - 2) Tim ronde memastikan inform cosent dari pasien,
 - 3) Tim ronde mengumpulkan semua data yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pasien, termasuk: penilaian keperawatan, rencana perawatan dan catatan perkembangan pasien,

- 4) Tim ronde membuat proposal dan mengajukan kepada kepala ruangan (format proposal lampiran 1),
- 5) Tim ronde mengidentifikasi masalah masalah pasien
- 6) Tim ronde konfirmasi kesiapa ronde yang akan dilakukan

b. Pelaksanaan Ronde

Presentasi kasus dnurse station /di kelas / di ruang HN

Dihadiri oleh semua perawat dinas sore

- 1) Pembukaan oleh kepala ruangan atau yang mewakilkan. Ditekankan agar semua yang hadir berpartisipasi aktif
- 2) Pembacaan maksud dan tujuan dan menyajikan kasus oleh tim ronde selama 10 menit
- 3) Validasi kasus ke pasien dihadiri oleh tim ronde, kepala ruangan, peneliti dan asisten penelti. (10 menit)

Validasi bersama pasien meliputi: perkenalan dilanjutkan validasi pasien, keadaan umum, keluhan pasien, tanda tanda vital, alat – alat yang terpasang, obat obat yang diberikan, tindakan keperawatan yang sudah dilakukan serta rencana yang akan dilakukan, pola istirahat pasien, diet dan pola eliminasi, resiko jatuh, penilaian early warning sign, dan lain – lain sesuai dengan kondisi pasien. Pada tahap validasi ditutup dengan tanggapan dan harapan – harapan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang dberikan dan ungkapan terima kasih atas kerjasamanya.

- 4) Diskusi antar anggota tim tentang kasus pasien (20 menit)

Diikuti oleh semua peserta ronde yang hadir.

Setelah validasi ke pasien dilanjutkan dengan pembahasan kasus berdasarkan kasus yang telah disajikan dan data validasi ke pasien yang telah di jelaskan. Tim ronde dan pemimpin ronde memaparkan hasil validasi dilanjutkan dengan klarifikasi, tanya jawab dan diskusi. Acuan yang digunakan dalam pembahasan kasus adalah standar asuhan keperawatan RSUD dan SDKI.

Pemimpin ronde (HN / yang mewakili) akan meminta tanggapan usulan atau kritik atas kasus yang dipresentasikan kepada peserta yang hadir. Pemberian justifikasi hasil diskusi dilakukan oleh HN atau yang mewakilkan. Diakhir diskusi akan diambil kesepakatan sesuai hasil diskusi tentang perbaikan asuhan keperawatan pasien yang selanjutnya di dokumentasikan dalam file pasien.

5) Paska Ronde.

Kepala ruangan / yang mewakilkan menyampaikan kesimpulan saran dan rekomendasi penegakan diagnosis; intervensi keperawatan selanjutnya, kepala ruangan menyampaikan evaluasi dan reinforcement terhadap seluruh kegiatan yang telah dilakukan , dan mengingatkan agar peserta mengisi daftar hadir dan mencatat kegiatan di portopolio masing – masing. Perawat primer melakukan evaluasi, revisi dan perbaikan. Instrumen ronde dan daftar hadir di kumpulkan oleh asisten penelitian sebagai bukti pelaksanaan ronde. Instrumen ronde dan daftar hadir di kumpulkan oleh asisten penelitian sebagai bukti pelaksanaan ronde

4. Tahap IV (Pengisian Kuisisioner Post test)

Pengisian kuisisioner post-test pada kelompok intervensi dilakukan setelah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan. Kuisisioner akan diberikan oleh peneliti atau asisten peneliti. Setelah kuisisioner diisi akan di cek kebenaran dan kelengkapannya.

Pengisian kuisisioner post test untuk kelompok kontrol dilakukan dilakukan pada minggu terakhir pengumpulan data dengan mendatangi setiap responden di ruangan LDS&Mathernity dan Ruang medical Lt 2. Setiap kuisisioner post-test yang telah diisi akan dicek kelengkapannya dan di perifikasi dengan kuisisioner pre-test. Semua kuisisioner post – test yang telah sesuai dikumpulkan untuk selanjutnya di input.

5.4 Analisis Hasil Penelitian dan Pembahasannya

Hasil analisa penelitian dan pembahasannya sesuai dengan tujuan penelitian sebagai berikut

1. Analisa univariat karakteristik responden

Analisa univariat ini akan disajikan analisis gambaran karakteristik demografi responden antara lain usia, jenis kelamin, level kompetensi perawat klinik. Gambaran karakteristik data responden perawat adalah sebagai berikut ;

a. Distribusi Usia dan Level Kompetensi Perawat Klinik (PK) responden.

Tabel 5.3

Distribusi Jumlah Sampel Jenis Kelamin, Usia, dan Level Kompetensi Perawat Klinik di Ruang Rawat Inap RSUD

Variabel	Kelompok Intervensi		kelompok Kontrol	
	Frekwensi	Persentase	Frekwensi	Persentase
Jenis kelamin				
Laki - laki	5	5.4	2	8.3
Perempuan	87	94.6	22	91.7
Usia				
21	7	7.6	2	8%
22	19	20.7	3	13%
23	22	23.9	6	25%
24	13	14.1	5	21%
25	9	9.8	1	4%
26	7	7.6	2	8%
27	5	5.4	2	8%
28	7	7.6	3	13%
31	1	1	0	0%
38	1	1	0	0%
48	1	1	0	0%
Level kompetensi				
PK I	64	69.5	16	67%
PK II	22	23.9	7	29%
PK III	6	6.5	1	4%

Sumber: Data primer hasil analisa 2018

Analisa distribusi jumlah responden.

Berdasarkan data tabel 5.3 jumlah responden sebanyak 92, dimana 68 responden kelompok intervensi dan 24 responden kelompok kontrol. Jumlah responden telah sesuai design penelitian *Quasi Experimental before and after control design*

Analisa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin Dari keseluruhan sampel tersebut terdiri dari 87 perempuan (94.6%) dan 5 laki – laki (5.4%). Data menunjukkan bahwa mayoritas perawat klinik di ruang rawat inap RSUS adalah perempuan. Hal ini sesuai dengan penelitian Zhang 2016, yang mengatakan bahwa hingga saat ini merawat masih dianggap pekerjaan perempuan.

Analisa distribusi responden berdasarkan level kompetensi . berdasarkan table 5 level kompetensi mayoritas adalah perawat Klinik (PK) I sebanyak 63 (68.5 %) responden dan Perawat klinik (PK) II sebanyak 22 (23.9 %) responden. Data menunjukkan bahwa kompetensi 92.4% level kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUS berada pada level novice dan advance beginner

Analisa distribusi responden berdasarkan usia. Berdasarkan usia mayoritas responden berusia 23 tahun yaitu sebanyak 22 responen (23.9%).

2. Analisa bivariat

a. Perbedaan Outcome Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan Terhadap Kompetensi Perawat Klinik dan Pengalaman Pembelajaran

Tabel 5.4
Perbedaan Outcome Persepsi Pengalaman Pembelajaran dan
Peningkatan Kompetensi Perawat Klinik
Sebelum dan Sesudah Intervensi pada Kelompok Intervensi
tahun 2018

Variabel	Rata-rata skor <i>pretest</i>	Rata-rata skor <i>postest</i>	Skor peningkatan	% peningkatan	p value <i>sig.(2-tailed)</i>
Pengalaman Pembelajaran	3.94	4.51	0.57	12.64%	.000
Kompetensi Perawat Klinik	4.01	4.57	0.56	12.25%	.000

Analisa Perbedaan Outcome perbedaan persepsi responden terhadap pengalaman pembelajaran sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUS (Ha1)

Hasil analisa pada tabel 5.4 didapatkan peningkatan rata rata skor pre-test dan post-test pada variabel pengalaman pembelajaran sebesar 12.64% dari rata rata skor 3.94 menjadi 4.51 dengan tingkat kemaknaan $pvalue = 0.000$. Hasil menunjukkan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan meningkatkan pengalaman pembelajaran perawat klinik di ruang rawat inap RSUS

Pengalaman pembelajaran menurut Tyler adalah sejumlah aktivitas peserta yang dilakukan untuk memperoleh informasi dan kompetensi baru sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai (Maheshwari 2015).

Benner dkk (2008) mengemukakan perawat Novice yang membangun pengalaman belajar dengan menggunakan kaidah , struktur, umpan balik eksternal, dan lingkungan yang aman. Perawat Advance beginner menunjukkan pengetahuan, keterampilan yang dipelajari melalui latihan, dan melalui pekerjaan yang ditugaskan

Lanham (2011) memaparkan Ronde Asuhan Keperawatan dapat memberikan pengalaman pembelajaran yang dapat memenuhi tujuan : 1) Memberikan pengalaman belajar interaktif yang berpusat pada pasien, 2) Menyediakan sarana pembelajaran untuk memberi kesempatan kepada perawat antara teori dan praktik klinis. 3) Mempresentasikan kasus pasien yang dipilih di samping tempat tidur. 4) Mempromosikan pengembangan profesional (misalnya, keterampilan komunikasi dan kepemimpinan). 5) Merangsang pemikiran dan pemecahan masalah perawat

Berdasarkan data diatas menunjukkan ada perbedaan persepsi responden terhadap pengalaman pembelajaran sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD. Hal ini sesuai karena ronde keperawatan adalah proses pembelajaran interaktif yang berpusat pada pasien, membahas kesenjangan teori dengan praktik klinik, membahas dan memvalidasi ke pasien langsung, semua peserta ronde diminta untuk mengemukakan pendapat, setiap peserta ronde melakukan dengan penuh tanggung jawab, mengkritisi dan memecahkan masalah pasien sehingga dapat menyediakan sarana pembelajaran klinik yang komprehensif.

Analisa Perbedaan Outcome perbedaan persepsi responden terhadap kompetensi perawat klinik sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD (Ha2)

Berdasarkan table 5.2 terdapat peningkatan pada kompetensi perawat klinik sebesar 12.25% dari rata rata skor 4.01 menjadi 4.75 dengan tingkat kemaknaan p value = 0.000. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dapat meningkatkan kompetensi kompetensi perawat klinik

Teori Benner memberikan pandangan untuk menjadi praktisi, seseorang belajar melalui pembelajaran dan sosialisasi yang dipraktikkan oleh praktisi lain". Pemanfaatan dan penerapannya dalam praktik klinik dengan presentasi kasus, dan membahas penggunaan pendekatan interpretasi dalam praktik keperawatannya (Alligood 2014). Gardner (2010) dalam studinya

menemukan pembelajaran yang efektif dan efisien dalam pengembangan perawat klinik salah satunya adalah ronde asuhan keperawatan.

