

LAPORAN AKHIR
PENELITIAN KERJASAMA DALAM NEGERI

**MODEL SUPERVISI KLINIS BERBASIS TEORI REFLEKTIF INTERAKTIF DAN
CARING SWANSON TERHADAP KEJADIAN TIDAK DI HARAPKAN (KTD) PLEBITIS
DI RUMAH SAKIT**



PENYUSUN:

Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S. Kp, M. Kep
Dr. Dwi Prihatin Era, S.Kp, M. Kep, Sp. Kep.MB
Naya Ernawati, S. Kep., Ns, M.Kep
Fitriana Kurniasari Solikhah, S.Kep,Ns,M.Kep

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN

2021

HALAMAN PENGESAHAN
PENELITIAN KERJASAMA DALAM NEGERI

1. Judul Penelitian : Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) Plebitis di Rumah Sakit
2. Ketua Tim Pengusul
 - a. Nama : Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S.Kp, M.Kep
 - b. NIP : 196508281989031003
 - c. Jabatan/Golongan : Dosen
 - d. Jurusan/Program Studi : Keperawatan/ Sarjana Terapan dan Profesi Ners
 - e. Poltekkes Kemenkes : Poltekkes Kemenkes Malang
 - f. Bidang Keahlian : Keperawatan Manajemen
 - g. Alamat Kantor/Telp : Jalan Besar Ijen No 77C Malang , 65112, Telepon (0341) 366075
4. Anggota Peneliti 1
 - a. Nama Anggota 1/bidang keahlian : Naya Ernawati, S.Kep, Ns, M. Kep
 - c. Program Studi : Keperawatan
 - c. Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Malang
5. Anggota Peneliti 2
 - a. Nama Anggota 1/bidang keahlian : Dr. Dwi Prihatin Era, S.Kp, M. Kep, Sp. Kep.MB
 - b. Program Studi : Keperawatan
 - c. Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur
6. Anggota Peneliti 3
 - a. Nama Anggota 1/bidang keahlian : Fitriana Kurniasari Solikhah, S.Kp, M. Kep
 - b. Program Studi : Keperawatan
 - c. Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur
6. Luaran yang dihasilkan : Modul HAKI, jurnal internasional terakreditasi
7. Tahun pelaksanaan : 1 Tahun
8. Biaya Total : Rp. 70.000.000,-

Mengetahui,
Kepala Pusat PPM
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Sri Winarni, S.Pd, M.Kes
NIP. 1964101619860320002

Malang, 15 November 2021
Ketua



Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S.Kp, M.Kep.
NIP. 196508281989031003

Mengesahkan
Direktur Poltekkes Kemenkes Malang



Budi Susana, S.Kp, M.Kes
NIP. 196503181988031002

ABSTRAK

MODEL SUPERVISI KLINIS BERBASIS TEORI REFLEKTIF INTERAKTIF DAN CARING SWANSON TERHADAP KEJADIAN TIDAK DI HARAPKAN (KTD) PLEBITIS DI RUMAH SAKIT

Oleh: Tri Johan Agus Yuswanto, Naya Ernawati, Dwi Prihatin Era, Fitriana Kurniasari Solikhah

Introduksi: Phlebitis merupakan bagian dari infeksi nosokomial, yang disebabkan oleh mikroorganisme yang dialami oleh pasien selama dirawat di rumah sakit, diikuti dengan manifestasi klinis yang muncul sekurang-kurangnya 3x24 jam. Supervisi sangat penting untuk diterapkan di ruang rawat inap sebagai upaya pencegahan phlebitis. Model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson dibuat sebagai upaya untuk mencegah phlebitis di ruang rawat inap rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD) Phlebitis. **Metode:** Penelitian ini menggunakan dua tahap penelitian. Penelitian tahap satu design *explanative research* dengan pendekatan *cross sectional* yang melibatkan 100 responden yang dipilih secara *purposive sampling*. Penelitian tahap dua menggunakan metode *quasy eksperiment pre test and post test design with control group*. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner dan observasi. *Partial Least Square* (PLS) digunakan untuk menguji faktor yang mempengaruhi pelaksanaan supervisi klinis, uji wilcoxon signed rank test digunakan untuk melihat perbedaan kejadian phlebitis (KNC dan KTD) sebelum dan setelah perlakuan. **Hasil:** Faktor individu (koefisien jalur 0,000, T statistik = 11.910) berperan terhadap pelaksanaan supervisi klinis, faktor organisasi (koefisien jalur=0,000, T Statistik = 3.925) berperan terhadap pelaksanaan supervisi klinis dan faktor *work characteristic* (koefisien jalur=0,000, T Statistik = 2.552) berperan terhadap pelaksanaan supervisi klinis. Hasil penelitian diperoleh pada kelompok perlakuan terdapat perbedaan kejadian nyaris cedera (KNC) sebelum dan setelah dilaksanakan intervensi dengan nilai p value = .046 ($p < 0.05$), terdapat perbedaan kejadian tidak diharapkan (KTD) sebelum dan setelah dilaksanakan intervensi dengan nilai p value = .046 ($p < 0.05$). **Kesimpulan:** Faktor individu, organisasi dan *work characteristic* merupakan faktor yang penting dalam pelaksanaan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson. Ada perbedaan yang signifikan antara kejadian phlebitis sebelum dan setelah dilaksanakan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson di ruang rawat inap.

Kata Kunci: Supervisi klinis, teori reflektif interaktif dan caring swanson, phlebitis.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Daftar Isi	ii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan umum	6
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat teoritis	7
1.4.2 Manfaat praktis	7
BAB 2 KAJIAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Supervisi Klinis Reflektif Interaktif	8
2.2 Konsep <i>Caring Swanson</i>	14
2.3 Konsep <i>Plebitis</i>	17
2.4 Kerangka Konseptual.....	24
BAB 3 METODE PENELITIAN	26
3.1 Metode Penelitian Tahap Pertama.....	26
3.1.1 Desain Penelitian	26
3.1.2 Populasi dan Sampel.....	27
3.1.3 Variabel Penelitian	28
3.1.4 Definisi Operasional.....	29
3.1.5 Instrumen Penelitian.....	35
3.1.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	36
3.1.7 Cara Analisis Data.....	36
3.1.8 Kerangka Analisis	37
3.2 Metode Penelitian Tahap Kedua.....	37
3.2.1 Desain Penelitian	37
3.2.2 Populasi dan Sampel.....	37
3.2.3 Variabel Penelitian	38

3.2.4 Definisi Operasional.....	38
3.2.5 Instrumen Penelitian.....	39
3.2.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	40
3.2.7 Cara Analisis Data.....	40
3.2.8 Kerangka Analisa	40
3.2.9 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	41
3.2.10 Etik Penelitian	41
BAB 4. HASIL.....	43
BAB 5. PEMBAHASAN.....	43
BAB 4. SIMPULAN DAN SARAN.....	43
DAFTAR PUSTAKA.....	46
LAMPIRAN.....	51

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien sudah menjadi *issue* global sejak laporan IOM (*Institute Of Medicine*), Amerika Serikat pada tahun 2000 yang menyatakan bahwa "*to err is human*" (Kohn *et al*, 2000). Rumah Sakit sebagai organisasi yang memberikan pelayanan kepada pasien harus memperhatikan kualitas layanan terhadap pasien terutama berkenaan dengan *issue* keselamatan pasien (*patient safety*). Oleh karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam pemberian pelayanan terhadap pasien terkait dengan isu mutu dan citra Rumah Sakit (Depkes RI, 2008).

Terapi infus merupakan tindakan yang paling sering dilakukan pada pasien yang menjalani rawat inap sebagai jalur terapi intravena (IV), pemberian obat, cairan, dan pemberian produk darah, atau sampling darah (Alexander, Corigan, Gorski, Hankins, & Perucca, 2010). Jumlah pasien yang mendapatkan terapi infus diperkirakan sekitar 25 juta pasien per tahun di Inggris, dan mereka telah dipasang berbagai bentuk alat akses intravena selama perawatannya (Campbell, 1996 dalam Hampton, 2008). Sedangkan Lai (1998) dalam Pujasari dan Sumarwati (2002) memperkirakan sekitar 80% pasien masuk ke rumah sakit mendapatkan terapi infus. Sementara Hankins, Lonway, Hedrick, dan Perdue (2001) mengatakan sekitar 90% pasien rawat inap mendapat terapi infus selama perawatannya.

Peran perawat dalam terapi infus terutama melakukan tugas delegasi. Menurut Perry dan Potter (2001) dalam Gayatri dan Handiyani (2008) mengatakan bahwa pemberian terapi infus diinstruksikan oleh dokter tetapi perawat yang bertanggung jawab pada pemberian serta mempertahankan terapi tersebut pada pasien. Oleh karena itu, dalam melakukan tugasnya tersebut, perawat harus memiliki pengetahuan yang berkaitan dengan pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dalam perawatan terapi infus. Perawat harus memiliki komitmen dalam memberikan terapi infus yang aman, efektif dalam pembiayaan, serta melakukan perawatan infus yang berkualitas (Alexander, et al., 2010).

Terapi infus sebagai salah satu tindakan invasif memerlukan keterampilan yang cukup saat melakukan pemasangannya. Akibat prosedur pemasangan yang kurang tepat, posisi yang salah, kegagalan saat menginsersi vena, serta ketidakstabilan dalam memasang fiksasi, semua hal tersebut dapat menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien. Selain itu, pemberian terapi infus juga dapat menimbulkan komplikasi plebitis. Penyebab plebitis yang paling sering adalah karena ketidaksesuaian ukuran kateter dan pemilihan lokasi vena, jenis cairan, kurang aseptik saat pemasangan, dan waktu kanulasi yang lama (Hankins, et al., 2001; Richardson & Brusio, 1993 dalam Gabriel, 2008; Alexander, et al., 2010)

Angka kejadian plebitis yang direkomendasikan oleh Infusion Nurses Society (INS) adalah 5% atau kurang. Sementara dari hasil studi literatur ditemukan angka kejadian plebitis berkisar antara 20–80% (Campbell, 1998). Pujasari dan Sumarwati (2002) mengatakan bahwa angka kejadian plebitis di Indonesia umumnya sekitar 10%. Sedangkan dari hasil penelitian Gayatri dan Handiyani (2008) menemukan angka kejadian plebitis di tiga rumah sakit di Jakarta sangat tinggi sekitar 33,8%

Seiring dengan perkembangan teknologi kesehatan yang berdampak terhadap munculnya berbagai perangkat akses vaskular untuk memenuhi kebutuhan klinis pasien secara individu (Keyley 1999; Gabriel, 2000; Gabriel, et al., 2005 dalam RCN, 2005). Dengan munculnya berbagai alat akses vena yang beragam, sistem pelayanan yang kompleks, dan pemberian modalitas pengobatan yang sangat spesifik dengan berbagai kondisi pasien, memiliki implikasi yang besar terhadap praktik keperawatan. Perawat diharuskan memiliki pengetahuan dan kompetensi klinis yang tinggi sehingga pemberian terapi infus akan lebih terjamin (Alexander, et al., 2010). Royal College of Nursing atau RCN (2005) memberikan standar tentang teori dan praktek terapi infus yang harus dikuasai oleh perawat meliputi konsep dasar, komplikasi, prosedur, dan perawatan infuse

Angka kejadian plebitis di RS masih di atas standar INS, yaitu sebesar 6,73%. Kejadian plebitis yang dilaporkan tersebut umumnya plebitis yang sudah tahap lanjut. Sementara level plebitis terdiri atas 4 (empat), dimana level 1 merupakan derajat plebitis ringan dan level 4 merupakan derajat plebitis berat. Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa perawat belum mengetahui tentang derajat keparahan plebitis.

Pengetahuan perawat tentang pemasangan dan perawatan infus menjadi faktor yang penting dalam pencegahan komplikasi plebitis dan ketidaknyamanan pasien. Kurangnya

pengetahuan perawat tentang prinsip dan prosedur pemasangan infus akan menimbulkan ketidakpatuhan dalam pelaksanaan tindakan sesuai prosedur sehingga meningkatkan risiko kesalahan yang mengakibatkan komplikasi dan ketidaknyamanan.

Perawat memiliki peran yang utama dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan klien dengan mendorong klien untuk lebih proaktif jika membutuhkan pengobatan. Perawat harus terampil dan tepat saat memberikan obat, tidak sekedar memberikan pil untuk diminum (oral) atau injeksi obat melalui pembuluh darah (parenteral), namun juga mengobservasi respon klien terhadap pemberian obat tersebut. Pengetahuan tentang manfaat dan efek samping obat sangat penting dimiliki oleh perawat. Perawat berusaha membantu klien dalam membangun pengertian yang benar dan jelas tentang pengobatan, mengkonsultasikan setiap obat yang dipesankan dan turut serta bertanggungjawab dalam pengambilan keputusan tentang pengobatan bersama dengan tenaga kesehatan lain (Potter, 2005).