Lanham (2011) mengatakan fokus pelaksanaan ronde asuhan keperawatan adalah: 1) Menyajikan praktik terbaik. 2) Menyediakan presentasi kasus pasien terpilih yang ditugaskan kepada perawat dengan menggunakan formulir standar. 3) Mengidentifikasi masalah dan isu - isu pasien dalam praktik klinis. 4) Mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan dan interdisipliner pada perawatan pasien dengan peer group dan para ahli yang berpartisipasi dalam ronde. 5) Berbagi pengetahuan klinis dengan rekan kerja. 6) Mengidentifikasi kesenjangan dalam teori. 7) Memberikan kritik tentang asuhan keperawatan yang diberikan oleh rekan lainnya. 8) Mendorong untuk berpikir kritis

Berdasarkan data diatas menunjukkan ada perbedaan persepsi responden implikasi pengalaman pembelajaran terhadap kompetensi perawat klinik sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUS. Hal ini sesuai dengan study sebelumnya yang menyebutkan pembelajaran yang efektif dan efisien dalam pengembangan perawat klinik salah satunya adalah ronde asuhan keperawatan. Dalam pelaksanaan ronde asuhan keperawatan merupakan perpaduan study kasus dan praktik langsung. Study kasus dipersiapkan minimal satu hari sebelumnya sehingga penyaji dapat mempresentasikan kasus yang terbaik dan persiapan yang matang. Rujukan yang digunakan selama ronde adalah standar suhan keperawatan RSUS yang merujuk ke SDKI.

b. Perbedaan *Outcome* Pre dan Post test Kelompok Kontrol

Tabel 5.5

Outcome Pre dan Post test Kelompok Kontrol

Tahun 2018

Variabel	Rata-rata skor <i>pretest</i>	Rata-rata skor <i>posttest</i>	Skor peningkatan	% peningkatan	p value sig.(2-tailed)
Pengalaman Pembelajaran	3.56	3.69	0.13	3.5%	.000
Kompetensi Perawat Klinik	3.59	3.77	0.18	4.7%	.000

Sumber: Data hasil analisa penelitian 2018

Analisa outcome perbedaan persepsi responden pengalaman pembelajaran antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUS (Ha3)

Hasil analisa pada tabel 5.5 didapatkan peningkatan rata rata skor pre-test dan post-test pada variabel pengalaman pembelajaran sebesar 3.5% dari rata rata skor 3.56 menjadi 3.69 dengan tingkat kemaknaan pvalue = 0.000. sedangkan pada kelompok intervensi peningkatan rata rata skor pre-test dan post-test pada variabel pengalaman pembelajaran sebesar 12.64% dari rata rata skor 3.94 menjadi 4.51 dengan tingkat kemaknaan pvalue = 0.000. Hasil menunjukan bahwa ada perbedaan skor pre test dan post test pada pengalaman pembelajaran perawat klinik pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebesar 9.1% atau ada perbedaan peningkatan skor sebesar 71.99% antara kelompok kontrol terhadap kelompok intervensi. Hal ini menunjukan bahwa ada perbedaan persepsi responden terhadap pengalaman pembelajaran antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan.

Pengalaman pembelajaran menurut Tyler adalah sejumlah aktivitas peserta yang dilakukan untuk memperoleh informasi dan kompetensi baru sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai (Maheshwari 2015).

Benner dkk (2008) mengemukakan perawat Novice yang membangun pengalaman belajar dengan menggunakan kaidah , struktur, umpan balik eksternal, dan lingkungan yang aman. Perawat Advance beginner menunjukkan pengetahuan, keterampilan yang dipelajari melalui latihan, dan melalui pekerjaan yang ditugaskan

Lanham (2011) memaparkan Ronde Asuhan Keperawatan dapat memberikan pengalaman pembelajaran yang dapat memenuhi tujuan : 1) Memberikan pengalaman belajar interaktif yang berpusat pada pasien, 2) Menyediakan sarana pembelajaran untuk memberi kesempatan kepada perawat antara teori dan praktik klinis. 3) Mempresentasikan kasus pasien yang dipilih di samping tempat tidur. 4) Mempromosikan pengembangan profesional (misalnya, keterampilan komunikasi dan kepemimpinan). 5) Merangsang pemikiran dan pemecahan masalah perawat

Berdasarkan data diatas menunjukkan ada perbedaan persepsi responden terhadap pengalaman pembelajaran antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi. Pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan intervensi terdapat peningkatan skor namun tidak signifikan. Hal ini diduga adanya bias yang tidak bisa dihindari dikarenakan responden kelompok kontrol sewaktu waktu harus diperbantukan ke ruangan kelompok intervensi sesuai dengan kesibukan ruangan. Selain itu dimungkinkan juga danya paparan dari kelompok intervensi karena tempat penelitian berada dalam satu rumah sakit.

Analisa outcome perbedaan persepsi responden kompetensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUS (Ha4)

Hasil analisa pada tabel 5.2 didapatkan peningkatan rata rata skor pre-test dan post-test pada variabel kompetensi perawat klinik sebesar 4.7% dari rata rata skor 3.59 menjadi 3.77 dengan tingkat kemaknaan pvalue = 0.000. Sedangkan

peningkatan pada kompetensi perawat klinik pada kelompok intervensi sebesar 12.25% dari rata rata skor 4.01 menjadi 4.75 dengan tingkat kemaknaan p value = 0.000. Hasil menunjukkan bahwa ada perbedaan skor pre test dan post test pada persepsi responden kompetensi perawat klinik pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebesar 7.55% atau ada perbedaan peningkatan skor sebesar 61.63% antara kelompok kontrol terhadap kelompok intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa adan perbedaan persepsi responden terhadap kompetensi perawat klinik antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan.

Teori Benner memberikan pandangan untuk menjadi praktisi, seseorang belajar melalui pembelajaran dan sosialisasi yang dipraktikkan oleh praktisi lain". Pemanfaatan dan penerapannya dalam praktik klinik dengan presentasi kasus, dan membahas penggunaan pendekatan interpretasi dalam praktik keperawatannya (Alligood 2014). Gardner (2010) dalam studinya menemukan pembelajaran yang efektif dan efisien dalam pengembangan perawat klinik salah satunya adalah ronde asuhan keperawatan.

Lanham (2011) mengatakan fokus pelaksanaan ronde asuhan keperawatan adalah: 1) Menyajikan praktik terbaik. 2) Menyediakan presentasi kasus pasien terpilih yang ditugaskan kepada perawat dengan menggunakan formulir standar. 3) Mengidentifikasi masalah dan isu - isu pasien dalam praktik klinis. 4) Mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan dan interdisipliner pada perawatan pasien dengan peer group dan para ahli yang berpartisipasi dalam ronde. 5) Berbagi pengetahuan klinis dengan rekan kerja. 6) Mengidentifikasi kesenjangan dalam teori. 7) Memberikan kritik tentang asuhan keperawatan yang diberikan oleh rekan lainnya. 8) Mendorong untuk berpikir kritis

Berdasarkan data diatas ada perbedaan persepsi responden terhadap kompetensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUS. Namun seperti halnya terhadap pengalaman pembelajaran pada variabel kompetensi

kelompok kontrol juga terjadi peningkatan skor yang tidak signifikan . Hal ini diduga adanya bias yang tidak bisa dihindari dikarenakan responden kelompok kontrol sewaktu waktu harus diperbantukan ke ruangan kelompok intervensi sesuai dengan kesibukan ruangan. Selain itu dimungkinkan juga adanya paparan dari kelompok intervensi karena tempat penelitian berada dalam satu rumah sakit.

3. Analisa Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini dilakukan dengan melakukan pengujian analisis SEM (*Structural Equation Model*). Analisis SEM berfungsi untuk menggambarkan pola hubungan antar variabel. Pengujian SEM menggunakan *Confirmatory Modeling Strategy* meliputi beberapa tahap yaitu

a. Tahap *Pre –Analysis* dengan melakukan :Uji *missing Value*

Uji *missing Value* dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang sebuah objek atau informasi yang hilang, sulit dicari atau tidak tersedia. Pada uji *missing Value* dikatakan tidak bermasalah bagi keseluruhan data apabila jumlahnya hanya sedikit misalnya sebesar 1 % dari seluruh data. Namun jika data yang hilang cukup besar, maka perlu dilakukan pengujian apakah data yang mengandung banyak *missing* tersebut masih layak diproses lebih lanjut atau tidak. Dari hasil uji *Missing Value* pada penelitian ini, didapatkan nilainya sebesar 0 artinya tidak ditemukan adanya *missing Value* pada setiap item pertanyaan, sehingga tidak perlu dilakukan perlakuan lanjutan pada data penelitian.

b. Uji *Outlier*

Outlier adalah data yang memiliki karakteristik berbeda dengan data lain. Misalnya rata-rata dari 40 siswa sebanyak 39 siswa mendapat nilai antara 70 – 80, namun ada 1 siswa mendapat nilai 40, maka yang mendapat nilai 40 merupakan data *Outlier*. Hal ini terjadi karena kesalahan memasukkan data, kesalahan pengambilan sampel, namun ada data ekstrim yang tidak dapat dihindari dari keberadaannya. (Susilo, 2014). Data *Outlier* pada penelitian ini dengan melihat nilai Z dengan ketentuan nilai ekstrim < -4 dan > 4 . Data yang ada pada t-test independent kelompok intervensi dan

kelompok kontrol tidak ada yang <-4 dan > 4 . sehingga semua data dinyatakan lulus sensitifity analisis data

c. Uji *Multivariat normality data*

Uji *Multivariat normality* dari variabel dengan tipe data continuous, dimana data dinyatakan normal karena value pada Skewness < 2 dan pada Z-score < 3 . pada Z-Score Kurtosis < 7 . Hasil uji *Multivariat normality* dijelaskan pada data dibawah ini :

Table 5.6
Hasil uji Multivariat analisis normalitas skewness

Uji Multivariate Normality for Continuous Variables

Skewness		Kurtosis		Skewness and Kurtosis			
Value	Z-Score	P-Value	Value	Z-Score	P-Value	Chi-Square	P-Value
66.712	14.050	0.000	293.347	6.738	0.000	242.815	0.000

Test of Univariate Normality for Continuous Variables

Variable	Skewness		Kurtosis		Skewness and Kurtosis	
	Z-Score	P-Value	Z-Score	P-Value	Chi-Square	P-Value
KELOMPOK	3.868	0.000	-2.358	0.018	20.523	0.000
JKX4	-8.289	0.000	5.801	0.000	102.359	0.000
UMURLG10	0.397	0.691	-0.313	0.754	0.256	0.880
LKOMPETE	4.136	0.000	0.698	0.485	17.596	0.000
MPPILG10	-1.493	0.135	-2.159	0.031	6.890	0.032
MSPTPLG1	-0.459	0.646	-1.343	0.179	2.015	0.365
MKPLG10	-0.706	0.480	-1.348	0.178	2.315	0.314
RAKMPPLG	-0.673	0.501	-1.726	0.084	3.431	0.180
MDPPMLG1	-1.691	0.091	-2.386	0.017	8.555	0.014
DPENGLG1	-1.116	0.265	-1.786	0.074	4.435	0.109
DKLLG10	-0.775	0.438	-1.552	0.121	3.011	0.222
PKEPLG10	-1.329	0.184	-2.277	0.023	6.953	0.031
DKETLG10	-1.172	0.241	-2.247	0.025	6.425	0.040

Histograms for Continuous Variables

Kesimpulan: Test of Univariate Normality for Continuous Variables terpenuhi karena value pada Skewness < 2 dan pada Z-score < 3. pada Z-Score Kurtosis < 7 . **Dinormalkan dengan menggunakan transformasi log 10**

d. **Uji Multikolinearitas.**

Definisi multikolinearitas adalah sebuah situasi yang menunjukkan adanya korelasi atau hubungan yang kuat antara dua variabel bebas atau lebih. Dampak dari *multikolinearitas* antara lain (1) koefisien parsial regresi tidak terukur secara presisi, sehingga standar *error*nya besar (2) perubahan kecil pada data dari sampel ke sampel akan menyebabkan perubahan secara drastis pada nilai koefisien parsial. Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi diantara variabel bebas. Jika nilai VIF<10 maka artinya tidak terjadi multikolinearitas terhadap data yang diuji, sedangkan nilai VIF>10 maka artinya terjadi multikolinearitas terhadap data yang diuji.

Tabel 5.7
Hasil Uji Multikolinearitas pada variabel Pengalaman Pembelajaran, Umur, Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan Terhadap Pengalaman Belajar Dan Kompetensi Perawat Klinik Di Ruang Rawat Inap RSUD

Model	Collinearity VIF < 10
(Constant)	
Pengalaman pembelajaran X2	2,031
Umur X3	1,627
Kompetensi PK Y	2,013
JK X4	1,011
L Kompetensi X5	1,651

Sumber: Data Primer diolah 2018

Hasil uji multikolinearitas pada variabel Pengaruh Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan Terhadap Pengalaman Belajar Dan Kompetensi Perawat Klinik Di Ruang Rawat Inap RSUD menunjukkan nilai VIF<10

sedangkan Usia *tolerance* 0.000. Hal ini menunjukkan tidak adanya korelasi yang kuat antara variabel bebas/ independen. Sehingga syarat untuk dijadikan suatu penelitian terpenuhi pada semua variabel.

e. **Tahap Uji *Measurement Model* (Model Pengukuran)**

Tahap uji *measurement model* dilakukan dalam beberapa tahap yaitu: uji validitas dan uji reliabilitas.

Tingkat validitas dan reliabilitas menggunakan *Standardize Loading Factors* (SLF). Uji validitas adalah suatu uji yang digunakan untuk menentukan kemampuan suatu indikator dalam mengukur variabel laten. *Standardize Loading Factors* dikatakan terpenuhi bila $\geq 0,5$ dan jika syarat pertama tidak terpenuhi maka kemudian dilihat *T-values*, apabila nilainya lebih besar dari 1,96 maka indikator bisa disimpulkan valid untuk digunakan sebagai instrumen penelitian. Sedangkan uji reliabilitas merupakan suatu pengujian untuk menentukan konsistensi pengukuran indikator-indikator dari suatu variabel laten. Pada penelitian ini uji reliabilitas akan dilakukan dengan *Composite Reliability* yaitu peneliti akan menilai reliabilitas gabungan (*composite reliability*) untuk tiap-tiap variabel laten (sering juga disebut sebagai *construct reliability*). Reliabilitas dinyatakan baik pada setiap variabel bila $CR \geq 0,70$ atau *Variance Extract* (VE) $\geq 0,5$.

Rumus 1 :

$$\text{Construc Realbility (CR)} = \frac{(\Sigma \text{ Standar loading factor})^2}{(\Sigma \text{ Standar loading factor})^2 + \Sigma \text{ Standar Error}}$$

Rumus 2 :

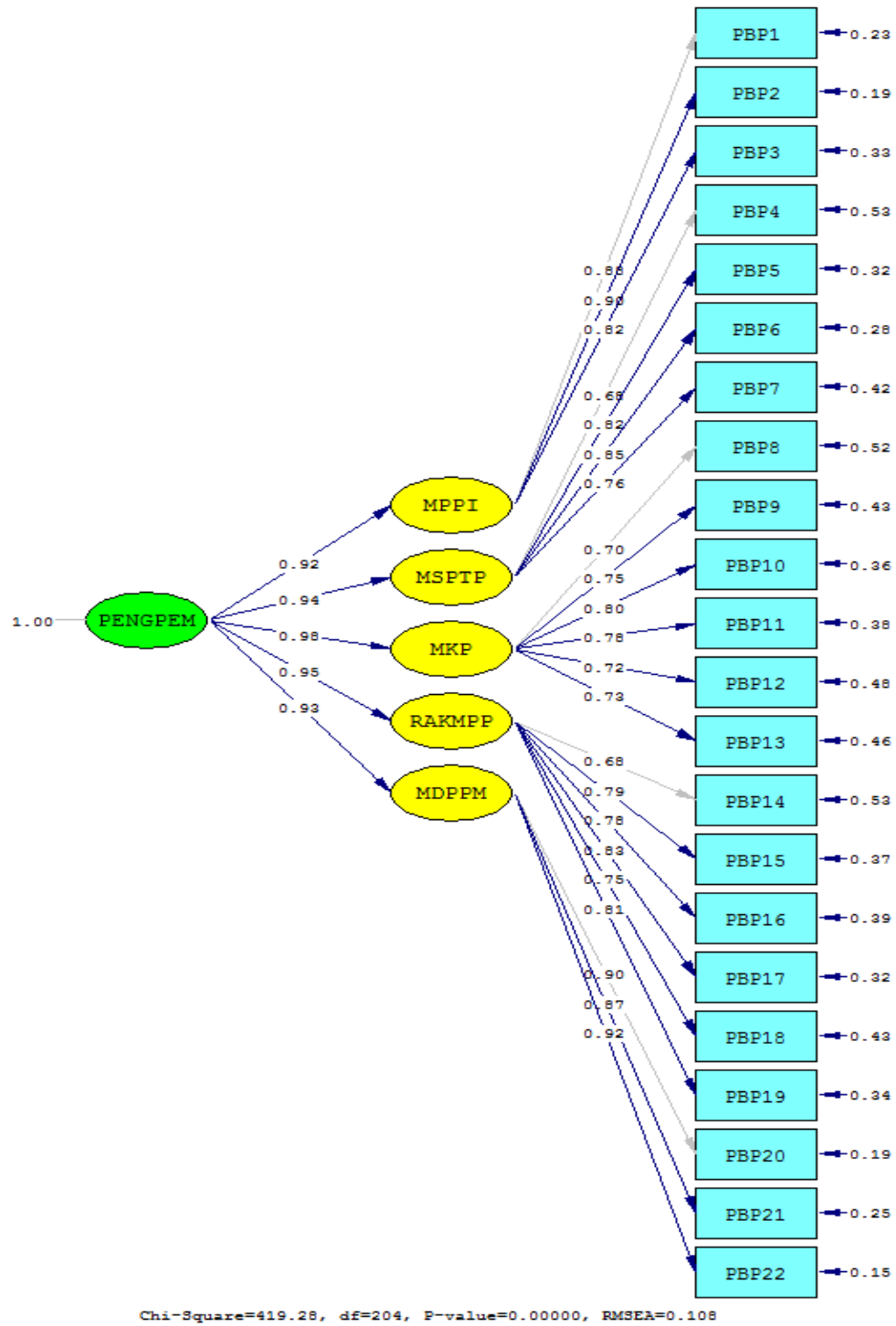
$$\text{Variance Extracted (VE)} = \frac{\Sigma (\text{Standardized})^2}{\Sigma (\text{Standar loading})^2 + \Sigma \text{ Error}}$$

Hasil Uji validitas dan reliabilitas dalam model SEM pada program Lisrel 8.70 didapatkan hasil *path diagram* (*printed out*). Out put yang terdapat dalam *path diagram* akan menginformasikan *standard loading factor* , nilai *error variance* yang menunjukkan kesalahan pengukuran estimasi parameter dan *t-value* yang menyatakan signifikansi. Uraian hasil uji validitas dan reliabilitas pada setiap variabel, sebagai berikut:

1) Variabel Pengalaman Pembelajaran

Hasil uji 2nd CFA validitas dan reliabilitas model pengukuran variabel Pengalaman Pembelajaran terdapat pada gambar skema 5.1 dengan hasil estimasi CFA pengukuran *t-value* uji validitas dari variabel terdiri dari 22 pernyataan dan mendapatkan hasil semua pernyataan valid artinya indikator tersebut menghasilkan nilai *loading factor* lebih dari 0,5. Munro dalam Susilo (2015) berpendapat nilai $\geq 0,3$ pada nilai *loading factor* masih dapat diterima untuk kritikal dan dapat digunakan untuk mempertimbangkan apabila indikator yang diteliti dianggap kurang baik. Data yang memenuhi standarisasi dalam model pengukuran menunjukkan arti bahwa variabel eksogen merupakan pembentuk terhadap variabel endogen, maka dapat dijadikan untuk mengukur tingkat pengalaman pembelajaran melalui pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di RSUD. Hal ini terjadi bila variabel tersebut memberi kontribusi yang berarti terhadap pelaksanaan ronde asuhan keperawatan atau memiliki hubungan yang signifikan.

Hasil pengolahan data untuk model pengukuran variabel pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap pengalaman pembelajaran dapat dilihat dalam gambar berikut ini :



Gambar 5.1: Model Pengukuran Variabel Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan Terhadap Pengalaman Pembelajaran (T-Values)

Sumber : Data diolah (2018)

Tabel 5.7
Koefisien Validitas Instrumen Variabel
Pengalaman Pembelajaran

No	Pengalaman Pembelajaran	Standardize Loading Factors	Error	Penilaian	T-Values	Validitas
	Menyajikan pengalaman pembelajaran interaktif yang berpusat pada pasien					
1	Ronde asuhan keperawatan merupakan sarana berbagi pengetahuan klinik bersama para sejawat.	0,88	0,22	$\geq 0,5$	5,02	Valid
2	Ronde asuhan keperawatan merupakan metode pembelajaran dengan melibatkan staf membahas secara rinci pada kasus pasien tertentu	0,90	0,19	$\geq 0,5$	4,49	Valid
3	Ronde asuhan keperawatan mengidentifikasi keefektifan asuhan keperawatan dan penanganan interdisiplin pada pasien bersama sejawat dan ahli yang berpartisipasi dalam ronde.	0,82	0,33	$\geq 0,5$	5,72	Valid
	Menyediakan sarana pembelajaran yang menghubungkan antara teori dan praktik klinis					
4	Ronde asuhan keperawatan mengidentifikasi kesenjangan pada pembelajaran perawat antara teori dengan praktik	0,68	0,52	$\geq 0,5$	6,24	Valid
5	Ronde asuhan keperawatan memungkinkan perawat melakukan pemeriksaan pada aspek-aspek terpenting dalam asuhan keperawatan pasien.	0,82	0,32	$\geq 0,5$	5,50	Valid
6	Ronde asuhan keperawatan mengidentifikasi masalah – masalah dan isu – isu dalam praktik klinik	0,85	0,28	$\geq 0,5$	5,22	Valid
7	Ronde asuhan keperawatan menggunakan pengetahuan yang mencerminkan integrasi akademisi, penelitian dan keperawatan klinis untuk meningkatkan pengalaman pasien	0,76	0,42	$\geq 0,5$	5,93	Valid
	Mempresentasikan kasus pasien yang dipilih di samping tempat tidur.					
8	Ronde asuhan keperawatan menampilkan praktik keperawatan yang terbaik	0,70	0,52	$\geq 0,5$	6,37	Valid
9	Ronde asuhan keperawatan mempresentasikan kasus yang telah ditentukan dan ditugaskan kepada tim ronde dengan menggunakan formulir standar	0,75	0,42	$\geq 0,5$	6,21	Valid
10	Mengidentifikasi masalah dan isu - isu pasien dalam praktik klinis	0,80	0,36	$\geq 0,5$	6,00	Valid
11	Ronde asuhan keperawatan berfokus pada pengkajian, masalah keperawatan dan yang menjadi perhatian dalam perawatan	0,78	0,38	$\geq 0,5$	6,08	Valid
12	Ronde asuhan keperawatan menekankan pentingnya staf untuk mengetahui pasien mereka	0,72	0,48	$\geq 0,5$	6,31	Valid
13	Ronde asuhan keperawatan menyediakan cara untuk menekankan peran penting keperawatan	0,73	0,46	$\geq 0,5$	6,28	Valid
	Ronde asuhan keperawatan mendukung pengembangan profesional (keterampilan komunikasi dan kepemimpinan)					
14	Ronde asuhan keperawatan merupakan sarana pembelajaran yang efektif, mengintegrasikan praktik terbaik dengan keahlian klinis dan hasil penelitian	0,68	0,53	$\geq 0,5$	6,35	Valid
15	Ronde asuhan keperawatan merupakan sarana clinical nurse educator (CNE) berbagi studi kasus klinis, sarana diskusi profesional, meningkatkan pandangan kelompok profesional kesehatan yang berpengalaman	0,79	0,37	$\geq 0,5$	5,59	Valid
16	Ronde asuhan keperawatan menyediakan sebuah forum untuk meningkatkan peran keperawatan, khususnya peran clinical nurse educator	0,78	0,37	$\geq 0,5$	6,03	Valid
17	Ronde asuhan keperawatan meningkatkan hubungan profesional dengan rekan kerja	0,83		$\geq 0,5$	5,75	Valid
18	Ronde asuhan keperawatan merupakan cara belajar yang fleksibel	0,75	0,42	$\geq 0,5$	6,14	Valid