Pengelolaan pelayanan keperawatan membutuhkan sistem manajerial keperawatan yang tepat untuk mengarahkan seluruh sumber daya keperawatan dalam menghasilkan pelayanan keperawatan yang prima dan berkualitas. Manajemen keperawatan merupakan koordinasi dan integrasi dari sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan (Marquis & Huston, 2010). Hal ini tentu perlu didukung oleh seorang manajer yang mempunyai kemampuan manajerial yang handal untuk melaksanakan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian aktivitas-aktivitas keperawatan (Swansburg, 2000).

Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan yang berperan untuk mempertahankan agar segala kegiatan yang telah terprogram dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar. Hasmoko (2008) menyebut pelaksanaan supervisi di Indonesia belum dilakukan secara maksimal masih cenderung bersifat pengawasan. Supervisi harus dipandang sebagai upaya-upaya memperbaiki dan meningkatkan kinerja perawat melalui kegiatan mengedukasi, membimbing, memotivasi, melatih, dan mengarahkan. Hal yang terjadi disebagian besar rumah sakit di Indonesia adalah sebaliknya dimana kegiatan supervisi membuat perawat merasa takut dan cemas.

Berdasarkan penelitian Rusmegawati (2011) pelaksanaan supervisi klinis reflektif interaktif dapat meningkatkan kemampuan berfikir kritis bagi perawat. Penelitian Yulita (2013) menyebutkan pelaksanaan supervisi klinis reflektif interaktif dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam pencegahan agen biologik. Berdasarkan hasil observasi dan

wawancara dengan kepala ruang dan perawat di RSUI Madinah Malang didapatkan bahwa pelaksanaan kegiatan supervisi selama ini lebih banyak dilakukan untuk penilaian dan pengawasan, sedangkan fungsi perencanaan supervisi, pemberian *support*, motivasi, *problem solving*, tindak lanjut supervisi dan pendokumentasian supervisi itu sendiri belum dilakukan secara maksimal.

Supervisi model reflektif bertujuan agar perawat yang disupervisi dapat memberikan input untuk meningkatkan pelayanan keperawatan lebih baik kedepannya. Supervisi model reflektif dikembangkan oleh Lynch, Hancox, Happel, & Parker (2008) mengatakan bahwa supervisi model reflektif dengan melakukan pengarahan ilmiah yang secara mendalam memberikan asuhan keperawatan. Supervisi model reflektif merupakan supervisi yang ilmiah dari peristiwa, situasi, kondisi dan tindakan yang terjadi di tempat kerja. Ada alasan-alasan penting dari penggunaan supervisi model reflektif yaitu antara lain karena merupakan kunci keterampilan dari perawat, melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan, dimana reflektif masih dapat didefinisikan sebagai proses ilmiah dari suatu peristiwa, situasi dan kejadian di tempat pekerjaan, model supervisi reflektif dapat digunakan perawat pada praktek klinis secara individu dan kelompok (Oelofsen & Natus, 2012).

Supervisi model reflektif yang digunakan dalam meningkatkan pengetahuan pada pendidikan keperawatan dan pengembangan keterampilan. Penelitian Ekebergh (2011) bahwa dengan supervisi model reflektif dapat menyelaraskan antara pendidikan keperawatan dengan praktik keperawatan di lapangan. Todd dan Freswater (1999) menyatakan bahwa dengan supervisi model reflektif dapat menuntun terapi perkembangan area kognitif di keperawatan jiwa. Sementara pendapat lain menyatakan bahwa mengembangkan dan memperluas pengetahuan dan keterampilan klinis perawat dapat ditingkatkan melalui pendekatan reflektif di dunia pendidikan keperawatan (Ruth & Sadh. 2003). Supervisi klinis dengan menggunakan praktek reflektif dan berbagi pengalaman untuk pengembangan kemampuan perawat di pelayanan.

Supervisi model interaktif memiliki beberapa fungsi dalam melakukan pengarahan kepada perawat yang disupervisi. Supervisi interaktif yang dikembangkan oleh Proctor (1987) dapat meningkatkan pelayanan klinis yang mempunyai *evidence base*, dapat memberikan dukungan yang adekuat pada pelayanan klinis dan mengembangkan profesionalisme supervisor keperawatan (Hill & Tuner, 2011).

Supervisi model interaktif memberikan dampak positif terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan. Supervisi model interaktif dapat meningkatkan keterampilan,

standar pelayanan keperawatan, dan memberikan dukungan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk menghadapi masalah yang terjadi. Supervisi model interaktif merupakan model supervisi yang digunakan dengan tujuan untuk mencapai hal-hal yang telah ditetapkan secara profesional dan banyak diterapkan dalam pelayanan keperawatan (Brunero & Stein-Painbury, 2008).

Supervisi model reflektif interaktif merupakan gabungan antara supervisi model reflektif dan interaktif dalam melakukan peran pengarahan oleh supervisor. Penelitian Rusmegawati (2011) terbukti bahwa dengan supervisi model reflektif interaktif dapat meningkatkan kemampuan perawat pelaksana berfikir kritis menjadi lebih baik setelah dilakukan supervisi model reflektif.

Model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan *caring swanson* merupakan sintesa dari teori supervisi klinis reflektif interaktif yang diintegrasikan dengan teori *caring* yang diadopsi dari teori keperawatan swanson yang terdiri dari lima aspek yaitu (*maintenance believe, knowing, being with, doing for, enabling*) yang bermanfaat untuk meningkatkan kepedulian perawat dalam praktik keperawatan dan kepuasan pasien. Dasar digunakannya pendekatan ini menekankan pada faktor-faktor yang berpengaruh terhadap supervisi klinis (faktor organisasi, faktor *work characteristic*, dan faktor individu), area supervisi berdasarkan teori reflektif interaktif dan teori *caring swanson*.

Supervisi yang dilakukan oleh supervisor di ruang rawat inap bertujuan untuk mencegah kejadian *plebiits* diharapkan akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian efektifitas model supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan *caring* terhadap kejadian tidak diharapkan (*phlebitis*) di rumah sakit. Penelitian ini diharapkan bisa menjadi salah satu *health service research* yang akan memberi solusi dalam pelaksanaan supervisi klinis untuk pencegahan kejadian tidak diharapkan (*plebitis*) dan pelaksanaan *caring* sehingga mampu meningkatkan mutu asuhan keperawatan untuk mendukung tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh faktor individu perawat terhadap pelaksanaan supervisi klinis di ruang rawat inap RS?
2. Apakah ada pengaruh faktor organisasi terhadap pelaksanaan supervisi klinis di ruang rawat inap RS?

3. Apakah ada pengaruh faktor *work characteristic* terhadap pelaksanaan supervisi klinis di ruang rawat inap RS?
4. Apakah ada pengaruh pengembangan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan *caring swanson* terhadap kejadian tidak diharapkan (*plebitis*) di RS?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengembangkan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan *caring Swanson* terhadap kejadian tidak diharapkan (*plebitis*) dan kepuasan pasien di RS.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Menganalisis pengaruh faktor individu perawat terhadap pelaksanaan supervisi klinis di ruang rawat inap RS.
2. Menganalisis pengaruh faktor organisasi terhadap penilaian pelaksanaan supervisi klinis di ruang rawat inap RS.
3. Menganalisis pengaruh faktor *work characteristic* terhadap penilaian pelaksanaan supervisi klinis di ruang rawat inap RS.
4. Menganalisis keefektifan penerapan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan *caring Swanson* terhadap kejadian tidak diharapkan (*plebitis*) dan kepuasan pasien di RS.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan pengembangan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan *caring* terhadap kejadian tidak diharapkan (*plebitis*) dan kepuasan pasien di RS. Diharapkan penelitian ini dapat memberikan informasi tentang model supervisi klinis yang sesuai untuk diterapkan di ruang rawat inap dalam pencegahan medication eror dan kepuasan pasien. Pengembangan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan *caring* terhadap kejadian tidak diharapkan (*plebitis*) dan kepuasan pasien di RS ini diharapkan bisa memberikan manfaat dan sumbangan pemikiran untuk pengembangan keilmuan manajemen keperawatan.

1.4.2 Manfaat praktis

- 1) Memberikan masukan kepada pihak manajemen pelayanan keperawatan sebagai dasar menetapkan kebijakan terkait pelaksanaan supervisi klinis di ruang rawat inap.
- 2) Memberikan bahan informasi bagi peneliti lain yang berminat untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut terkait penerapan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan *caring* terhadap kejadian tidak diharapkan (*plebitis*) dan kepuasan pasien di RS.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Supervisi

2.1.1 Definisi supervisi

Supervisi berasal dari kata *super* dan *vision*. Super adalah sesuatu yang hebat, sedangkan vision adalah mengamati. Supervisi diartikan sebagai kegiatan mengamati kegiatan orang lain dari sudut pandang seseorang yang posisi atau kedudukannya lebih tinggi (Mulianto dkk, 2007). Supervisi dilakukan oleh atasan kepada bawahan dengan pengamatan langsung dan berkala untuk memberikan petunjuk sebagai penyelesaian masalah. Supervisi memfasilitasi sumber-sumber yang diperlukan pekerja dalam menyelesaikan tugasnya (Swansburg R, 2000).

Supervisi pelayanan keperawatan diartikan sebagai penyediaan pemantauan (*monitoring*), bimbingan, dan umpan balik (*feedback*) tentang masalah-masalah pribadi, profesional, dan perkembangan pendidikan dalam konteks perawatan yang aman bagi pasien (Kilminster, 2000). Supervisi pelayanan keperawatan adalah kolaborasi yang sifatnya formal antara dua orang atau lebih yang difokuskan pada dukungan untuk staf yang disupervisi dalam rangka meningkatkan kesadaran diri dan perkembangan profesionalisme (Lynch et al, 2008). Supervisi pelayanan keperawatan dikatakan sebagai kegiatan dinamis yang bertujuan untuk meningkatkan motivasi dan kepuasan antara dua komponen yang terlibat yaitu supervisor atau pimpinan, orang yang disupervisi sebagai mitra kerja dan pasien sebagai penerima jasa pelayanan keperawatan (Arwani & Supriyanto, 2006).

2.1.2 Tujuan supervisi klinis keperawatan

Tujuan supervisi keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Memperhatikan anggota unit organisasi (Swanburg R, 2000).
- b. Mengusahakan lingkungan dan kondisi kerja seoptimal mungkin termasuk suasana kerja diantara staf, dan memfasilitasi penyediaan alat-alat yang dibutuhkan
- c. Meningkatkan standar klinis dan kualitas perawatan pasien (Butterworth & Woods, 1998)
- d. Mengarahkan dan meningkatkan kepuasan staf (Butterworth & Woods, 1998).

2.1.3 Kompetensi supervisor keperawatan

Supervisor dalam menjalankan tugasnya harus memenuhi beberapa syarat baik secara *administrative* maupun *softskill*. Karakteristik kemampuan yang dimiliki supervisor harus meliputi keterampilan komunikasi dan praktik (Lynch *et al*, 2008). Keterampilan berkomunikasi atau *interpersonal skill* adalah kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Supervisor pun secara klinik harus kompeten. Sering sekali bahan yang dijadikan supervisi itu adalah tindakan keperawatan, sehingga sebagai *role model*, supervisor harus mampu memberikan contoh dan mahir dalam hal praktik keperawatan.

Supervisor secara rinci harus memiliki beberapa kompetensi diantaranya yaitu (Arwani, 2005):

- 1) Memberikan pengarahan yang jelas
- 2) Memberi saran
- 3) Memberikan motivasi
- 4) Memberikan latihan dan bimbingan
- 5) Supervisor harus memiliki kompetensi
- 6) Memberikan penilaian

Kompetensi seorang supervisor dipertegas pula oleh CAMH (*Center of Addition & Mental Health*) bahwa supervisor harus kompeten dalam pengetahuan, keterampilan, nilai, social, pelatihan, dan pengkajian kompetensi *supervisee* (CAMH, 2008). Supervisor dengan pengetahuan baik ialah supervisor yang memahami area yang akan disupervisinya, model apa yang akan diterapkan, teori apa yang melandasi kegiatan supervisinya. Supervisor juga akan senantiasa mempergunakan *evidencebased* sebagai dasar arahan dan bimbingan yang diberikan. Supervisor mampu secara klinik, aktif dalam pengembangan profesi dan pembelajaran, serta memahami etik legas isu area yang disupervisinya. Supervisor secara keterampilan harus menguasai metode supervisi, mampu menjalin hubungan yang baik dengan orang lain, selalu memberikan *feedback* sesuai dengan keperluan pengembangan dan pembelajaran perawat.