19.	Ronde asuhan keperawatan menyediakan lingkungan yang mendukung bagi semua profesional kesehatan, terutama mereka yang merupakan tim klinis multidisiplin	0,81	0,34	$\geq 0,5$	5,84	Valid
	Merangsang daya pikir dan pemecahan masalah perawat			$\geq 0,5$	4,98	Valid
20.	Ronde asuhan keperawatan mendorong peserta untuk berpikir kritis	0,90	0,19			
21.	Ronde asuhan keperawatan memikirkan secara kritis asuhan keperawatan yang diberikan oleh sejawat	0,87	0,25	$\geq 0,5$	5,51	Valid
22.	Ronde asuhan keperawatan menyajikan cara untuk mengevaluasi standar dan penerapan keperawatan berbasis bukti	0,92	0,15	$\geq 0,5$	4,45	Valid

Sumber: data hasil analisa penelitian 2018

Uji Validitas Variabel Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan, seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 5.8
Koefisien Validitas Instrumen Variabel
Pengalaman Pembelajaran

No	Pengalaman Pembelajaran	Standardize Loading Factors	Error	Penilaian	T-Values	Validitas
1	Menyajikan pengalaman pembelajaran interaktif yang berpusat pada pasien Ronde asuhan keperawatan merupakan sarana berbagi pengetahuan klinik bersama para sejawat.	0,88	0,22	$\geq 0,5$	5,02	Valid
2	Ronde asuhan keperawatan merupakan metode pembelajaran dengan melibatkan staf membahas secara rinci pada kasus pasien tertentu	0,90	0,19	$\geq 0,5$	4,49	Valid
3	Ronde asuhan keperawatan mengidentifikasi keefektifan asuhan keperawatan dan penanganan interdisiplin pada pasien bersama sejawat dan ahli yang berpartisipasi dalam ronde.	0,82	0,33	$\geq 0,5$	5,72	Valid
4	Menyediakan sarana pembelajaran yang menghubungkan antara teori dan praktik klinis Ronde asuhan keperawatan mengidentifikasi kesenjangan pada pembelajaran perawat antara teori dengan praktik	0,68	0,52	$\geq 0,5$	6,24	Valid
5.	Ronde asuhan keperawatan memungkinkan perawat melakukan pemeriksaan pada aspek-aspek terpenting dalam asuhan keperawatan pasien.	0,82	0,32	$\geq 0,5$	5,50	Valid
6.	Ronde asuhan keperawatan mengidentifikasi masalah – masalah dan isu – isu dalam praktik klinik	0,85	0,28	$\geq 0,5$	5,22	Valid
7.	Ronde asuhan keperawatan menggunakan pengetahuan yang mencerminkan integrasi akademisi, penelitian dan keperawatan klinis untuk meningkatkan pengalaman pasien	0,76	0,42	$\geq 0,5$	5,93	Valid

8.	Mempresentasikan kasus pasien yang dipilih di samping tempat tidur. Ronde asuhan keperawatan menampilkan praktik keperawatan yang terbaik	0,70	0,52	≥ 0,5	6,37	Valid
9.	Ronde asuhan keperawatan mempresentasikan kasus yang telah ditentukan dan ditugaskan kepada tim ronde dengan menggunakan formulir standar	0,75	0,42	≥ 0,5	6,21	Valid
10.	Mengidentifikasi pemecahan masalah masalah dan isu - isu pasien dalam praktik klinis	0,80	0,36	≥ 0,5	6,00	Valid
11.	Ronde asuhan keperawatan berfokus pada pengkajian, masalah keperawatan dan yang menjadi perhatian dalam perawatan	0,78	0,38	≥ 0,5	6,08	Valid
12.	Ronde asuhan keperawatan menekankan pentingnya staf untuk mengetahui pasien mereka	0,72	0,48	≥ 0,5	6,31	Valid
13.	Ronde asuhan keperawatan menyediakan cara untuk menekankan peran penting keperawatan	0,73	0,46	≥ 0,5	6,28	Valid
14.	Ronde asuhan keperawatan mendukung pengembangan profesional (keterampilan komunikasi dan kepemimpinan) Ronde asuhan keperawatan merupakan sarana pembelajaran yang efektif, mengintegrasikan praktik terbaik dengan keahlian klinis dan hasil penelitian	0,68	0,53	≥ 0,5	6,35	Valid
15.	Ronde asuhan keperawatan merupakan sarana clinical nurse educator (CNE) berbagi studi kasus klinis, sarana diskusi profesional, meningkatkan pandangan kelompok profesional kesehatan yang berpengalaman	0,79	0,37	≥ 0,5	5,59	Valid
16.	Ronde asuhan keperawatan menyediakan sebuah forum untuk meningkatkan peran keperawatan, khususnya peran clinical nurse educator	0,78	0,37	≥ 0,5	6,03	Valid
17.	Ronde asuhan keperawatan meningkatkan hubungan profesional dengan rekan kerja	0,83		≥ 0,5	5,75	Valid
18.	Ronde asuhan keperawatan merupakan cara belajar yang fleksibel	0,75	0,42	≥ 0,5	6,14	Valid
19.	Ronde asuhan keperawatan menyediakan lingkungan yang mendukung bagi semua profesional kesehatan, terutama mereka yang merupakan tim klinis multidisiplin	0,81	0,34	≥ 0,5	5,84	Valid
20.	Merangsang daya pikir dan pemecahan masalah perawat Ronde asuhan keperawatan mendorong peserta untuk berpikir kritis	0,90	0,19	≥ 0,5	4,98	Valid
21.	Ronde asuhan keperawatan memikirkan secara kritis asuhan keperawatan yang diberikan oleh sejawat	0,87	0,25	≥ 0,5	5,51	Valid
22.	Ronde asuhan keperawatan menyajikan cara untuk mengevaluasi standar dan penerapan keperawatan berbasis bukti	0,92	0,15	≥ 0,5	4,45	Valid

Sumber: data hasil analisa penelitian 2018

Pengujian reliabilitas *Construc Realbility* (CR) indikator Pengalaman Pembelajaran adalah sebagai berikut :

$$\begin{aligned}
 \text{Construc Realbility (CR)} &= \frac{(\sum \text{Standar loading factor})^2}{(\sum \text{Standar loading factor})^2 + \sum \text{Standar Error}} \\
 &= \frac{(17.52)^2}{(17.52)^2 + 7.52}
 \end{aligned}$$

$$\frac{306.95}{306.95 + 7.52}$$

$$= 0.976$$

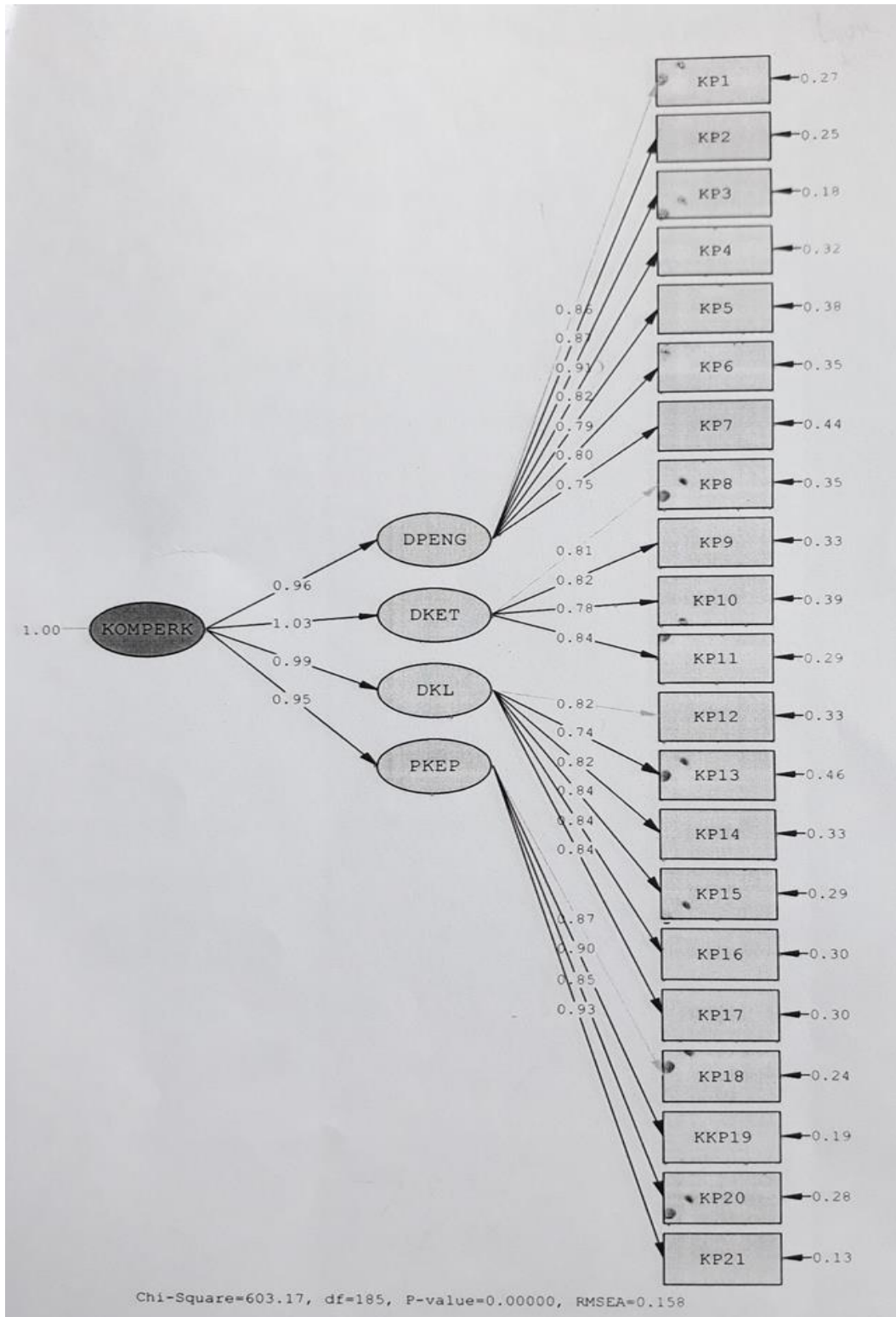
$$\begin{aligned} \text{Variance Extracted(VE)} &= \frac{\Sigma (\text{Standardized})^2}{\Sigma (\text{Standar loading})^2 + \Sigma \text{Error}} \\ &= \frac{14.059}{14.059 + 7.52} \\ &= 0,65 \end{aligned}$$

Dengan demikian berdasarkan perhitungan reliabilitas semua indikator variabel Pengalaman Pembelajaran dinyatakan reliabel untuk digunakan sebagai indikator penelitian karena nilai *construct reliability* = 0,976 dan nilai *Variance Extracted* = 0,65 karena pengujian *Variance Extracted* bersifat konservatif, reliabilitas dapat diterima bahkan jika *Variance Extracted* kurang dari 0,50 .

2) Variabel Kompetensi Perawat Klinik

Hasil uji 2nd CFA validitas dan reliabilitas model pengukuran variabel Kompetensi perawat Klinik terdapat pada Gambar skema 5.2 dengan hasil estimasi CFA pengukuran *t-value* bahwa uji validitas dari variabel Kompetensi Perawat Klinik dalam penelitian ini dari 21 pernyataan mendapat hasil semua valid, artinya indikator tersebut menghasilkan nilai *loading factor* lebih dari 0,5. Data yang memenuhi standarisasi dalam model pengukuran menunjukkan arti bahwa variabel eksogen merupakan pembentuk terhadap variabel endogen, maka dapat dijadikan untuk mengukur Kompetensi Perawat Klinik pada perawat di RSUS. Hal ini terjadi bila variabel tersebut memberi kontribusi yang berarti terhadap Kompetensi perawat Klinik atau memiliki hubungan yang signifikan.