2.1.4 Peran supervisi dalam pelayanan keperawatan

Peran seorang supervisor dalam melaksanakan supervisi di pelayanan keperawatan, yaitu:

1. Peranan supervisor dalam keperawatan menitik beratkan kepada perencanaan, pelaksanaan tugas, pelimpahan tanggung jawab, memberi kesempatan pada staf untuk dapat menyelesaikan tugasnya sesuai standar asuhan keperawatan, memberi *support*, mempertahankan kebersamaan.

2. Peranan supervisor adalah koordinator, konsultan, pemimpin kelompok dan evaluator.
3. Secara umum peranan supervisor dalam keperawatan adalah pemimpin, koordinator, pembantu/pelayan, pelatih, pembimbing, evaluator, peneliti dan inspektur (Marquis & Huston, 2010)

2.1.5 Fungsi supervisi pelayanan keperawatan

Fungsi supervisi pelayanan keperawatan menurut Rowe & Haywood (2007), ada empat yaitu fungsi manajemen, pembelajaran dan pengembangan, dukungan, dan negosiasi.

a. Fungsi manajemen (pengelolaan)

Fungsi manajemen dalam supervisi pelayanan keperawatan adalah pengembangan sumber daya manusia melalui pemberian motivasi, mengatasi konflik, pendelegasian, komunikasi, dan memfasilitasi kerjasama staf dengan manajer atau kolega. Penilaian kinerja, pengawasan mutu, pengawasan hukum dan etika juga merupakan fungsi manajemen supervisi pelayanan keperawatan (Marquis & Huston 2010; Swansburg, 2000).

a. Fungsi pembelajaran dan pengembangan

Fungsi ini adalah untuk membantu perawat merefleksikan kinerja mereka, mengidentifikasi kebutuhan belajar dan pengembangan, serta mengembangkan rencana atau mengidentifikasi peluang untuk memenuhi kebutuhan akan belajar dan pengembangan untuk meningkatkan profesionalisme perawat.

b. Fungsi dukungan

Fungsi dukungan berguna untuk perawat dalam melaksanakan perannya. Dukungan dapat diberikan oleh supervisor pada situasi tertentu, kejadian khusus atau masalah pribadi yang mungkin berdampak pada pekerjaan dan kinerja perawat, sehingga dalam pelaksanaan supervisi seorang supervisor bisa memberikan dukungan kepada perawat untuk meningkatkan kinerja perawat (Rowe & Haywood, 2007).

c. Fungsi negosiasi

Fungsi negosiasi adalah untuk meningkatkan efektifitas hubungan antara perawat pelaksana, tim kesehatan lain, organisasi, dan lembaga lain yang bekerja di dalam lingkungan yang sama. Untuk mencapai fungsi negosiasi dapat dilakukan melalui pelaksanaan pengarahan kepada perawat terhadap isu-isu kunci, sensitif terhadap keluhan perawat, melakukan pengarahan kepada perawat terhadap perubahan dan

pengembangan yang mempengaruhi area kerja mereka sehingga perawat bisa bekerja secara optimal (Rowe & Haywood, 2007).

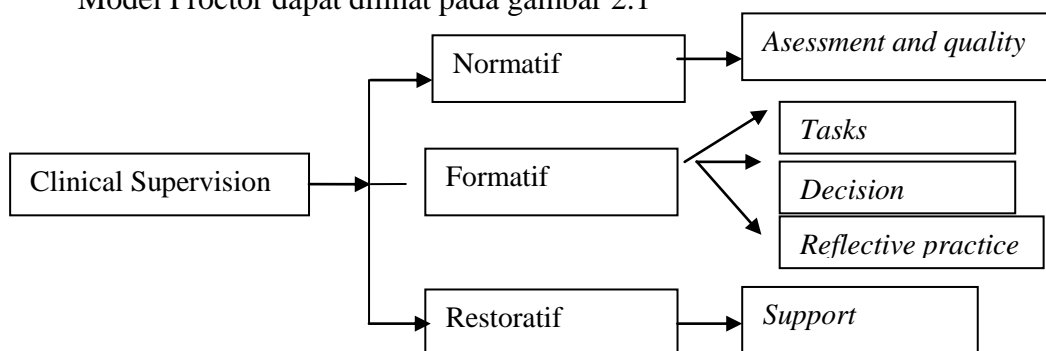
2.1.6 Model supervisi Proctor

1. Model Proctor

Lynch *et al* (2008) menjelaskan bahwa model supervisi Proctor dikembangkan oleh Brigid Proctor (1986), merupakan model yang paling populer dalam supevisi. Adapun manfaat dari implementasi model Proctor, yaitu:

- a. Evaluasi pekerjaan yang sudah dilakukan
- b. Konsistensi dalam menerapkan standar yang ada
- c. Sebagai sarana bertukar pikiran atau pendapat
- d. Peningkatan kualitas pekerja
- e. Mempermudah latihan dalam menghadapi isu-isu yang ada

Model Proctor dapat dilihat pada gambar 2.1



Gambar 2.1 *The Proctor of Supervision*. Sumber Lynch (2008)

Pitman (2011), Allen & Armored (2010) dan penelitian yang dilakukan oleh Brunero dan Panbury (2008), hasil akhir dari kegiatan supervisi dikategorikan menjadi tiga komponen sesuai dengan model Proctor, yaitu:

a. Komponen normatif

Komponen normatif atau managerial adalah mempromosikan dan mematuhi kebijakan dan prosedur, pengembangan standar, dan memberikan kontribusi ke unit klinis. Komponen ini dapat diberikan apabila supervisor memiliki persepsi positif untuk perawat pelaksana yang disupervisi. Komponen ini berfokus dalam mempertahankan kinerja perawat pelaksana yang baik dengan cara menciptakan lingkungan kerja yang kondusif, membuat suatu perencanaan, mengidentifikasi kebutuhan dan permasalahan yang dibutuhkan untuk memberikan dukungan kerja yang lebih lanjut, menciptakan keselamatan pasien, mempertahankan standar yang ada, dan memberikan kepercayaan

kepada perawat pelaksana sehingga hal tersebut dapat meningkatkan profesionalisme dan menciptakan kualitas pelayanan yang bermutu.

b. Komponen formatif

Komponen ini berfokus pada pengembangan pengetahuan dan keterampilan perawat pelaksana sehingga memungkinkan prawat pelaksana bekerja sesuai dengan standar yang berlaku sebagai aspek tanggung jawab dalam melakukan praktek. Kondisi ini dapat dicapai melalui refleksi pada praktek yang sudah dilakukan dengan mendukung dan menciptakan lingkungan yang kondusif. Hal ini merupakan tanggung jawab bersama dari supervisor dan perawat pelaksana yang disupervisi. Adapun tugas dari supervisor dalam komponen ini antara lain:

1. memberikan kritik konstruktif
2. memberikan tantangan dalam praktek apabila diperlukan
3. memonitor kepatuhan perawat terhadap kode etik dan standar yang berlaku
4. memberikan umpan balik yang jujur
5. mengevaluasi efektivitas kegiatan supervisi, serta mengidentifikasi pemecahan masalah yang diperlukan.

c. Komponen restoratif

Komponen ini disebut juga *pastoral support*, memungkinkan staf untuk mengerti dan mengelola stres emosional dalam melaksanakan praktek keperawatan. Komponen restoratif berfokus dalam memberikan rasa aman bagi perawat pelaksana untuk terbuka mengungkapkan perasaan dan permasalahan yang dihadapi, pengalaman dan praktik dalam pembelajaran, mengatasi konflik, pemberian dukungan pada staf, proses interaksi, serta meningkatkan kesadaran diri. Adapun tugas supervisor dalam hal ini adalah memberikan dukungan atau motivasi, membantu perawat pelaksana untuk berinteraksi, memonitoring reaksi atau respon terhadap materi yang dibawa oleh supervisor, meningkatkan pengalaman dan pengembangan, dan meningkatkan kesadaran diri.

2. Supervisi Model Reflektif

Supervisi klinis dengan model reflektif lebih tepat untuk praktek keperawatan profesional. Kebutuhan perawat untuk memenuhi merawat pasien membutuhkan praktek profesional dan sesuai dengan kebijakan organisasi dan prosedur. Praktik refleksi mengharuskan perawat belajar dari refleksi, memperbaiki pandangan konseptual secara tepat dan bertindak secara berbeda untuk hasil yang optimal (Daly,

2004 dalam Lynch, Hancox, Happel, & Parker, 2008). Perawat dan supervisor harus belajar bagaimana untuk merefleksikan tujuan keterampilan. Supervisi model reflektif merupakan cara yang sangat interaktif dan aktif dalam belajar (Daly, 2004 dalam Lynch, Hancox, Happel, & Parker, 2008).

Pendekatan reflektif untuk supervisi klinis memberikan pemahaman dan pengertian dalam melihat praktik yang mendukung dan memfasilitasi supervisor klinis. Model reflektif tetap relevan bahkan sampai saat ini (Benner, 1984; Atkins & Murphy, 1993, 1997). Pada dasarnya reflektif merupakan dukungan bagi perawat untuk lebih memahami praktik keperawatan dan bagaimana hal ini mempengaruhi kepribadian perawat. Informasi yang diterima perawat saat disupervisi memberikan pengetahuan yang kemudian mengarah pada pemahaman yang lebih baik dan perubahan sikap sehingga memungkinkan perawat untuk mengembangkan dan mengubah perilaku dengan adanya pendekatan pengetahuan.

Ada karakteristik penting bagi pengembangan praktik yang efektif. Discroll (2000) menggambarkan supervisi klinis sebagai proses refleksi yang dibimbing oleh supervisor untuk membantu perawat yang disupervisi. Discroll mempunyai tiga komponen yaitu menjelaskan, analisis dan selanjutnya untuk perubahan masing-masing komponen mengidentifikasi tahapan yang berbeda. Dalam proses siklus reflektif dan gerakan melalui setiap tahap dalam model ini didukung dengan penggunaan pertanyaan pemicu yang disupervisi melalui proses refleksi yang aktif. Supervisor dan perawat yang disupervisi akan membahas bagaimana perawat yang disupervisi tersebut terhadap tindakan dan apa yang telah dipelajari saat supervisi. Pada tahapan supervisor dan perawat yang disupervisi akan meninjau dan membahas pengetahuan. Perawat yang disupervisi diharuskan untuk fokus pada sebuah peristiwa (keselamatan perawat).

Supervisi model reflektif dimana tujuan dari supervisi untuk memfasilitasi supervisee (perawat pelaksana), membangun hubungan interpersonal dan profesional, meningkatkan kompetensi dan tanggungjawab, pemberian dukungan dan konseling (Bradley & Kottler, 2001). Supervisi dalam perawatan akan memberikan dampak positif untuk kualitas pelayanan berupa diskusi klinis, dukungan emosional dan pengembangan profesional antara supervisor dan supervisee untuk mengeksplorasi kemampuan perawat yang disupervisi, pengembangan keterampilan, membantu dengan dukungan terhadap stress yang dialami oleh perawat yang disupervisi (Karvinen & Hyrkas, 2008).

Menggunakan sebuah model supervisi untuk memahami proses dan fenomena untuk pelayanan yang lebih baik (Benard & Goodyear, 2009). Pelaksanaan supervisi reflektif merupakan supervisi yang ilmiah dari peristiwa, situasi, kondisi dan tindakan yang terjadi ditempat kerja. Ada alasan-alasan penting dari penggunaan yaitu antara lain karena merupakan kunci keterampilan dari perawat, masih dapat digunakan perawat untuk menyusun dampak perawatan setiap harinya, reflektif masih dapat didefinisikan sebagai proses ilmiah dari suatu peristiwa, situasi dan kejadian di tempat pekerjaan, model supervisi reflektif dapat digunakan perawat pada praktek klinis secara individu dan kelompok (Oelofsen & Natus, 2012). Atkins & Murphy (1993) menyatakan berbagai keterampilan yang dibutuhkan untuk berfikir reflektif berupa, *self awarness*, menjelaskan, analisis kritis, mensintesis dan evaluasi. Berfikir secara reflektif seringkali dihubungkan dengan berfikir kritis yang merupakan diskusi untuk proses pembelajaran dalam meningkatkan dan mengembangkan filosofi profesional yang dapat digunakan oleh perawat pendidik (Brown, Susan, Gillis, & Marybeth, 1999). Dengan menggunakan reflektif dapat meningkatkan tanggungjawab , kemampuan memahami seseorang lebih baik dan mengenali keterbatasan untuk pengembangan praktik keperawatan yang dilakukan (Rowland & Sophie, 2006). Menggunakan model reflektif untuk supervisi klinis praktik refleksi pada pada keperawatan profesional. Kebutuhan perawat untuk memenuhi merawat pasien membutuhkan praktek profesional dan sesuai dengan kebijakan organisasi dan prosedur (Lynch, 2008).

2.2 Konsep Caring Swanson

2.2.1 Pengertian Caring Menurut Swanson

Swanson (1991) menjelaskan *middle range theory of caring*. *Caring* didefinisikan sebagai '*a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility*'. Kata kunci dari definisi tersebut adalah memberikan asuhan keperawatan yang bernilai kepada klien dengan penuh rasa komitmen dan tanggung jawab.