Hasil pengolahan data untuk model pengukuran variabel Kompetensi perawat Klinik dapat dilihat dalam gambar berikut ini :



Gambar. 5.2 Model Pengukuran Variabel Kompetensi perawat Klinik (*T-value*)

Sumber : Data Diolah (2018)

Uji Validitas Variabel Kompetensi Perawat Klinik, seperti pada table berikut ini

Tabel 5.9

Koefisien Validitas Instrumen Variabel Kompetensi Perawat Klinik

No	Kompetensi Perawat Klinik	Standardize Loading Factors	Error	Penilaian	T-Values	Validitas
	Domain Pengetahuan.	0,86	0,27	$\geq 0,5$	6,01	Valid
1.	Ronde asuhan Keperawatan membantu meningkatkan pengetahuan klinik					
2.	Ronde Asuhan Keperawatan membantu saya memahami kasus pasien	0,87	0,25	$\geq 0,5$	5,94	Valid
3.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan standar praktik professional	0,91	0,18	$\geq 0,5$	5,51	Valid
4.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan wawasan yang di dapat dari pembahasan kasus	0,82	0,32	$\geq 0,5$	6,18	Valid
5.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan pengalaman praktik	0,79	0,38	$\geq 0,5$	6,31	Valid
6.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan kemampuan pribadi	0,80	0,35	$\geq 0,5$	6,26	Valid
7.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan kemampuan leadership	0,75	0,44	$\geq 0,5$	6,41	Valid
8.	Domain Keterampilan Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan keterampilan psikomotor	0,81	0,35	$\geq 0,5$	6,64	Valid
9.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan keterampilan psikomotor	0,82	0,33	$\geq 0,5$	6,61	Valid
10.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan hubungan interpersonal	0,78	0,39	$\geq 0,5$	6,69	Valid
11.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan kemampuan dalam mendiagnosa	0,84	0,29	$\geq 0,5$	6,49	Valid
12.	Domain kemampuan leadership Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan kemampuan untuk mendengar.	0,82	0,33	$\geq 0,5$	6,23	Valid
13.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan integritas	0,74	0,46	$\geq 0,5$	6,45	Valid
14.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan diri sendiri dan orang lain	0,82	0,33	$\geq 0,5$	6,23	Valid
15.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan rasa percaya diri yang positif	0,84	0,29	$\geq 0,5$	6,12	Valid
16.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan kecerdasan emosi	0,84	0,30	$\geq 0,5$	6,14	Valid
17.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan keterbukaan untuk menerima umpan balik	0,84	0,30	$\geq 0,5$	6,14	Valid
18.	Pengambilan keputusan Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan kemampuan untuk berpikir kritis	0,87	0,24	$\geq 0,5$	5,81	Valid

19.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan kemampuan untuk memecahkan masalah	0,90	0,19	$\geq 0,5$	5,52	Valid
20.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan penalaran etis	0,85	0,28	$\geq 0,5$	5,98	Valid
21.	Ronde Asuhan Keperawatan dapat meningkatkan kemampuan untuk mengambil keputusan	0,93	0,13	$\geq 0,5$	4,77	Valid

Sumber: data penelitian 2018

Pengujian reliabilitas *Construc Realbility* (CR) indikator Kompetensi Perawat Klinik adalah sebagai berikut :

$$\begin{aligned}
 (\text{CR}) &= \frac{(\sum \text{Standar loading factor})^2}{(\sum \text{Standar loading factor})^2 + \sum \text{Standar Error}} \\
 &= \frac{(17,5)^2}{(17,5)^2 + 6,4} \\
 &= \frac{306,25}{306,25 + 6,4} \\
 &= 0,979
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 (\text{VE}) &= \frac{\sum (\text{Standardized})^2}{\sum (\text{Standar loading})^2 + \sum \text{Error}} \\
 &= \frac{14,629}{14,629 + 6,4} \\
 &= 0,695
 \end{aligned}$$

Dengan demikian berdasarkan perhitungan reliabilitas semua indikator variabel Kompetensi Perawat Klinik dinyatakan reliable untuk digunakan sebagai indikator penelitian karena nilai *construct reliability* = 0,979 dan nilai *Variance Extracted* = 0,695 karena pengujian *Variance Extracted* bersifat konservatif, reliabilitas dapat diterima bahkan jika *Variance Extracted* kurang dari 0,50 .

f. Tahap pengujian Hipotesis (*Structural Equation Modelling*)

Setelah menghasilkan model *Second Order CFA* (2nd CFA) yang menunjukkan hubungan antar variabel laten tingkat kedua kemudian peneliti menambahkan model hasil pertama untuk menghasilkan model *Hybrid*. Pada analisis 2nd CFA variabel laten diukur dari 43 berupa kuesioner. Proses selanjutnya adalah membuat model *hybrid* dengan menggunakan *Goodness of fit* (GOF). Model *structural* bertujuan untuk memastikan apakah hubungan-hubungan yang

dihipotesiskan pada model konseptualisasi didukung oleh data empiris yang diperoleh melalui penelitian.

Hasil Uji kecocokan model *Hybrid* pada penelitian ini dengan memperhatikan nilai-nilai yang dapat mengindikasikan tingkat fitnya model *hybrid*, yaitu sebagai berikut :

Tabel 5.10

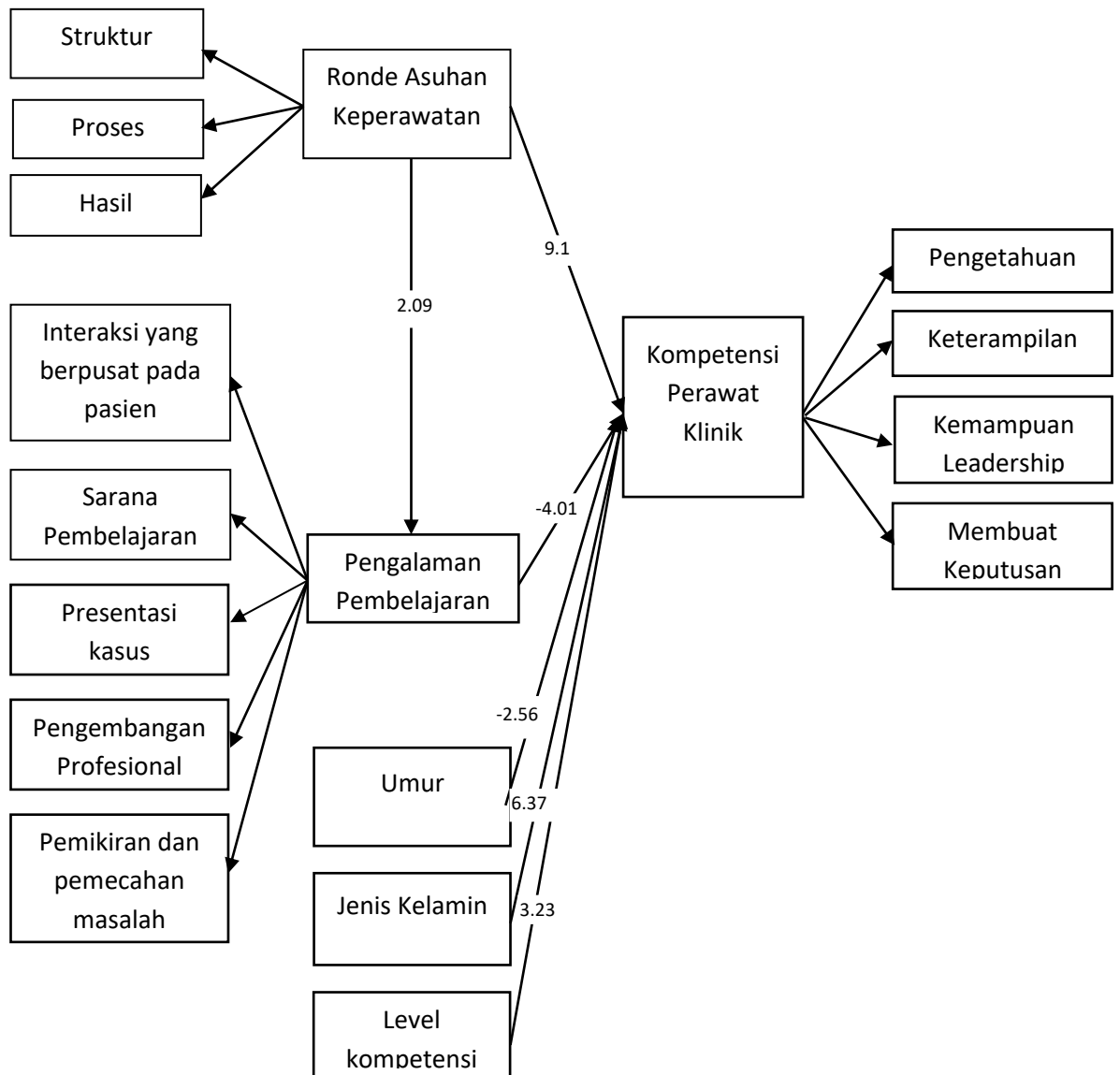
Hasil Uji Kecocokan Model *Hybrid* Pengaruh Pelaksanaan Ronde Asuhan Keperawatan Terhadap Pengalaman Belajar Dan Kompetensi Perawat Klinik

Ukuran GOF	Target Tingkat Kecocokan	Hasil Estimasi (<4)	Tingkat Kecocokan
<i>Chi Square & P</i>	<i>Chi Square/df</i> <3 585.47	0.0	Fit
<i>Root Mean Square Error of Approximation RMSEA P (close fit)</i>	RMSEA ≤ 0,08	0,16	Tidak Fit
<i>Normed Fit Index (NFI)</i>	NFI ≥ 0,9	0,93	Fit
<i>Non Fit Index (NNFI)</i>	NNFI ≥ 0,9	0,95	Fit
<i>Comparative Fit Index (CFI)</i>	CFI ≥ 0,9	0,95	Fit
<i>Incremental Fit Index (IFI)</i>	IFI ≥ 0,9	0,95	Fit
<i>Relative of Fit Index (RFI)</i>	RFI ≥ 0,9	0,92	Fit
<i>Goodness of Fit Index (GFI)</i>	GFI ≥ 0,9	0,61	Tidak Fit
<i>Adjusted Goodness of Fit Index (RFI)</i>	AGFI ≥ 0,9 ≥ 0,9	0.52 0.92	Tidak Fit Fit

Sumber : Data Primer diolah 2018

Kesimpulan:

Hasil nilai GFI pada *default* model terbanyak sebesar ≥ 0,9 yang artinya bahwa model penelitian *goodness of fit* (cocok dengan penelitian)



Gambar : 5.4 Path diagram (Hybrid/Full Model) Penelitian

Persamaan matematisnya ;

Structural Equations

$$\text{INTERVEN} = 0.22 * \text{PENGPEMX} , \text{Errorvar} = 0.0010, R^2 = 0.32$$

(0.10)

2.09

$$\text{KOMPERKL} = - 0.42 * \text{PENGPEMX} + 0.98 * \text{INTERVEN} - 0.26 * \text{USIARESX} + 0.49 * \text{JENKELX4} + 0.28 * \text{LEVKOMX5}, \text{Errorvar.} = 0.0100, R^2 = 0.98$$

(0.10)

(0.10)

(0.10)

(0.077)

(0.088)

-4.01

9.51

-2.56

6.37

3.23

STIK Sint Carolus

1) Interpretasi Hipotesis

Tahap evaluasi yang digunakan dalam melakukan interpretasi hasil adalah evaluasi reaksi, yaitu mengevaluasi persepsi responden mengenai pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap pengalaman pembelajaran dan implikasinya terhadap kompetensi perawat klinik di RSUD.

a) Pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap pengalaman pembelajaran perawat klinik di ruang rawat inap RSUD (Ha6)

Hasil olah data path diagram pada gambar menunjukkan bahwa variabel pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap pengalaman pembelajaran perawat klinik memiliki nilai $t = 2.09$ dimana nilai $t < 2$ adalah hubungan signifikan, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap pengalaman pembelajaran perawat klinik.