Swanson mampu memahami ruang lingkup *caring* secara keseluruhan dan pada saat yang sama menguraikan dimensi spesifik dari apa yang diperlukan seorang perawat untuk merawat pasien. Salah satu hal paling penting yang memberikan kontribusi pada teori keperawatan dalam hal ini, yaitu argumen bahwa pasien seharusnya tidak hanya dilihat sebagai individu yang terpisah, melainkan sebagai

manusia seutuhnya, yang saat ia menulis "berada di tengah-tengah dan yang menjadi keutuhan dibuat nyata dalam pikiran, perasaan dan perilaku "(Swanson, 1993). Hal yang menarik tentang pengertian pasien ini adalah bahwa Swanson selalu menempatkan peran perawat dalam proses *becoming* tersebut. Jadi dalam aspek kesehatan *becoming* tersebut, perawat tidak hanya menjadi dispenser pengobatan medis, tetapi juga merupakan mitra dalam membantu pasien lebih dekat dengan tujuannya (*well-being*).

Teori caring Swanson menyajikan permulaan yang baik untuk memahami kebiasaan dan proses karakteristik pelayanan. Teori caring Swanson menjelaskan tentang proses caring yang terdiri dari bagaimana perawat mengerti kejadian yang berarti di dalam hidup seseorang, hadir secara emosional, melakukan suatu hal kepada orang lain sama seperti melakukan terhadap diri sendiri, memberi informasi dan memudahkan jalan seseorang dalam menjalani transisi kehidupan serta menaruh kepercayaan seseorang dalam menjalani hidupnya.

2.2.2 Struktur Caring Swanson

Asumsi dasar dari teori ini ditemukan dalam gagasan *caring* yang dijelaskan Swanson. Menurut Swanson, *caring* adalah proses multifaset yang terus ada dalam dinamika hubungan pasien-perawat. Ada yang melihat proses ini sebagai hubungan yang linear, namun juga harus dianggap sebagai hubungan siklik, dan proses yang terjadi harus selalu diperbarui karena peran perawat untuk membantu klien mencapai kesehatan dan kesejahteraan.

Secara umum, proses yang terjadi sebagai berikut, pertama perawat membantu klien mempertahankan keyakinannya, yang berarti bahwa perawat mendorong pasien dan membantu untuk memperkuat harapan mereka mengatasi kesulitan saat ini. Hal ini sangat penting terutama dalam kasus di mana pasien menghadapi penyakit yang mengancam nyawa seperti kanker, atau peristiwa yang sangat traumatis seperti keguguran (Swanson & Wojnar, 2004).

Sebagai pelengkap dan langkah berikutnya dalam proses untuk mempertahankan keyakinan, adalah "*knowing*". Dalam proses "*knowing*", perawat berusaha untuk memahami apa arti situasi yang terjadi saat ini bagi pasien, hal ini muncul dalam bentuk latihan sebagai seorang perawat, yang menciptakan seseorang dengan rasa tertentu bagaimana kondisi fisik dan psikologis dapat mempengaruhi seseorang secara keseluruhan. Dengan mengetahui apa yang dialami pasien, perawat

kemudian dapat melanjutkan proses "*do for*", ada untuk memberikan tindakan terapi dan intervensi bagi pasien. Proses "*do for*", diikuti dengan proses "*enabling*" yang memungkinkan pasien untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraannya.

2.2.3 Dimensi *Caring* Menurut Kristen Swanson

Menurut Swanson ada lima dimensi yang mendasari konsep *Caring* antara lain :

A. *Maintaining Belief*

Menumbuhkan keyakinan seseorang dalam melalui setiap peristiwa hidup dan masa-masa transisi dalam hidupnya serta menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, meyakini kemampuan orang lain, menumbuhkan sikap optimis, membantu menemukan arti atau mengambil hikmah dari setiap peristiwa, dan selalu ada untuk orang lain dalam situasi apa pun. Tujuannya adalah untuk memungkinkan orang lain terbantu dalam batas-batas kehidupannya sehingga mampu menemukan makna dan mempertahankan sikap yang penuh harapan. Memelihara dan mempertahankan keyakinan nilai hidup seseorang adalah dasar dari *caring* dalam praktek keperawatan.

Subdimensi:

A. *Believing in*

Perawat menanggapi apa yang klien rasakan dan percaya bahwa perasaan – perasaan tersebut bisa terjadi dan wajar terjadi pada siapapun yang sedang dalam masa transisi.

B. *Knowing*

Knowing adalah berjuang untuk memahami peristiwa yang memiliki makna dalam kehidupan klien. Mempertahankan kepercayaan adalah dasar dari *caring* keperawatan, *knowing* adalah memahami pengalaman hidup klien dengan mengesampingkan asumsi perawat mengetahui kebutuhan klien, menggali/menyelani informasi klien secara detail, sensitive terhadap petunjuk verbal dan non verbal, fokus kepada satu tujuan keperawatan, serta melibatkan orang yang memberi asuhan dan orang yang diberi asuhan dan menyamakan persepsi antara perawat dan klien. *Knowing* adalah penghubung dari keyakinan keperawatan terhadap realita kehidupan.

C. *Being With*

Being with maksudnya tidak hanya hadir secara fisik, tetapi juga komunikasi, berbagi perasaan tanpa beban dan secara emosional bersama – sama

klien dengan maksud menawarkan kepada klien dukungan, kenyamanan, pemantauan dan mengurangi intensitas perasaan yang tidak diinginkan.

D. *Doing For*

Doing for berarti bersama – sama melakukan sesuatu tindakan yang bisa dilakukan, mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, kenyamanan, menjaga privasi dan martabat klien.

E. *Enablings*

Enabling adalah memampukan atau memberdayakan klien, memfasilitasi klien untuk melewati masa transisi dalam hidupnya dan melewati setiap peristiwa dalam hidupnya yang belum pernah dialami dengan memberi informasi, menjelaskan, mendukung dengan focus masalah yang relevan, berfikir melalui masalah dan menghasilkan alternative pemecahan masalah sehingga meningkatkan penyembuhan klien atau klien mampu melakukan tindakan yang tidak biasa dia lakukan dengan cara memberikan dukungan, memvalidasi perasaan dan memberikan umpan balik / *feedback*.

- a. Pasien dengan kondisi lainnya seperti kerusakan ginjal, hamil
- b. Pasien yang tidak bisa berkomunikasi secara baik
- c. Pasien yang berobat dengan lebih dari 1 dokter.
- d. Pasien yang tidak ikut berperan aktif dalam pengobatannya
- e. Bayi dan anak- anak (diperlukan penghitungan dosis)

2. Faktor tenaga kesehatan

- a. Kurang pengalaman
- b. Tergesa- gesa
- c. Mengerjakan dua hal dalam waktu yang bersamaan
- d. Gangguan
- e. Kelelahan sehingga lalai dalam pengecekan kembali
- f. Tidak memiliki kebiasaan cek dan pengecekan kembali
- g. Kerjasama tim yang buruk dan atau buruknya komunikasi antar teman kerja.
- h. Malas mengingat

3. Faktor tempat kerja

- a. Tidak adanya budaya keamanan kerja di tempat kerja contohnya buruknya sistem pelaporan dan kegagalan yang mempelajari kesalahan yang pernah terjadi atau kejadian yang merugikan pasien.

- b. Tidak adanya keinginan staf untuk menggunakan daya ingat
- c. Jumlah staf yang tidak mencukupi.

4. Faktor obat

- a. Obat yang bentuknya sama dan terdengar sama contoh: amoxicillin (antibiotic), aminophylline (bronchodilator), ampicillin (antibiotic).
- b. Pelabelan yang rancu contoh: atrophine sulphat, 0,5 mg, po ;atrophine sulphat, 0,5%, ed.

2.3 Phlebitis

2.3.1 Pengertian

Plebitis merupakan salah satu komplikasi dari pemberian therapy intra vena. Komplikasi dari pemberian therapy intravena bisa bersifat sistemik dan lokal. Komplikasi sistemik lebih jarang terjadi, tetapi seringkali lebih serius dibanding komplikasi lokal, seperti septikemia, reaksi alergi, overload sirkulasi dan emboli udara. Komplikasi lokal selain phlebitis antara lain infiltrasi, trombophlebitis, hematoma, iritasi vena, trombosis, occlusion, spasme vena, reaksi vasovagal, dan kerusakan saraf, tendon, ligamen (Potter dan Perry, 2005).

Phlebitis merupakan inflamasi vena yang disebabkan oleh iritasi kimia maupun mekanik. Hal ini ditunjukkan dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena. Insiden plebitis meningkat sesuai dengan lamanya pemasangan jalur intravena. Komplikasi cairan atau obat yang diinfuskan (terutama PH dan tonisitasnya), ukuran dan tempat kanula dimasukkan. Pemasangan jalur intravena yang tidak sesuai, dan masuknya mikroorganisme pada saat penusukan (Brunner dan Sudarth, 2003).

Infusion Nursing Society (INS 2010), phlebitis merupakan peradangan pada tunika intima pembuluh darah vena, yang sering dilaporkan sebagai komplikasi pemberian terapi infus. Peradangan didapatkan dari mekanisme iritasi yang terjadi pada endothelium tunika intima vena, dan perlekatan trombosit pada area tersebut. Phlebitis adalah komplikasi dari pemberian therapy intra vena, yang disebabkan oleh iritasi kimia, mekanik maupun bakteri dan post infus. Phlebitis ditandai dengan adanya satu atau lebih dari tanda-tanda phlebitis yaitu daerah yang merah, nyeri, indurasi, teraba hangat atau panas, dan pembengkakan

didaerah penusukan. Peradangan phlebitis didapatkan dari mekanisme iritasi yang terjadi pada endothelium tunika intima vena dan perlekatan trombosit pada area tersebut.

2.3.2 Klasifikasi Phlebitis

Pengklasifikasian phlebitis didasarkan pada faktor penyebabnya. Ada empat kategori penyebab terjadinya phlebitis yaitu kimia, mekanik, agen infeksi, dan post infus (INS, 2006).

a. Phlebitis kimia (*Chemical Phlebitis*) Kejadian phlebitis ini dihubungkan dengan bentuk respon yang terjadi pada tunika intima vena dengan bahan kimia yang menyebabkan reaksi peradangan. Reaksi peradangan dapat terjadi akibat dari jenis cairan yang diberikan atau bahan material kateter yang digunakan.

b. Phlebitis Mekanik (*Mechanical Phlebitis*). Phlebitis mekanikal sering dihubungkan dengan pemasangan atau penempatan kateter intravena. Penempatan kateter pada area fleksi

lebih sering menimbulkan kejadian phlebitis saat ekstremitas digerakkan kateter yang terpasang ikut bergerak dan menyebabkan trauma pada dinding vena. Penggunaan ukuran kateter yang besar pada vena yang kecil juga dapat mengiritasi dinding vena (*The Centers for Disease Control and Prevention, 2006*).

c. Phlebitis Bakteri (*Bacterial Phlebitis*)

Phlebitis bacterial adalah peradangan vena yang berhubungan dengan adanya kolonisasi bakteri.

Adanya bakterial phlebitis bisa menjadi masalah yang serius sebagai predisposisi komplikasi sistemik yaitu septicemia. Faktor-faktor yang berperan dalam kejadian phlebitis bakteri antara lain :

- 1) Teknik cuci tangan yang tidak baik.
- 2) Teknik aseptik yang kurang pada saat penusukan.
- 3) Teknik pemasangan kateter yang buruk.
- 4) Pemasangan yang terlalu lama.
- 5) Kegagalan memeriksa peralatan yang rusak, pembungkus yang bocor atau robek dapat mengandung bakteri.
- 6) Tempat penyuntikan yang jarang diinspeksi visual (INS, 2010)

d. *Post Infus Phlebitis*

Phlebitis post infus juga sering dilaporkan terjadiannya sebagai akibat

pemasangan infus. Phlebitis post infus adalah peradangan pada vena yang didapatkan 48 – 96 jam setelah pelepasan infus. Faktor yang berperan dengan kejadian phlebitis post infus, antara lain :

- 1) Teknik pemasangan catheter yang tidak baik.
- 2) Pada pasien dengan retardasi mental.
- 3) Kondisi vena yang tidak baik.
- 4) Pemberian cairan yang hipertonic atau terlalu asam.
- 5) Ukuran catheter terlalu besar pada vena yang kecil.

2.3.3 Tindakan Pencegahan Phlebitis

Banyak hal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya phlebitis yang telah disepakati oleh para ahli, antara lain ;

a. Mencegah phlebitis bakteri.

Pedoman yang dianjurkan adalah menekankan pada kebersihan tangan, teknik aseptik, perawatan daerah infus serta antisepsis kulit. Untuk pemilihan larutan antisepsis, *The Center for Disease Control(CDC)* merekomendasikan penggunaan chlorhexedine 2 %, akan tetapi penggunaan tincture yodium, iodoform atau alcohol 70 % bisa digunakan.

b. Selalu waspada dan tindakan aseptik.

Selalu berprinsip aseptik setiap tindakan yang memberikan manipulasi pada daerah infus. Studi melaporkan *Stopcock* (yang digunakan sebagai jalan pemberian obat, pemberian cairan infus atau pengambilan sampel darah merupakan jalan masuk kuman).

c. Rotasi catheter.

May dkk (2005), melaporkan hasil pemberian *Perifer Parenteral Nutrition (PPN)*, di mana mengganti tempat (rotasi) kanula ke lengan kontralateral setiap hari pada 15 pasien menyebabkan bebas flebitis. Namun, dalam uji kontrol acak yang dipublikasi baru-baru ini oleh

Webster dkk disimpulkan bahwa intravena kateter bisa dibiarkan aman di tempatnya lebih dari 72 jam jika tidak ada kontraindikasi. *The Centers for Disease Control and Prevention* menganjurkan penggantian kateter setiap 72-96 jam untuk membatasi potensi infeksi.

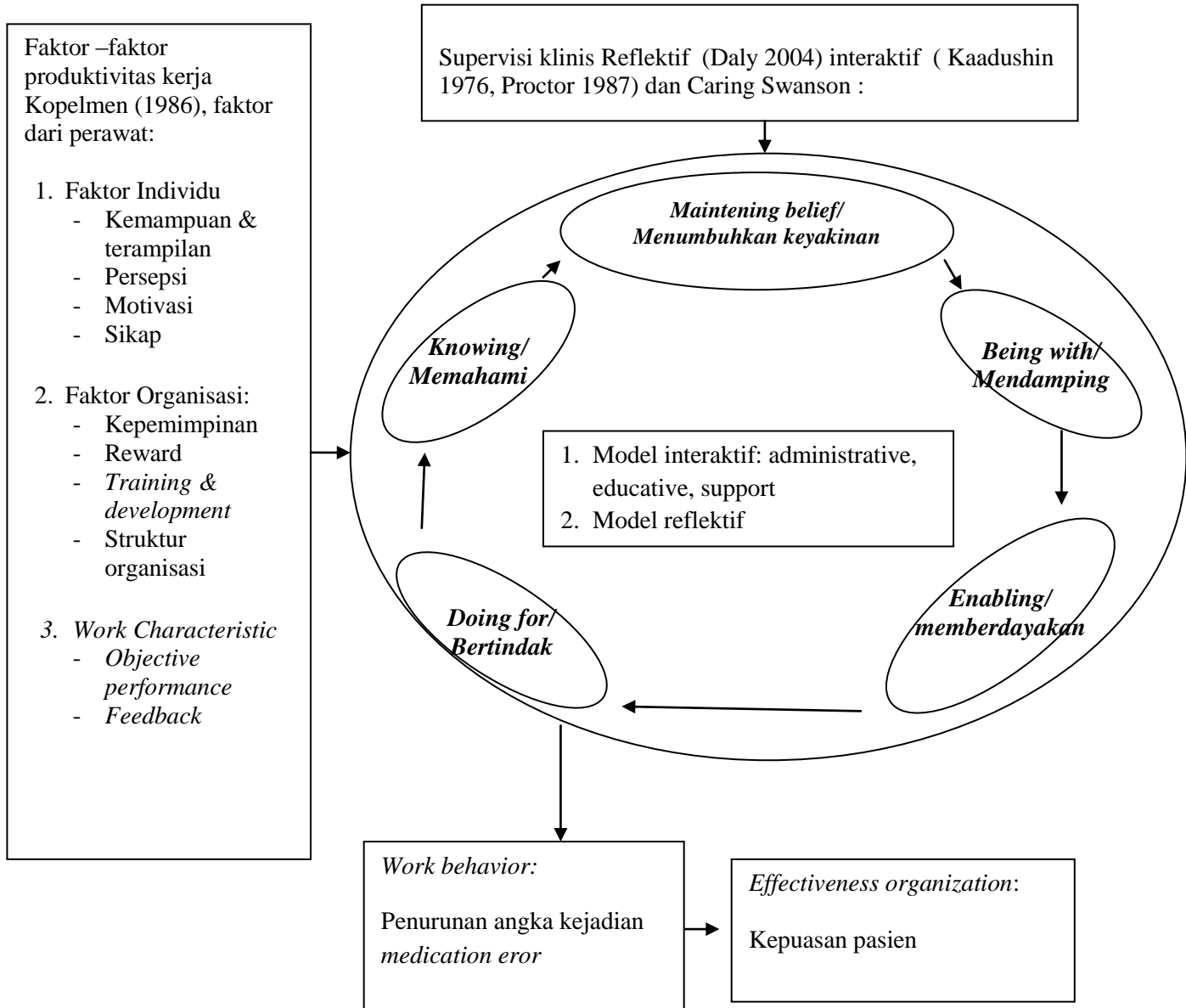
d. Aseptic dressing

Dianjurkan *aseptic dressing* untuk mencegah phlebitis dengan penggantian kasa steril diatas tempat penusukan setiap 24 jam.

e. Kecepatan pemberian infus

Para ahli sepakat bahwa makin lambat infus larutan hipertonik diberikan makin rendah risiko flebitis. Namun, ada paradigma berbeda untuk pemberian infus obat injeksi dengan osmolaritas tinggi. Osmolaritas boleh mencapai 1000 mOsm/L jika durasi hanya beberapa jam. Durasi sebaiknya kurang dari tiga jam untuk mengurangi waktu kontak campuran yang iritatif dengan dinding vena. Ini membutuhkan kecepatan pemberian tinggi (150 – 330 mL/jam). Vena perifer yang paling besar dan kateter yang sekecil dan sependek mungkin dianjurkan untuk mencapai laju infus yang diinginkan, dengan filter 0.45 mm. Katheter harus diangkat bila terlihat tanda dini nyeri atau kemerahan.

2.4 Kerangka Konseptual



Keterangan:

= Diteliti

= Tidak diteliti

Gambar 2.4 Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan *Caring Swanson* terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (*plebitis*) di RS

Berdasarkan landasan konseptual pada Gambar 2.5 produktifitas kerja menurut (Kopelmen, 1986) ada tiga faktor yang berpengaruh terhadap produktifitas kerja seseorang dalam sebuah organisasi yaitu: 1) faktor individu, 2) faktor organisasi, 3) faktor *work characteristic*. Ketiga faktor di atas akan mempengaruhi penilaian perawat terhadap pelaksanaan kegiatan supervisi yang dilakukan supervisor. Kegiatan supervisi klinis merupakan upaya dari organisasi untuk menciptakan *work behaviour* dengan tujuan menghasilkan *job performance* perawat pelaksana untuk pencegahan *plebitis*.

Supervisi klinis yang dilakukan dengan baik akan memberi dampak peningkatan kualitas asuhan keperawatan (Hyrkas, 2002). Dalam penelitian ini supervisi klinis dikembangkan berdasarkan tiga domain supervisi klinis model Reflektif Interaktif dan caring. Supervisi klinis model Reflektif interaktif merupakan model yang diadopsi oleh sebagian besar praktik keperawatan yang terbukti efektif untuk strategi implementasi dan evaluasi yang memberikan keberhasilan dalam proses supervisi. Dalam teori supervisi klinis reflektif interaktif .Aplikasi teori Kopelman yang terdiri dari faktor individu, organisasi, *work characteristic* untuk mendukung penerapan model supervisi klinis berbasis teori Reflektif interaktif dan caring dari swanson yang terdiri dari 5 fase (*maintenance believe, knowing, being with, doing for, enabling*) yang dilakukan secara konsisten diharapkan bisa memberi kontribusi dalam pencegahan kejadian tidak di inginkan (*medication error*) dan meningkatkan kepuasan pasien di RS.

2.6 Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh faktor individu perawat terhadap pelaksanaan supervisi klinis di RS.
2. Ada pengaruh faktor organisasi terhadap pelaksanaan supervisi klinis di RS.
3. Ada pengaruh faktor *work characteristic* terhadap pelaksanaan supervisi klinis di RS.
4. Ada pengaruh model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan *caring Swanson* terhadap kejadian tidak diharapkan (*plebitis*) di RS.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian yang terdiri dari dua tahap. Tahap pertama yaitu eksplanasi survey dan tahap kedua adalah pre-eksperimen. Langkah-langkah mulai dari desain penelitian, populasi, sampel, tehnik sampling akan dijelaskan pada sub-bab 3.1 dan 3.2.

3.1 Penelitian Tahap Pertama

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian tahap pertama yaitu menggunakan explanasi survey dimana penelitian ini dilakukan untuk menemukan suatu kejadian atau gejala yang terjadi dengan hasil akhir adalah gambaran mengenai hubungan sebab akibat variabel bebas dan variabel terikat (Sugiyono, 2006). Penelitian ini menggali gap antara temuan / fakta di lapangan terkait *patient safety* salah satunya yaitu upaya pencegahan kejadian ulcus decubitus berkenaan dengan penerapan model supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan caring terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) *phlebitis* di RS.

Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional* karena variabel bebas dan variabel terikat diamati secara bersamaan (variabel sebab dan akibat yang terjadi pada subyek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu bersamaan) (Sugiyono, 2006). Pada penelitian ini pendekatan *cross sectional* dilaksanakan dengan studi dokumentasi maupun pengumpulan data kepada sampel penelitian. Pada penelitian ini digali:

- 1) Faktor–faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *patient safety*: Faktor individu, faktor organisasi, dan faktor manajemen.
- 2) Pelaksanaan *patient safety* khususnya medication eror di ruang rawat inap rumah sakit.
- 3) Kejadian *plebitis* di ruang rawat inap.

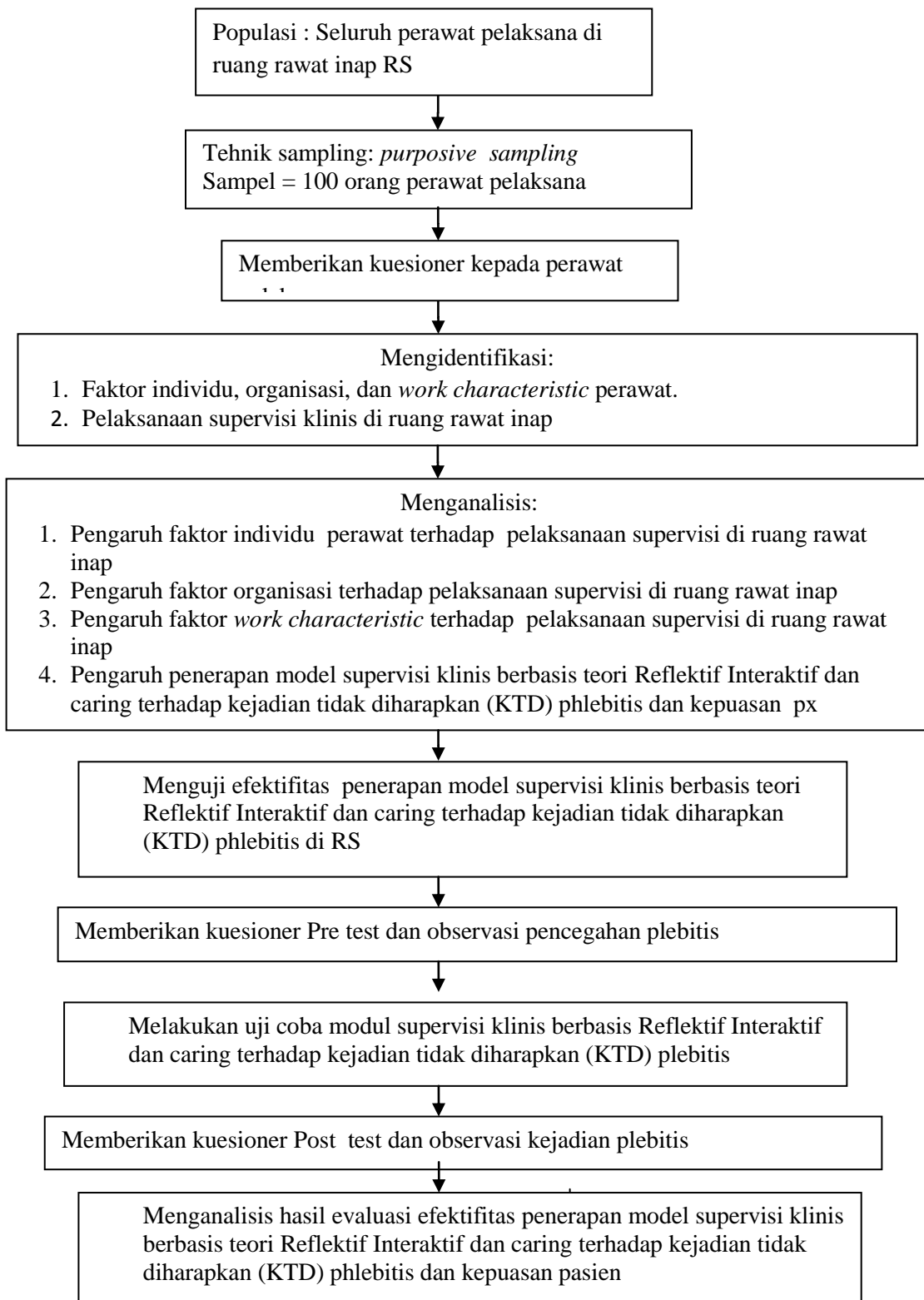
3.1.2 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi merupakan keseluruhan dari karakteristik atau unit hasil pengukuran yang menjadi obyek penelitian (Sugiyono, 2007). Populasi dalam penelitian ini pada tahap *cross sectional* yaitu dengan memberikan kuesioner penelitian kepada seluruh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RS untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *patient safety* khususnya untuk ulcus decubitus. Kriteria *sampling* untuk perawat dipilih dengan tehnik *purposive sampling*.