Lanham (2011) memaparkan Ronde Asuhan Keperawatan dapat memberikan pengalaman pembelajaran yang dapat memenuhi tujuan :

- 1) Memberikan pengalaman belajar interaktif yang berpusat pada pasien,
- 2) Menyediakan sarana pembelajaran untuk memberi kesempatan kepada perawat antara teori dan praktik klinis.
- 3) Mempresentasikan kasus pasien yang dipilih di samping tempat tidur.
- 4) Mempromosikan pengembangan profesional (misalnya, keterampilan komunikasi dan kepemimpinan).
- 5) Merangsang pemikiran dan pemecahan masalah perawat

Berdasarkan pengukuran ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap pengalaman pembelajaran perawat klinik di ruang rawat inap RSUD pada variabel :

Menyajikan pengalaman pembelajaran interaktif yang berpusat pada pasien, responden menyatakan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan merupakan metode yang memberikan pengalaman pembelajaran dengan melibatkan staf membahas secara rinci pada kasus pasien tertentu dengan skor dengan skor 90% dengan nilai $t = 4,49$.

Dengan mempersiapkan kasus yang akan dilakukan ronde sehari sebelumnya, maka penyaji akan mempersiapkan secara rinci asuhan perawatan pasien secara menyeluruh. Dalam rangkaian kegiatan ronde asuhan keperawatan pembahasan kasus hanya difokuskan pada kasus pasien yang dirondekan. Puncak dari fokus kegiatan adalah saat dilakukan validasi data ke pasien. berdasarkan temuan diatas membuktikan bahwa ronde asuhan keperawatan dapat memberikan pengalaman pembelajaran interaktif yang berpusat pada pasien.

Hal ini sesuai dengan pendapat Armola, Brandeburg, dan Tucker (2010) mendefinisikan NGR sebagai "presentasi yang diberikan oleh perawat yang berbagi asuhan keperawatan dan fokus pada kasus atau kelompok kasus tertentu". Namun pada domain ini masih ada skor yang rendah pada elemen mengidentifikasi keefektifan asuhan keperawatan dan penanganan interdisiplin pada pasien bersama sejawat dan ahli yang berpartisipasi dalam ronde 82%. Hal ini dikarenakan dalam penelitian ini ronde asuhan masih dalam lingkup keperawatan, belum melibatkan disiplin yang lain yang terlibat dalam penanganan pasien.

Menyediakan sarana pembelajaran yang menghubungkan antara teori dan praktik klinis, responden menyatakan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dapat memberikan pengalaman pembelajaran mengidentifikasi masalah – masalah dan isu – isu dalam praktik klinik 85% dengan nilai $t = 5,22$. Melalui diskusi pembahasan kasus secara mendalam maka masalah dan isu – isu yang ada akan teridentifikasi. Penyajian kasus, pembahasan dan validasi data ke pasien dapat memungkinkan apakah tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan teori atau sebaliknya akan teridentifikasinya adanya kesenjangan antara teori dengan prakti yang memerlukan perencanaan keperawatan lebih lanjut

Namun demikian masih ada skor yang rendah pada elemen mengidentifikasi kesenjangan pada pembelajaran perawat antara teori dengan praktik 68%. Hal ini dimungkinkan bagi perawat baru mereka

masih dalam fase adaptasi sehingga kemampuan mengidentifikasi kesenjangan – kesenjangan antara teori dan praktik masih kurang.

Mempresentasikan kasus pasien yang dipilih di samping tempat tidur, responden menyatakan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan memberikan pengalaman pembelajaran mempresentasikan pemecahan masalah dan isu - isu pasien dalam praktik klinis (80%) dengan nilai t 6,00.

Validasi data baik dari rekam medis maupu dari pasien langsung memungkinkan memecahkan masalah yang ditemukan langsung dari kasus yang di rondakan. Hal ini berbeda dengan study kasus dimana study kasus mempresentasikan kesus dan pembahasan di kelas namun tidak melakukan validasi ke pasien. Pemecahan masalah dalam ronde asuhan keperawatan selalu menggunakan reffrensi standar asuhan keperawatan RSUD dan SDKI.

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Menurut Lanham JG (2011) bahwa salah satu pengalaman pembelajaran perawat klinik adalah menyajikan pemecahan masalah dan isu - isu pasien dalam praktik klinis. Pada domain ini masih terdapat skor yang rendah yaitu pada elemen menekankan pentingnya staf untuk mengetahui pasien mereka (72%).

Ronde asuhan keperawatan mendukung pengembangan profesional (keterampilan komunikasi dan kepemimpinan, responden menyatakan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan memberikan pengalaman pembelajaran meningkatkan hubungan profesional dengan rekan kerja (83%) dengan nilai t = 5,57. Dalam ronde asuhan keperawatan setiap peserta ronde diminta untuk berpartisipasi aktif mengemukakan saran, pendapat dan kritik. Iklim seperti ini akan meningkatkan keterbukaan dan komunikasi yang baik sesama tim dan atasan.

Lawal (2015) mengatakan bahwa pengalaman klinis yang efektif diperoleh melalui lingkungan klinis yang mendukung, yang mencakup atmosfer unit penempatan klinis, dan hubungan berbagi pengetahuan

antara supervisor, staf klinis dan mentor. Namun demikian masih ada skor rendah pada pengalaman pembelajaran yang efektif, mengintegrasikan praktik terbaik dengan keahlian klinis dan hasil penelitian (68%). Dalam pelaksanaan ronde acuan acuan yang digunakan masih terbatas pada standar asuhan RSUS dan SDKI, belum memanfaatkan hasil penelitian sebagai acuan.

Merangsang daya pikir dan pemecahan masalah perawat, responden menyatakan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan memberikan pengalaman pembelajaran menyajikan cara untuk mengevaluasi standar dan penerapan keperawatan berbasis bukti (92%) dengan nilai $t = 4,45$. Review dokumen dan validasi data ke pasien dalam kegiatan ronde adalah memungkinkan rencana asuhan yang dibuat berdasarkan masalah pasien yang didukung dengan bukti bukti pemeriksaan penunjan

Hal ini sesuai dengan pendapat Gardner (2010) yang mengatakan Ronde asuhan keperawatan adalah strategi menyediakan tempat reguler untuk mendapat pengalaman pembelajaran klinis dan melakukan review asuhan keperawatan masalah berbasis pasien dan berbasis bukti. Namun demikian pada domain ini masih terdapat skor yang rendah pada elemen ronde asuhan keperawatan memikirkan secara kritis asuhan keperawatan yang diberikan oleh sejawat (87%). Kemampuan mengkritisi dan berpikir kritis harus di dasari oleh pemahaman yang memadai, hal ini akan sejalan dengan tingkat kompetensi dan pengalaman. Jika dilihat dari karakteristik responden mayoritas pengalamannya masih kurang

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dapat memberikan pengalaman pembelajaran perawat klinik di ruang rawat inap RSUS.

b) Pengaruh Pelaksanaan Ronde Asuhan keperawatan terhadap Kompetensi Perawat Klinik di ruang rawap RSUD (Ha5)

Hasil olah data *path diagram* pada gambar 5.3 menunjukkan pengaruh yang signifikan pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap kompetensi perawat klinik sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD. Pengaruh memiliki nilai $t = 9.1$ dimana nilai $t > 2$ adalah signifikan terkonfirmasi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dapat meningkatkan kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD secara signifikan.

Domain kompetensi perawat klinik menurut *American Nurses Association (ANA)* (2013) merupakan tingkat kinerja yang diharapkan dengan mengintegrasikan: 1. Pengetahuan yang meliputi pemikiran, pemahaman teori, standar praktik profesional, dan wawasan yang didapat sesuai konteks, pengalaman praktis, kemampuan pribadi, dan kemampuan kepemimpinan, 2. Keterampilan meliputi kemampuan komunikasi, interpersonal, dan pemecahan masalah, 3. Kemampuan kepemimpinan adalah kemampuan untuk bertindak secara efektif, membutuhkan kemampuan mendengar, integritas, kesadaran diri, kecerdasan emosional, dan keterbukaan menerima umpan balik, 4. Pengambilan keputusan mencakup berpikir kritis, pemecahan masalah, penalaran etis, dan pengambilan keputusan.

Berdasarkan ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap Kompetensi Perawat Klinik di ruang rawap RSUD pada domain:

Domain pengetahuan, responden menyatakan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dapat meningkatkan standar praktik profesional sebanyak 91% dengan nilai $t = 5.51$. Peningkatan ini karena dalam setiap pelaksanaan ronde selalu menggunakan standar asuhan keperawatan RSUD yang mengacu ke SDKI dan standar operational prosedur yang berlaku di RSUD

Temuan ini sesuai dengan hasil study Furlong (2007), Armola (2007) yang mengatakan bahwa ronde asuhan keperawatan dapat mendukung pengembangan profesional perawat klinis. Hal yang sama juga diungkapkan Gardner (2010) dalam study literturnya mengatakan bahwa ronde asuhan keperawatan adalah pendekatan inovatif dan dapat diterima untuk praktik klinis keperawatan dan pengembangan profesional. Namun demikian masih terdapat skor yang kurang pada elemen pengetahuan kepemimpinan (75%). Hal ini diduga karena pemahaman konsep kepemimpinan perawat baru masih kurang.

Domain keterampilan, responden menyatakan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dapat meningkatkan kemampuan untuk mendiagnosa 84% dengan nilai $t = 9,49$. Penggunaan Standar Diagnose Keperawatan Indonesia (SDKI) dalam setiap pelaksanaan rone asuhan keperawatan telah efektif untuk mensosialisasikan memahami dan melakukan penyusunan diagnose keperawatan berdasarkan masalah pasien.

Nursalam (2015), mengungkapkan ronde asuhan keperawatan dapat meningkatkan kemampuan menegakkan diagnosa keperawatan. Pada domain keterampilan masih terdapat skor yang rendah pada domain meningkatkan hubungan interpersonal (78%). Hal ini di duga karena pelaksanaan ronde asuhan keperawatan asuhan keperawatan masih pada lingkup perawat, belum melibatkan team lain yang terlibat dalam penanganan pasien secara keseluruhan.

Domain leadership, responden menyatakan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terbukti meningkatkan rasa percaya diri 84% dengan nilai $t = 6,12$. Dalam setiap pelaksanaan ronde selain penyaji semua yang hadir diminta untuk memberikan tanggapan, kritik dan saran. Dengan demikian perawat akan terlatih untuk berani mengungkapkan pendapat, memberikan kritik atau saran untuk perbaikan meningkatkan rasa percaya diri.

Benner (1982) mengungkapkan bahwa ronde asuhan keperawatan dapat meningkatkan rasa percaya diri, meningkatkan keserdasan emosi dan meningkatkan keterbukaan dan menerima umpan balik 84%. Hal ini sesuai dengan elemen kompetensi pada domain keterampilan menurut American Nurses Association (ANA) (2013). Pada domain ini masih terdapat skor yang rendah yaitu pada elemen meningkatkan integritas. Dalam rangkaian ronde asuhan keperawatan saat validasi data ke pasien masih di temukan ketidak sesuaian antara yang ditampilkan dengan kenyataan di pasien.

Domain Pengambilan Keputusan, responden menyatakan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dapat meningkatkan kemampuan untuk memecahkan masalah 90%, dengan nilai $t = 5,52$ dan meningkatkan kemampuan untuk mengambil keputusan (93%) dengan nilai $t = 4,47$. Dalam setiap pelaksanaan ronde asuhan keperawatan kepala ruangan atau clinical instructor akan membuat suatu keputusan jika ada masalah ditemukan. Namun sebelum diambil keputusan penyaji diminta memikirkan bersama dan menentukan solusi apa yang harus diputuskan untuk menyelesaikan permasalahan tersebut dengan dibimbing oleh kepala ruangan. Hal ini sesuai dengan elemen kompetensi pada domain pengambilan keputusan menurut American Nurses Association (ANA) (2013). Pada domain ini masih terdapat skor yang rendah yaitu pada elemen meningkatkan kemampuan berpikir kritis. Kemampuan mengkritisi dan berpikir kritis harus di dasari oleh pemahaman yang memadai, hal ini akan sejalan dengan tingkat kompetensi dan pengalaman. Jika dilihat dari karakteristik responden mayoritas pengalamannya masih kurang.

Berdasarkan data diatas secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dapat meningkatkan kompetensi perawat klinik di RSUS .

c) Analisa pengaruh pengalaman pembelajaran terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD (Ha7)

Hasil olah data *path diagram* menunjukkan bahwa pengalaman pembelajaran tidak mempengaruhi kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD dimana nilai $t = -4.0$, dimana nilai $t < 2$ adalah tidak signifikan.

Tyler dalam Maheshwari (2015) mengatakan pengalaman pembelajaran adalah sejumlah aktivitas siswa yang dilakukan untuk memperoleh informasi dan kompetensi baru sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai. Menurut Xu J-H (2016) pemilihan strategi pembelajaran merupakan komponen penting untuk mendapatkan informasi dan pengalaman pembelajaran yang sesuai.

Pelaksanaan *ronde asuhan keperawatan* adalah serangkaian proses yang melibatkan semua peserta *ronde* untuk berpartisipasi aktif dalam pembahasan kasus pasien secara langsung. Kegiatan ini akan dapat memberikan pengalaman pembelajaran yang efektif kepada setiap peserta *ronde*.

Berdasarkan data diatas responden menyatakan bahwa tidak ada pengaruh pengalaman pembelajaran terhadap kompetensi perawat klinik di RSUD.

d) Analisa pengaruh usia terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD (Ha8)

Hasil olah data *path diagram* menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh usia terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD. $t = -2.56$ dimana nilai $t < 2$ adalah tidak signifikan. Hal ini berbeda dengan study yang dilakukan Fentianah (2012) menemukan bahwa perawat pada kelompok usia 22 – 30 tahun berada pada level kompetensi rendah sebesar 2.5 % dibandingkan dengan level kompetensi pada kelompok

usia 31 – 39 tahun. Dalam studynya Fentianah menemukan adanya moderately significant antara kelompok usia dengan level kompetensi berdasarkan p value dimana p value 0.002 (**p<0.01).

Hal ini disebabkan usia responden dalam penelitian ini mayoritas < 25 tahun sehingga keterwakilan hasil tidak bisa evaluasi dari berbagai kelompok usia tidak dapat diidentifikasi

e) **Pengaruh jenis kelamin terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD.(Ha9)**

Hasil olah data *path diagram* menunjukkan ada pengaruh jenis kelamin terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD, nilai $t=6.37$, dimana nilai $t>2$ adalah signifikan, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh jenis kelamin terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap

Francis Galton adalah yang pertama yang mengklaim landasan ilmiah empiris untuk kesimpulan bahwa perempuan cenderung lebih rendah daripada laki-laki dalam semua kapasitas mereka (Tatarinceva, 2006) Pria harus memiliki variabilitas serebral yang lebih besar dan karena itu lebih orisinalitas, sementara wanita memiliki stabilitas yang lebih besar dan karena itu lebih menggunakan perasaan, adalah fakta hal ini konsisten dengan teori umum jenis kelamin dan dapat diverifikasi dalam pengalaman umum (Shields, 1995).

Laki-laki dan perempuan belajar berbeda satu sama lain Grebb, Ebel, Cavanaugh, dalam Tatarinceva (2015) mengungkapkan dalam hal belajar laki-laki cenderung lebih bersifat kinestetik, taktual, dan visual, dan mereka membutuhkan lebih banyak mobilitas dalam lingkungan yang lebih informal daripada perempuan. Laki-laki lebih tidak sejalan dan lebih tidak termotivasi dari pada perempuan. Laki-laki cenderung kurang belajar dengan mendengarkan. Wanita, cenderung

mendengarkan, berorientasi otoritas, membutuhkan secara signifikan lebih tenang saat belajar, mandiri dan termotivasi.

Dalam hal kompetensi study yang dilakukan Fentianah (2012), menunjukkan tidak ditemukan adanya pengaruh antara laki laki dan perempuan terhadap level kompetensi pengetahuan perawat dengan p value 0.152 ($p > 0.05$), namun ada pengaruh low significant antara jenis kelamin dengan level kompetensi keterampilan dengan p value 0.025 ($*p < 0.05$).

Merawat orang lain telah dianggap sebagai kegiatan "alami perempuan" sepanjang sejarah modern. Semakin banyak laki laki memilih untuk memasuki profesi keperawatan maka menjadi sadar akan pentingnya laki – laki memperagakan peduli pada orang lain. Namun, pria masih menghadapi tantangan dalam menampilkan peran pengasuh sepenuhnya. Williams dalam Zhang 2016 melaporkan bahwa perawat laki-laki terus berusaha untuk memisahkan diri dari perempuan dan stigma dalam pekerjaan yang didominasi perempuan. Oleh karena itu, pria umumnya lebih memilih shift malam karena praktik ini membuat mereka lebih mandiri dalam pekerjaan mereka dengan pengawasan medis yang lebih sedikit dan lebih sedikit argumen dengan keluarga atau rekan wanita. Selain itu, perawat laki-laki cenderung berspesialisasi dengan prestise yang lebih tinggi, teknologi, atau otonomi, seperti perawatan akut, psikiatri, dan ruang operasi.

Heydari1 A et all (2016). perawat wanita mempertahankan sedikit dominasi mereka dalam hal skor kecerdasan emosi (EI) mereka dibandingkan dengan perawat laki-laki.

Berdasarkan data dan pernyataan para ahli disimpulkan bahwa jenis kelamin berpengaruh terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD. Hal ini sesuai dengan pendapat Wiliam bahwa sampai dengan saat ini menyatakan bahwa perawat adalah pekerjaan alami perempuan.

f) Pengaruh level kompetensi terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD (Ha 10)

Hasil olah data *path diagram* menunjukkan bahwa ada pengaruh level kompetensi terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD, nilai $t = 3.23$ dimana nilai $t > 2$ adalah signifikan.

Studi yang dilakukan Fentianah ditemukan adanya low significant hubungan antara lama pengalaman dengan level kompetensi pengetahuan dengan p value 0.032 (* $p < 0.05$), begitu juga pada kompetensi keterampilan memperlihatkan adanya pengaruh low significant dengan $p = 0.038$ (* $p < 0.05$)

Benner dkk (2008) mengemukakan perawat Novice yang membangun pengalaman belajar dengan menggunakan aturan, struktur, umpan balik eksternal, dan lingkungan yang aman. Perawat Advance beginner menunjukkan pengetahuan, keterampilan yang dipelajari melalui latihan, dan menampilkan sikap dengan kegembiraan untuk melakukan pekerjaan yang ditugaskan. Perawat Competent adalah individu yang dapat merencanakan, mengatur, dan menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan pada kualitas pendidikan keperawatan dan praktik klinis. Perawat proficient adalah individu yang dapat melakukan perawatan pasien holistik dalam praktik keperawatan mereka dan yang menanggapi situasi yang berbeda berdasarkan pengalaman sebelumnya. Perawat expert adalah individu yang mendapatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap dari pengalaman sebelumnya dan dapat mengumpulkan semua bagian secara sistematis, menerapkan latar belakang sendiri dalam pendekatan yang dinamis dan spontan, dan menanggapi situasi klinis dengan mudah

Memarian (2007) menyebutkan ada beberapa faktor yang mempengaruhi kompetensi salah satunya adalah faktor personal yaitu

pengetahuan dan kompetensi dimana pengetahuan perawat harus dipastikan dapat diterapkan secara efektif sebelum melakukan praktik.

Benner 1982 mengatakan bahwa untuk novice dan advance beginner memerlukan waktu untuk adaptasi dan pemikiran untuk menghubungkan antara teori dan praktik dalam praktik lapangan. Sehingga kapasitas kerja novice dan advance beginner hanya 40 – 60%

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa ada pengaruh level kompetensi terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUS. Hal ini sesuai dengan teori Benner dan hasil studi Memarian seperti telah dijelaskan diatas

g) Pengaruh pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan, pengalaman belajar, usia, jenis kelamin dan level kompetensi secara simultan terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUS (Ha11)

Hasil olah data *path diagram* menunjukkan bahwa variabel pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan, pengalaman belajar, usia, jenis kelamin dan level kompetensi secara simultan terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUS memiliki nilai $R^2 = 0,98$. Hal ini menunjukkan bahwa secara simultan responden menyatakan pelaksanaan ronde asuhan keperawatan, pengalaman pembelajaran, usia, jenis kelamin dan level kompetensi secara simultan 98% dapat meningkatkan kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUS

Memarian (2012) dalam studinya menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia peserta, kebangsaan, latar belakang pendidikan, pengalaman kerja, dan jabatan, dengan tingkat kompetensi mereka . Pengembangan karir dan kompetensi perawat klinik dilakukan

melalui pengembangan professional berkelanjutan. (Gould et al., 2007 dalam Gardner dkk (2010).

Beberapa pakar Wolak (2008), Armola (2010), Medina dkk (2010), Lenham (2011), Aitken (2011), Aartsen, C. (2010). Sheriil & Karin (2011), Smyth dkk (2013), Laibhen-Parkes dkk (2015) mengatakan bahwa bahwa ronde asuhan keperawatan merupakan forum yang efektif untuk pembelajaran dan pengembangan professional perawat. Ronde asuhan keperawatan dapat menawarkan metode kreatif untuk perawat disamping tempat tidur yang sibuk untuk terlibat dalam pembelajaran berbasis bukti, berbasis masalah dan berkelanjutan (Laibhen – Parkes 2014).

Furlong (2007), mengatakan tujuan ronde asuhan keperawatan dipandang sebagai pondasi, mencakup hal-hal berikut: untuk membantu staf dalam mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, untuk mengembangkan lingkungan belajar, untuk menampilkan karya perawat mahir, dan sarana yang mendukung untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan perawat novice (PK I) dan advance beginner (PK II) dan mengembangkan profesionalisme prawat

Berdasarkan data diatas menunjukan bahwa ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan, pengalaman belajar, usia, jenis kelamin dan level kompetensi secara simultan terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUS

Tabel 5.11
Inteprestasi Hipotesis Pelaksanaan Ronde Asuhan keperawatan,
Pengalaman Pembelajaran, Usia, Jenis Kelamin dan Level Kompetensi
terhadap Kompetensi Perawat Klinik

Hipotesis	Elemen	Nilai t	Sig.(t >2)
H1	Ada perbedaan persepsi responden terhadap pengalaman pembelajaran sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD 0,000	0,000	Significant
H2	Ada perbedaan persepsi responden terhadap kompetensi perawat klinik sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD	0,000	Significant
H3	Ada perbedaan persepsi responden terhadap pengalaman pembelajaran antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD.	0,000	Significant
H4	Ada perbedaan persepsi responden terhadap kompetensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD	0,000	Significant
H5	Ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD.	11.81	Significant
H6	Ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap pengalaman pembelajaran perawat klinik di ruang rawat inap RSUD	2.09	Significant
H7	Pengaruh pengalaman pembelajaran terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD	42.32	Significant
H8	Ada pengaruh usia terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD	3.64	Significant
H9	Ada pengaruh jenis kelamin terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD	12.82	Significant
H10	Ada pengaruh level kompetensi terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD	2.25	Significant
H11	Ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan, pengalaman belajar, usia, jenis kelamin dan level kompetensi secara simultan terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD	R ² =0.98	Significant

Sumber : Data Primer diolah 2018

STIK Sint Carolus

5.5 Keterbatasan Penelitian

5.5.1.1 Responden kelompok kontrol dan kelompok intervensi berada pada rumah sakit yang sama yang tidak bisa dihindari terjadinya pemaparan terutama jika sedang diperbantukan ke ruangan kelompok kontrol karena alasan ketenagaan. Hal ini bisa menyebabkan bias. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dimana antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi berada pada rumah sakit berbeda.

5.5.1.2 Pada penelitian ini pelaksanaan ronde asuhan keperawatan baru dilaksanakan melibatkan keperawatan saja. Sehingga pembahasan kasus dan masalah pasien belum menyeluruh melibatkan disiplin ilmu lainnya yang terlibat dalam penanganan pasien. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut pelaksanaan ronde asuhan keperawatan dengan melibatkan semua disiplin yang terlibat dalam penanganan pasien.