Kriteria inklusi dan eksklusi untuk perawat pada tahap *cross sectional* dengan pemberian kuesioner, yaitu:

- Kriteria inklusi:
- a. Minimal pendidikan perawat DIII keperawatan
 - b. Minimal masa kerja perawat di ruang rawat inap 2 tahun
 - c. Perawat bersedia menjadi responden penelitian
 - d. Perawat tidak sedang dalam masa cuti atau libur.
- Kriteria eksklusi:
- a. Perawat menolak menjadi responden penelitian
 - b. Perawat yang sedang menjalani masa cuti dan libur

3.1.3 Kerangka Kerja Operasional



3.1 Kerangka Operasional Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) *phlebitis* di RS.

3.1.4 Variabel dan Definisi Operasional

Variabel dalam penelitian ini adalah pencegahan kejadian tidak di harapkan (KTD) phlebitis berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring *Swanson*.

Tabel 3.1 Variabel penelitian Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring *Swanson* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) *Medication Error* dan Kepuasan Pasien di RS

Variabel	Sub variabel
Independen:	X1 = Faktor individu
Penerapan model supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan Caring <i>Swanson</i>	X2 = Faktor organisasi X3 = Faktor <i>work characteristic</i> X4 = Pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan Caring <i>Swanson</i>

3.1.5 Definisi Operasional

Definisi operasional dirumuskan untuk kepentingan akurasi, komunikasi dan replikasi. Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Nursalam,2013).

Tabel 3.2 Definisi operasional Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring *Swanson* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) *phlebitis* di RS

Variabel	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
X1: Faktor Individu	X1.1 Kemampuan dan keterampilan	Kapasitas seorang individu baik berfikir maupun tindakan untuk mampu dalam melakukan kegiatan supervisi klinis	1. Tujuan supervisi 2. Perencanaan supervisi 3. Implementasi supervisi 4. Evaluasi supervisi 5. Dokumentasi	Kuesioner	Ordinal	Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)

			supervisi			
	X1.2 Karakteristik psikologis	Gabungan keseluruhan sifat- sifat yang dimiliki oleh individu yang terlihat dalam tindakan / perilaku sehari-hari.	1. Persepsi 2. Motivasi 3. Sikap	Kuesioner	Ordin al	Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)
X2. Faktor Organisasi	X2.1 <i>Reward</i>	Keuntungan yang diperoleh dari rumah sakit terhadap pelaksanaan tugas	1. Gaji/upah 2. Penghargaan	Kuesioner	Ordin al	Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)
	X2.3 <i>Training dan Development</i>	Upaya organisasi untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan staf terkait supervisi klinis	1. Ada system perencanaan dan pengelolaan SDM 2. Dukungan jenjang karir 3. Kesempatan menunjukkan kemampuan	Kuesioner	Ordin al	Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)
	X2.4 Kepemimpin an	Proses mempengaruhi atau memberi contoh oleh pemimpin kepada pengikutnya dalam upaya untuk mencapai tujuan organisasi	1. Gaya kepemimpina n 2. Gaya komunikasi 3. Cara pengambilan keputusan 4. Penjelasan tugas	Kuesioner	nomin al	transaksional transformasional

	X2.5 Struktur organisasi	Susunan dan sistem nilai yang di anut dan dipercayai oleh organisasi dan menunjukkan persepsi bersama yang di anut oleh anggota organisasi	1. Struktur organisasi 2. Sistem komunikasi 3. Tanggung jawab 4. Kerjasama tim	Kuesioner	Ordinal	Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)
X3. Work Characteristic	X3.1 Desain pekerjaan	Proses penentuan tugas-tugas, metode-metode yang akan digunakan, dan bagaimana pekerjaan tersebut dilaksanakan dalam sebuah organisasi	1. Tugas dan tanggung jawab 2. Monitor & evaluasi 3. SOP	Kuesioner	Ordinal	Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)
	X3.2 <i>Feedback</i>	Respon yang diberikan oleh organisasi kepada staf atas pekerjaan yang sudah dilaksanakan.	1. Penilaian 2. Pengawasan	Kuesioner	Ordinal	Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)
Y1: Penilaian pelaksanaan supervisi	Y1.1 Aspek Normatif	Tanggapan yang diberikan oleh perawat terhadap supervisi yang dilakukan oleh supervisor terkait dengan pengembangan profesionalisme	1. Menerapkan hubungan caring dalam aspek normatif (fase orientasi, identifikasi, eksplorasi,	Kuesioner	Ordinal	Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)

		<p>dan mempertahankan kinerja supervisee dengan menerapkan hubungan caring</p>	<p>resolusi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menciptakan lingkungan kerja yang kondusif 3. Membuat perencanaan 4. Identifikasi kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi supervisee 5. Mempertahankan standar 6. Memberi kepercayaan kepada supervisee 7. Meningkatkan profesionalisme 			
	Y1.2 Aspek Formatif	<p>Tanggapan yang diberikan oleh perawat terhadap supervisi yang dilakukan oleh supervisor terkait dengan pemberian pengetahuan dan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menerapkan hubungan caring dalam aspek formatif (fase orientasi, identifikasi, 	Kuesioner	Ordinal	<p>Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)</p>

		keterampilan <i>supervisee</i>	eksplorasi, resolusi) 2. Memberi pengetahuan dan keterampilan 3. Memberi kritik yang konstruktif 4. Memberi umpan balik 5. Mengevaluasi kegiatan supervisi 6. Mengidentifikasi pemecahan masalah			
	Y1.3 Aspek Suportif	Tanggapan yang diberikan oleh perawat terhadap supervisi yang dilakukan oleh supervisor terkait dengan kemampuan supervisor memberi rasa aman bagi staf untuk terbuka dalam mengungkapkan	1. Menerapkan hubungan caring 2. Memberi dukungan/motivasi 3. Meningkatkan kesadaran diri staf 4. Monitor reaksi 5. Meningkatkan	Kuesioner	Ordinal	Baik(>75%) Cukup(60%-75%) Kurang(<60%)

		<p>masalah & permasalahan yang dihadapi, mencegah stress, menghadapi konflik, memberi dukungan, dan meningkatkan kesadaran diri staf</p>	<p>pengembangan diri staf</p>			
--	--	--	-------------------------------	--	--	--

3.1.6 Instrumen Penelitian

1) Instrumen A merupakan kuisisioner faktor perawat pelaksana

Instrumen untuk mencari faktor dari perawat pelaksana yang mempengaruhi penilaian perawat dalam pelaksanaan kegiatan supervisi klinis yaitu: Faktor individu (X1), faktor organisasi (X2), dan *work characteristic* (X3). Kuesioner ini dikembangkan dari teori produktifitas kopelmen (1986) dalam (Nursalam, 2014) dan dimodifikasi dari Robbins dan Judge (2008) tentang budaya organisasi dan motivasi serta gaya kepemimpinan. Kuesioner ini diisi oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap RS.

Kuesioner yang digunakan untuk mendapatkan data sub variabel kemampuan dan keterampilan menggunakan *multiple choice* dengan skor 1=benar dan 0=salah, untuk pengelompokan data digunakan *range* :

Baik = 76 -100 %, cukup = 75 -60%, kurang = < 60%. Kuesioner yang digunakan untuk mendapatkan sub variabel faktor individu, faktor organisasi, *work characteristic* menggunakan skala likert dengan kategori: pilihan jawaban 1= sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = setuju, 4 = sangat setuju.

1) Instrumen B merupakan kuisisioner penilaian perawat terhadap pelaksanaan supervisi klinis yang dilakukan oleh supervisor.

Instrumen untuk mengetahui pelaksanaan kegiatan supervisi klinis. Kuesioner ini dikembangkan dari teori supervisi model interaktif reflektif yaitu administrative, educative, suport dan reflektif, serta penerapan caring dari teori Swanson yang terdiri dari 5 tahapan (*maintenance believe, knowing, being with, doing for, enabling*).

Kuesioner ini diberikan kepada perawat pelaksana di ruang rawat inap. Kuesioner yang digunakan dalam instrument ini menggunakan pilihan jawaban 1= sangat tidak setuju, 2= tidak setuju, 3= setuju, 4= sangat setuju. Kuesioner pelaksanaan supervisi terdiri dari 32 pertanyaan. Dengan kategori baik > 75%, cukup (60-75%), kurang (<60%).

2.7 Prosedur Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013). Prosedur pengambilan dan pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian adalah dengan:

1. Responden perawat pelaksana diberikan kuisisioner terkait faktor individu, faktor organisasi, faktor *work characteristic*.
2. Mengobservasi pelaksanaan pencegahan *phlebitis* diobservasi sebagai pre test selama 15 hari.
3. Responden perawat diberikan kuisisioner tentang penilaian pelaksanaan supervisi klinis sebagai pre test
4. Memberikan penjelasan kepada supervisor tentang penggunaan modul penerapan model supervisi klinis berbasis teori teori reflektif interaktif dan caring Swanson terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD) *phlebitis* di RS.
5. Responden supervisor diberikan modul pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring *Swanson* terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD) *phlebitis* di RS.
6. Responden perawat diberikan kuisisioner tentang pelaksanaan supervisi klinis sebagai post test
7. Mengobservasi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan diobservasi sebagai post test selama 15 hari.
8. Menganalisis hasil evaluasi uji coba model
9. Memberikan rekomendasi model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif interaktif dan caring Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) *phlebitis* di RS

3.1.8 Cara Analisis Data

1. Analisis deskriptif

Pada penelitian ini akan dilakukan pada semua variabel penelitian, dengan menghitung nilai tengah (mean, median, modus) dan membuat distribusi frekuensi berdasarkan kategori masing-masing variabel dan deskripsi kategori dengan pendekatan analisis baris kolom, tabulasi silang. Analisis univariat pada umumnya ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variable (Martini, 2007). Kategori untuk baik (>75%), cukup (60 %-75 %) dan kurang (<60%).

2. Uji Bivariat

Untuk Setelah data terkumpul, selanjutnya data diolah dengan Wilcoxon Signed Rank Test. Uji tersebut dilakukan untuk membandingkan antara sebelum dan sesudah dilakukan penerapan modul supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD) medication error dan kepuasan pasien di RS

3. *Partial Least Square*

Analisis inferensial digunakan untuk menguji hipotesis yang diusulkan dalam penelitian ini. Teknik yang digunakan adalah model persamaan *structural* berbasis *variance* atau *componenet based* yang dikenal dengan PLS. PLS mempunyai keunggulan yaitu analisis yang *powerfull* oleh karena tidak mengamsumsikan data harus dengan pengukuran skala tertentu, sampel kecil, konfirmasi teori (Ghozali, 2005). PLS memungkinkan pengujian rangkaian hubungan antar variabel yang relatif rumit secara simultan.

3.1.9 Lokasi dan waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap RS

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan mulai Agustus 2021-Okttober 2021.

3.2 Penelitian Tahap Kedua

3.2.1 Desain Penelitian

Desain penelitian tahap kedua ini adalah uji coba model yang telah dikembangkan pada penelitian tahap pertama. Desain penelitian menggunakan teknik pra eksperimen dengan pendekatan *pre test dan post test design with control group* yaitu mengungkapkan suatu hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek dan satu kelompok kontrol. Kelompok subjek dan control diobservasi sebelum dan setelah dilakukan tindakan.