5.5.1.3 Pada penelitian ini ronde asuhan keperawatan baru dilaksanakan 1 kali untuk setiap responden sehingga evaluasi baru bisa dilakukan pada tahap evaluasi reaksi yaitu persepsi responden terhadap pelaksanaan ronde asuhan keperawatan berdampak terhadap pengalaman pembelajaran dan kompetensi perawat klinik. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk membuktikan bahwa pelaksanaan ronde asuhan keperawatan yang dilakukan secara berkala untuk menilai hasil, perilaku dan dampak.

5.6 Implikasi hasil penelitian

Implikasi hasil penelitian merupakan landasan yang dapat digunakan untuk menentukan arah dan prioritas pengembangan dan strategi dalam pelaksanaan ronde asuhan keperawatan sebagai metode pembelajaran yang efektif dan efisien untuk meningkatkan kompetensi perawat klinik di RSUS. Hal ini dianjurkan karena pelaksanaan ronde asuhan keperawatan telah terbukti dapat

meningkatkan standar praktik profesional, kemampuan mendiagnosa, meningkatkan percaya diri, kecerdasan emosi dan kemampuan mengambil keputusan.

Ronde asuhan keperawatan juga dapat meningkatkan pengalaman pembelajaran; pengalaman pembelajaran interaktif yang berpusat pada pasien, menghubungkan antara teori dengan praktik, cara memecahkan masalah dan isu pasien, pengembangan profesional, pengalaman untuk cara mengevaluasi standar dan penerapan keperawatan berbasis bukti.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengolahan data dan analisa yang telah dilakukan, maka diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Ada perbedaan persepsi responden terhadap pengalaman pembelajaran sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD.
2. Ada perbedaan persepsi responden terhadap kompetensi perawat klinik sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD.
3. Ada perbedaan persepsi responden terhadap pengalaman pembelajaran antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD
4. Ada perbedaan persepsi responden terhadap kompetensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah pelaksanaan ronde asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD.
5. Ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD.
6. Ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan terhadap pengalaman pembelajaran perawat klinik di ruang rawat inap RSUD
7. Tidak ada pengaruh pengalaman pembelajaran terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD
8. Tidak ada pengaruh usia terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD
9. Ada pengaruh jenis kelamin terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD
10. Ada pengaruh level kompetensi terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUD

11. Ada pengaruh pelaksanaan ronde asuhan keperawatan, pengalaman belajar, usia, jenis kelamin dan level kompetensi secara simultan terhadap kompetensi perawat klinik di ruang rawat inap RSUS

B. Saran

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Pelaksanaan ronde asuhan keperawatan agar terus dilakukan untuk meningkatkan pengalaman pembelajaran dalam identifikasi keefektifan asuhan keperawatan dan penanganan interdisiplin pada pasien bersama sejawat dan ahli yang berpartisipasi dalam ronde, identifikasi kesenjangan pada pembelajaran perawat antara teori dengan praktik, menekankan pentingnya staf untuk mengetahui pasien mereka, penanganan interdisiplin pada pasien bersama sejawat dan ahli yang berpartisipasi dalam ronde, memikirkan secara kritis asuhan keperawatan yang diberikan oleh sejawat. Pelaksanaan ronde asuhan keperawatan secara berkala juga dapat meningkatkan kompetensi pada elemen kompetensi kepemimpinan, kompetensi hubungan interpersonal, kompetensi berpikir kritis

2. Bagi perawat

Pelaksanaan ronde asuhan keperawatan merupakan sarana pembelajaran yang sangat efektif dan efisien yang dapat memberikan pengalaman pembelajaran untuk meningkatkan kompetensi dengan tetap menjaga keamanan dan keselamatan pasien.

3. Bagi peneliti

Mengembangkan pengetahuan dan penerapan efektifitas serta efisiensi dalam meningkatkan kualitas SDM untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Daftar Pustaka

- Aartsen, C. (2010). LOCAL INTEREST NURSING GRAND ROUNDS : SHARED REFLECTION, 2008–2009.
- Aitken, L. M., Burmeister, E., Clayton, S., Dalais, C., & Gardner, G. (2011). The impact of Nursing Rounds on the practice environment and nurse satisfaction in intensive care: Pre-test post-test comparative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8), 918–925.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theory Utilization & Application*. (M. R. Alligood, Ed.) (5 edition). St. Louis; Missouri: Elsevier.
- Armola, R. R., Brandeburg, J., & Tucker, D. (2010). A guide to developing nursing grand rounds. *Critical Care Nurse*, 30(5), 55–62.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(9), 402–407.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellent and power in nursing practice*. (M. Park, Ed.). California: Addison Wesley.
- Benner, P. (2014). *From Novice to Expert: Excellent and power in nursing practice*. California: Addison Wesley
- Braungart, M. M., & Braungart, R. G. (2003). Applying learning theories to healthcare practice. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*, 43–71.
- Close, A., & Castledine, G. (2005). Clinical nursing rounds part 1: matrons' rounds. *The British Journal of Nursing*, 14(15), 816–817.
- Coventry, T. H., Maslin-Prothero, S. E., & Smith, G. (2015). Organizational impact of nurse supply and workload on nurses continuing professional development opportunities: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2715–2727.
- Crow, G. L., Nguyen, T., & Debourgh, G. A. (2014). Virtual nursing grand rounds and shared governance: How innovation and empowerment are transforming nursing practice at Thanh Nhan hospital, Hanoi, Vietnam. *Nursing Administration Quarterly*, 38(1), 55–61.
- Davis, L., Taylor, H., & Reyes, H. (2014). Lifelong learning in nursing: A Delphi study. *Nurse Education Today*, 34(3), 441–445.
- Denise F Polit, C. T. B. (2003). *Nursing Research Principles and Methods*.

- Dr. V.K.Maheshwari, M.A(Socio, Phil) B.Sc. M. Ed, P. ., & Former Principal, K.L.D.A.V.(P.G) College, Roorkee, I. (2015). One learns to be a practitioner through education and socialization into practice by other practitioners.
- Furlong, K. M., D'Luna-O'Grady, L., Macari-Hinson, M., O'Connel, K. B., Perez, E. L., & Pierson, G. S. (2007). Implementing nursing grand rounds in a community hospital. *Clinical Nurse Specialist*, 21(6), 287–291.
- Gardner, G., Woollett, K., Daly, N., Richardson, B., & Aitken, L. M. (2010). Innovation in clinical learning for the acute hospital environment: Nursing grand rounds. *Nurse Education Today*, 30(8), 737–741.
- Hakimzadeh, R, Ghodrati, A. Karamdost, N, Hossein. (2013). *Factors Affecting The Teaching – Learning In Nursing Education*. GSE Journal Of Education, Institute, A. N. A. L. (2013). Competancy Model. *American Nurses Association*, (August), 1–11.
- Kelly, P. (2010). *Essentials of Nursing Leadership & Management*. Delmar, Cengage Learning (Vol. 2nd).
- Kirkpatrick, J., & Kirkpatrick, W. (2009). *The Kirkpatrick Four Levels™ : A Fresh Look After 50 Years 1959-2009*.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and Development*. Prentice Hall, Inc., (1984), 20–38.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential Learning Experience As The Source Of Learning And Development*. (A. Neidlinger, Ed.) (Second Edi). New Jersey: Pearson Education, Inc. Upper Saddle River, New Jersey 07458.
- Kothari, C. R. (2004). *Research Methodology: Methods & Techniques*. New Age International (P) Ltd.
- Kumar, R. (2011). *RESEARCH METHODOLOGY a step-by-step guide for beginners*. (R. Kumar, Ed.) (3rd editio). SAGE Publications LTD.
- Laibhen-Parkes, N., Brasch, J., & Gioncardi, L. (2015). Nursing Grand Rounds: A Strategy for Promoting Evidence-Based Learning Among Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(2), 338–345.
- Lanham, J. G. (2011). Nursing Grand Rounds as a Clinical Teaching Strategy. *Journal of Nursing Education*, 50(3), 176–176.
- 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).

- Knowles, M. S. (1990). *The Adult Learner: A Neglected Species (Building Blocks of Human Potential)* (4e), Houston: Gulf Publishing. The University of Michigan.
- McHugh, M., & Lake, E. (2011). Understanding Clinical Expertise: Nurse Education, Experience, and the Hospital Context. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 276–287.
- Memarian R et all (2007). Professional ethics as an important factor in clinical competency in nursing. *Nursing Ethics* 2007 14 (2) # 2007 SAGE Publications.
- Medina, M. S., Williams, V. N., & Fentem, L. R. (2010). The development of an Education Grand Rounds program at an academic health center. *International Journal of Medical Education*, 1, 30–36. <https://doi.org/10.5116/ijme.4be3.e46e>
- Notoatmojo, S. (2010). Pengembangan Sumber daya manusia. *Jurnal LPPM Bidang EkoSosBudKum*, 2(1), 124.
- NIPEC. (2010). Competence Assessment Tool for Ward Manager, (August), 1–38.
- Nursalam, (2015). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- PMK No 40 Th 2017.
- Denise F Polit, C. T. B. (2003). *Nursing Research Principles and Methods*.
- Odedra, K., & Hitchcock, J. (2012). Implementation of nursing grand rounds at a large acute hospital trust. *British Journal of Nursing*, 21(3), 182–185.
- Poell, R. F., & van der Krogt, F. J. (2013). Professional Development Strategies of Employees, Managers and HRD Practitioners in the Context of Organizational Change. Paper Presented at UFHRD 2013 in Brighton, 2013, 1–38.
- Pool, I. A., Poell, R. F., Berings, M. G. M. C., & ten Cate, O. (2016). Motives and activities for continuing professional development: An exploration of their relationships by integrating literature and interview data. *Nurse Education Today*, 38(January), 22–28.
- Pool, I., Poell, R., & ten Cate, O. (2013). Nurses' and managers' perceptions of continuing professional development for older and younger nurses: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 34–43.
- Pool, I. A., Poell, R. F., & ten Cate, T. J. (2013). Perspectives on Age and Continuing Professional Development for Nurses: A Literature Review. *Vocations and Learning*, 6(3), 297–321

- Pool, I. A., Poell, R. F., Berings, M. G. M. C., & Ten Cate, O. (2015). Strategies for continuing professional development among younger, middle-aged, and older nurses: A biographical approach. *International Journal of Nursing Studies*, 52(5), 939–950.
- Pool, I. A., Poell, R. F., Berings, M. G. M. C., & ten Cate, O. (2016). Motives and activities for continuing professional development: An exploration of their relationships by integrating literature and interview data. *Nurse Education Today*, 38(January), 22–28.
- Tyler, Ralph W. (Ralph Winfred), 1902-1994. (1969). *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago :University of Chicago Press,
- Sharlanova, V. (2004). Experiential Learning. *Trakia Journal of Sciences*, 2(4), 36–39.
- Sink, D. L. (2014). Design Models and Learning Theories for Adults. *American Society for Training & Development, ASTD Handbook for Workplace Learning Professionals*, 181–199.
- Smyth, W., & Abernethy, G. (2013). Nursing Grand Rounds: The North Queensland, Australia, Experience. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(5), 203–208.
- Susilo W H (2014). *Biostatistik Lanjut Dan Aplikasi Riset*. CV. TRANS INFO MEDIA. Jakarta
- Xu, J. (2016). Toolbox of teaching strategies in nurse education. *Chinese Nursing Research*, 3(2), 54–57
- Wilkinson, C. A. (2013). Competency Assessment Tools for Registered Nurses: An Integrative Review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(1), 31–37.
- Winfrey, E. (1999). Kirkpatrick's four levels of evaluation. *Encyclopedia of Educational Technology*, 1–6.
- Wolak, E. S., Cairns, B., & Smith, E. (2008). Nursing grand rounds as a medium for the continuing education of nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39, 173–178.