Tabel 3.2 Rancangan Penelitian Pra Eksperimen Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring *Swanson* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) *phlebitis* di RS

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca tes
A	O1	X1	O2
B	O3	X2	O4

Keterangan:

- A : Kelompok eksperimen
- B : Kelompok kontrol
- O1 : Tes awal (sebelum perlakuan) pada kelompok perlakuan
- O2 : Tes Akhir (setelah perlakuan) pada kelompok perlakuan
- O3 : Tes awal (sebelum perlakuan) pada kelompok control
- O4 : Tes akhir (setelah perlakuan) pada kelompok control
- X1 : Penerapan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson
- X2 : Penerapan supervisi yang biasanya dilaksanakn di ruangan

3.2.2 Populasi, sampel dan teknik sampling

Pada penelitian tahap kedua ini populasi yang pertama adalah seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap RS. Pada penelitian ini populasi yang pertama adalah seluruh perawat pelaksana di tiap ruang rawat inap . Perawat pelaksana di setiap ruang rawat inap akan akan ditentukan dengan teknik sampling yaitu *cluster sampling*. *Cluster sampling* merupakan teknik pengambilan sampel acak sederhana (*simple random sampling/ SRS*) dimana setiap sampling unit terdiri dari kumpulan atau cluster elemen

(Notoatmodjo, 2010). Penetapan besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini digunakan 60 sampel.

Kriteria inklusi dan eksklusi untuk perawat pelaksana, yaitu:

Kriteria inklusi:

1. Perawat sudah terpapar model pencegahan medication eror berbasis teori supervisi klinis model reflektif interaktif dan caring swanson.
3. Minimal masa kerja perawat di ruang rawat inap 2 tahun.
4. Bersedia menjadi responden penelitian.
5. Perawat tidak sedang dalam masa cuti atau libur.

Kriteria eksklusi:

1. Perawat belum terpapar model pencegahan medication eror berbasis teori supervisi klinis reflektif ineraktif dan caring swanson.
2. Perawat menolak menjadi responden penelitian.
3. Perawat yang sedang menjalani masa cuti dan libur.

3.2.3 Variabel dan Definisi Operasional

1. Variabel independen

Variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Dalam penelitian ini variabel independen adalah pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson.

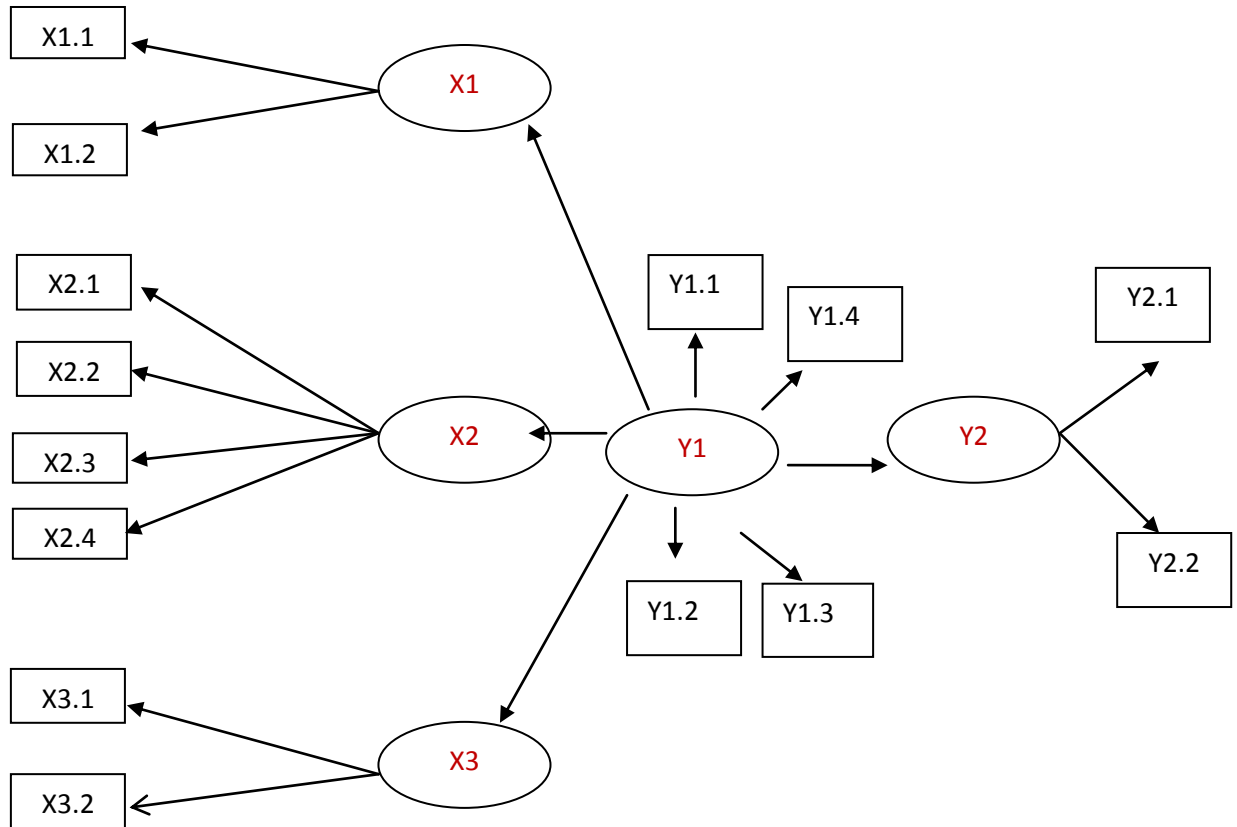
2. Variabel dependen

Variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian adalah kejadian tidak diharapkan (plebitis).

Tabel 3.3 Variabel penelitian Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring *Swanson* Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) *phlebitis* di RS.

Variabel	Sub variabel
Independen:	X1 = Faktor individu
Penerapan model supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson	X2 = Faktor organisasi X3 = Faktor <i>work characteristic</i> X4 = Pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson
Dependen:	Y1 = Jumlah kejadian tidak diharapkan(KTD)
Kejadian plebitis	Y2 = Jumlah kejadian nyaris cedera (KNC)

3.2.4 Kerangka analisis



Gambar 4.1 Kerangka Analisis

Keterangan:

- | | | | |
|------|-----------------------------------|------|--------------------------------|
| X1 | = faktor individual | Y1 | = Pelaksanaan supervisi klinis |
| X1.1 | = Kemampuan dan keterampilan | Y1.1 | = Pengkajian |
| X1.2 | = Karakteristik psikologis | Y1.2 | = Intervensi |
| X2 | = Faktor organisasi | Y1.3 | = Implementasi |
| X2.1 | = <i>Reward</i> | Y1.4 | = Evaluasi |
| X2.2 | = <i>Training dan Development</i> | Y2 | = Kejadian plebitis |
| X2.3 | = Kepemimpinan | Y2.1 | = KNC |
| X2.4 | = Struktur organisasi | Y2.2 | = KTD |
| X3 | = <i>Work characteristic</i> | | |
| X3.1 | = <i>Objective performance</i> | | |
| X3.2 | = <i>Feedback</i> | | |

3.9.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Validitas

Untuk meningkatkan kualitas dari hasil penelitian, peneliti menggunakan uji validitas dan reliabilitas yang di ujikan kepada supervisor dan data rekam medis dokumentasi asuhan keperawatan. Tehnik mengukur uji validitas adalah dengan menghitung korelasi antara data pada masing masing pernyataan dengan skor total, menggunakan rumus korelasi product moment. Uji validitas kuesioner dalam penelitian ini menggunakan product moment dengan membandingkan r hitung dengan r tabel. Item pertanyaan dalam kuesioner dikatakan valid apabila r hitung lebih besar dari r tabel.

2. Reliabilitas

Untuk menetapkan apakah instrument dalam penelitian ini dapat digunakan lebih dari sekali untuk responden yang sama dan menghasilkan data yang konsisten maka digunakan uji reliabilitas. Metode yang digunakan adalah metode pengukuran *Cronbach Alpha* dan di ukur berdasarkan skala alpha *Cronbach* 0 sampai 1. Uji reliabilitas kuesioner dalam penelitian ini dengan membandingkan nilai r pada *Cronbach's alpha* dengan nilai r tabel taraf signifikansi 5 %.

3.9.4. Etik Penelitian

Penelitian memiliki beberapa prinsip etika yaitu: 1) Prinsip manfaat; 2) Prinsip menghargai hak-hak subyek; 3) Prinsip keadilan. Setelah mendapat persetujuan, penelitian dilaksanakan dengan berpedoman pada masalah etik yang meliputi:

1) *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada setiap perawat dan supervisor di Ruang Rawat Inap dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta pengaruh yang terjadi bila menjadi responden. Lembar persetujuan ini diisi secara suka rela oleh responden. Apabila supervisor tidak bersedia, maka peneliti akan menghormati hak-haknya.

2) *Anonimity* (tanpa nama)

Nama responden tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden. Namun, untuk mengetahui

keikutsertaan responden, peneliti cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

3) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Informasi yang telah diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Dokumen/berkas penelitian akan disimpan pada lokasi yang aman. Peneliti hanya akan menyajikan informasi terutama dilaporkan pada hasil riset.

BAB 4

HASIL

Pada bab ini disajikan hasil dan analisis penelitian model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif terhadap kejadian tidak diharapkan phlebitis di rumah sakit. Penelitian dilaksanakan mulai Agustus-Oktober 2021. Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan mengenai data yang didapat saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian meliputi: 1) gambaran umum lokasi penelitian; 2) karakteristik demografi responden; 3) data khusus mengenai variabel yang diukur.

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Jombang yang merupakan Rumah Sakit utama di wilayah Kabupaten Jombang. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Jombang ini terletak di pusat kota sehingga lokasi mudah dijangkau. Selain itu dalam penelitian ini juga menggunakan RSUD Ince Abdul Moeis Samarinda.

5.2 Hasil Penelitian

Penelitian tahap *cross sectional* dilaksanakan pada tanggal 10 September – 30 September 2021 dengan melibatkan responden sejumlah perawat pelaksana yang terdiri dari 100 perawat pelaksana yang ada di Ruang Rawat Inap RSUD Jombang dan RSUD Ince Abdul Moeis Samarinda.

1. Karakteristik demografi responden

Karakteristik demografi responden di ruang rawat inap. Karakteristik perawat yang menjadi responden penelitian tahap *cross sectional* dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini:

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Tahap *Cross Sectional* Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

No	Responden	Parameter	Σ	%
1	Umur	20-30 tahun	16	16
		31-40 tahun	60	60
		41-50 tahun	24	24
2	Jenis kelamin	Perempuan	72	72
		Laki-laki	28	28
3	Lama kerja	1-5 tahun	20	20
		5-10 tahun	36	36
		> 10 tahun	44	44
4	Pendidikan	D III	75	75
		SI Keperawatan	25	25
Total			100	100

Tabel 5.1 menginformasikan tentang karakteristik responden dilihat dari segi usia, jenis kelamin, lama bekerja, pendidikan terakhir perawat yang bekerja di ruang rawat inap RS didapatkan hasil bahwa hampir sebagian besar partisipan (60%) berusia 31-40 tahun, sebagian besar responden (72%) adalah perempuan, hampir sebagian partisipan (44%) lama kerja >10 tahun, sebagian besar pendidikan terakhir adalah D3 Keperawatan (75%). Hal tersebut menunjukkan bahwa responden termasuk dalam kategori usia produktif yang masuk dalam kategori PK III, dengan pengalaman kerja yang cukup sehingga bisa memberikan gambaran tentang pelaksanaan kegiatan supervisi klinis untuk pencegahan kejadian flebitis yang sesuai dengan kondisi di setiap ruang rawat inap.

5.2.1 Faktor individu perawat terhadap penilaian pelaksanaan supervisi klinis di Ruang Rawat Inap RS

Sub variabel faktor individu dalam pelaksanaan supervisi klinis terdiri dari subvariabel kemampuan dan keterampilan dan subvariabel karakteristik psikologis. Berikut adalah distribusi frekuensi jawaban responden untuk sub variabel faktor individu dalam pengembangan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson.

Tabel 5.2 Distribusi Faktor Individu Dalam Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Rfelektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

No	Variabel	Kurang	Cukup	Baik	Total (%)
1.	Kemampuan dan keterampilan	-	54 (54 %)	46 (46%)	100 (100%)
2.	Karakteristik psikologis	3 (3%)	49 (49%)	48 (48%)	100 (100%)

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa faktor individu responden yang terdiri dari sub variabel kemampuan dan keterampilan responden sebagian besar dalam kategori baik yaitu sebanyak 54 orang (54%) dan sub variabel karakteristik psikologis sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 49 orang (49%).

5.2.2 Faktor organisasi terhadap penilaian pelaksanaan supervisi klinis

Sub variabel faktor organisasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah *reward*, kepemimpinan, *training* dan *development*, struktur organisasi. Berikut adalah distribusi jawaban responden pada sub variabel faktor organisasi.

Tabel 5.3 Karakteristik Faktor Organisasi Dalam Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

No	Variabel	Kurang	Cukup	Baik	Total (%)
1.	<i>Reward</i>	9 (9%)	46 (46%)	45 (45%)	100 (100%)
2.	<i>Training & Development</i>	9 (9%)	40 (40%)	51 (51%)	100 (100%)
3.	Struktur organisasi	3 (3%)	32 (42%)	65 (65%)	100 (100%)

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sub variabel *reward* yang diberikan oleh organisasi menurut sebagian besar responden menilai cukup yaitu 46 orang (46%), sub variabel *training* dan *development* sebagian besar responden menilai baik yaitu 51 orang (51%),

sub variabel struktur organisasi sebagian besar responden menilai baik yaitu 65 orang (65%).

5.2.3 Faktor *work characteristic* terhadap penilaian pelaksanaan supervisi klinis di Ruang Rawat Inap RS

Sub variabel *work characteristic* dalam penelitian ini adalah *objectives performance* dan *feedback*. Berikut ini adalah distribusi jawaban responden pada sub variabel *work characteristic*.

Tabel 5.5 *Work characteristic* Dalam Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

No	Variabel	Kurang	Cukup	Baik	Total (%)
1.	<i>Objectives performance</i>	3 (3%)	22 (22%)	75 (75%)	100 (100%)
2.	<i>Feedback</i>	2 (2%)	33 (33%)	65 (65%)	100 (100%)

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa subvariabel *objectives performance* sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 75 orang (75%) dan subvariabel *feedback* sebagian besar responden menilai dalam kategori baik yaitu sebanyak 65 orang (65%).

5.2.4 Pelaksanaan supervisi klinis berbasis reflektif interaktif dan caring swanson

Pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson meliputi aspek administratif, aspek edukatif, dan reflektif yang masing masing aspek melalui siklus tahapan *being with, enabling, doing for, knowing, dan maintaining belief*.

Tabel 5.6 Distribusi Pelaksanaan Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

No	Variabel	Kurang	Cukup	Baik	Total (%)
1.	Pengkajian	-	46 (46%)	54 (54%)	100 (100%)
	Administratif	-	20 (20%)	14 (14%)	
	Edukatif	-	15 (15%)	16 (16%)	
	Reflektif	-	11 (11%)	24 (24%)	
2.	Intervensi	2 (2%)	58 (58%)	40 (40%)	100 (100%)
	Administratif	1 (1%)	12 (12%)	10 (10%)	
	Edukatif	1 (1%)	18 (18%)	10 (10%)	
	Reflektif	-	28 (28%)	20 (20%)	
3.	Implementasi	2 (2%)	52 (52%)	46 (46%)	100 (100%)
	Administratif	2 (2%)	11 (11%)	7 (7%)	
	Edukatif	-	24 (24%)	18 (18%)	
	Reflektif	-	27 (27%)	21 (21%)	
4.	Evaluasi	1 (1%)	67 (67%)	32 (32%)	100 (100%)
	Administratif	1 (1%)	18 (18%)	7 (7%)	
	Edukatif	-	26 (26%)	14 (14%)	
	Reflektif	-	23 (23%)	11 (11%)	

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa pelaksanaan supervisi klinis pada tahap pengkajian sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 54 orang (54%), pada tahap intervensi sebagian besar responden pada kategori cukup yaitu sebanyak 58 orang (58 %), dan pada tahap implementasi sebagian besar responden dalam kategori cukup yaitu sebanyak 52 orang (52 %), pada tahap evaluasi sebagian besar responden pada kategori cukup yaitu 67 orang (67%).

5.2.5 Kejadian Tidak Diharapkan

Dari hasil observasi terhadap 100 orang perawat yang melakukan tindakan pemasangan infuse dengan pendekatan tindakan perilaku perawat dalam pemasangan infuse didapatkan data sebagai berikut:

Tabel 5.7. Kejadian Tindakan Tidak Diharapkan Pada Pemasangan Infus di Ruang Rawat Inap RS Pada Penelitian Tahap 1

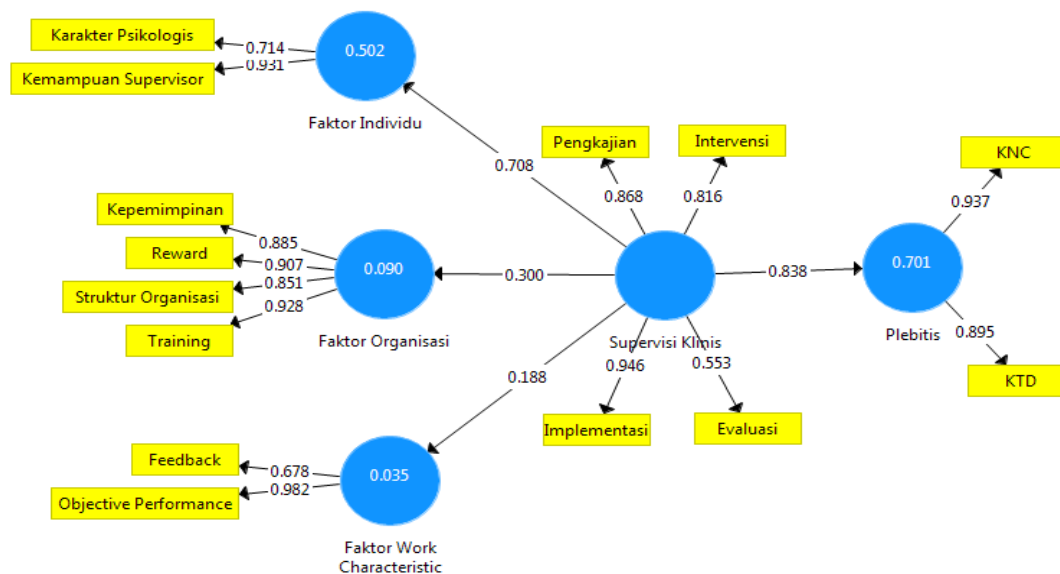
No	Kejadian Diharapkan	Tidak	Insiden	Total Pasien	Persen
1.	Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)		3	160	1,87%
2.	Kejadian Nyaris Cedera (KNC)		10	160	6,2%
3.	Sentinel		-	-	-

5.2.4 Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

Evaluasi *outer model*

a. Uji validitas (*convergen validity*)

Nilai *convergen validity* dapat dilihat dari nilai *outer loading*. Suatu indikator dikatakan memenuhi *convergen validity* jika memiliki *outer loading* > 0,5. Pada penelitian ini nilai *convergen validity* dapat dilihat pada gambar dan tabel berikut:



Gambar 5.1 Nilai *Outer Loading* Pada Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

Gambar 5.1 Nilai *outer loading* untuk semua indikator baik dari indikator untuk variabel laten seperti faktor individu, faktor organisasi dan *work characteristic* dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut:

Tabel 5.7 Hasil Validitas Konvergen Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

No	Variabel	Indikator	<i>Outer Loading</i>	Keterangan
1.	Faktor individu	X1.1 Kemampuan supervisor	0,931	Valid
		X1.2 Karakteristik psikologis	0,714	Valid
2.	Faktor organisasi	X2.1 <i>Reward</i>	0,907	Valid
		X2.2 Kepemimpinan	0,855	Valid
		X2.3 <i>Training dan development</i>	0,928	Valid
		X2.4 Struktur organisasi	0,851	Valid
3.	Faktor <i>work characteristic</i>	X3.1 <i>Objectives performance</i>	0,982	Valid
		X3.2 <i>Feedback</i>	0,678	Valid
4.	Pelaksanaan supervisi klinis	Y1.1 Pengkajian	0,868	Valid
		Y1.2 Perencanaan	0,816	Valid
		Y1.3 Implementasi	0,946	Valid
		Y1.4 Evaluasi	0,553	Valid

Berdasarkan tabel 5.7 diatas, dapat diketahui bahwa semua indikator dinyatakan valid dimana nilai *outer loading* telah sesuai dengan kriteria yang diharapkan yaitu diatas 0,5. Hal ini menunjukkan bahwa indikator di dalam struktural telah memenuhi uji validitas.

b. Uji reliabilitas

Composite reliability menguji nilai reliabilitas indikator pada suatu konstruk. Suatu konstruk atau variabel dikatakan memenuhi uji reliabilitas jika memiliki nilai *composite reliability* $> 0,7$ dan nilai *cronbach alpha* $> 0,6$.

Tabel 5.8 Hasil Uji Reliabilitas Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Rfelektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

No.	Variabel	<i>Cronbach Alpha</i>	<i>Composite Reliability</i>	Keterangan
1.	Faktor individu	0,680	0,813	Valid
2.	Faktor organisasi	0,917	0,940	Valid
3.	Faktor <i>work characteristic</i>	0,689	0,827	Valid
4.	Pelaksanaan supervisi klinis	0,812	0,913	Valid
5.	Plebitis bundle	0,814	0,880	Valid

Nilai *composite reliability* dari setiap variabel penelitian menunjukkan nilai $> 0,7$. Nilai *cronbach alpha* masing- masing variabel juga menunjukkan nilai $> 0,6$. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa masing- masing variabel telah memenuhi uji reliabilitas.

2. Evaluasi *inner model*

Evaluasi *inner model* untuk menguji hipotesis penelitian. Hipotesis penelitian dapat diterima jika nilai $\alpha < 0,05$. Nilai koefisien jalur dan nilai *p value* pada *inner model* disajikan pada tabel 5.9 dibawah ini.

Tabel 5.9 Hasil Uji Hipotesis Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

No	Variabel	T Statistik	Standar deviasi	Path coefisien	Keterangan
1.	Pengaruh faktor individu terhadap pelaksanaan supervisi klinis	11,910	0,059	0,000	Signifikan
2.	Pengaruh faktor organisasi terhadap pelaksanaan supervisi klinis	3,925	0,076	0,000	Signifikan
3.	Pengaruh faktor <i>work characteristic</i> terhadap pelaksanaan supervisi klinis	2,552	0,121	0,003	Signifikan
4.	Pengaruh Supervisi klinis terhadap pencegahan plebitis	19,639	0,043	0,000	Signifikan

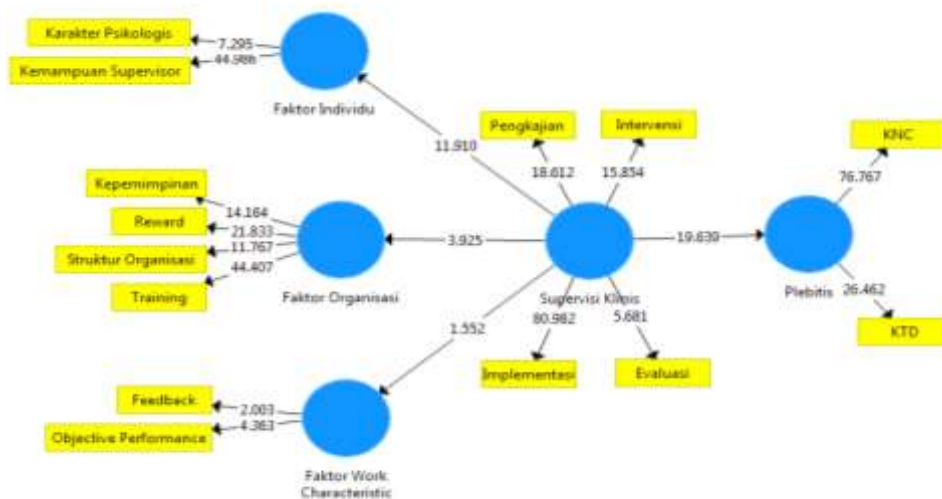
Hasil analisis PLS tentang pengaruh faktor individu terhadap pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson didapatkan nilai koefisien jalur 0,000 dan t statistik 11,910 ($t > 1,96$) . Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel faktor individu terhadap pelaksanaan supervisi klinis. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi faktor individu maka akan semakin meningkatkan pelaksanaan supervisi klinis.

Hasil analisis PLS pengaruh faktor organisasi terhadap pelaksanaan supervisi klinis didapatkan nilai koefisien jalur 0,000 dan t statistik 3,925. Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel faktor organisasi terhadap pelaksanaan supervisi klinis. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi faktor organisasi maka akan semakin meningkat pelaksanaan supervisi klinis.

Hasil analisis PLS pengaruh faktor *work characteristic* terhadap pelaksanaan supervisi klinis didapatkan nilai koefisien jalur 0,002 dan t statistik 2,552 . Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara variabel faktor *work characteristic* terhadap pelaksanaan supervisi klinis. Tanda positif koefisien tersebut menunjukkan hubungan yang searah. Hubungan yang searah tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi faktor *work characteristic* maka akan semakin meningkat pelaksanaan supervisi klinis. Isu strategis yang didapatkan dari analisis PLS yaitu faktor individu, faktor organisasi, dan *work characteristic*.

3. Evaluasi struktural model

Penelitian ini menggunakan teknik analisa data PLS (*Partial Least Square*). Berdasarkan hasil pengolahan data terdapat evaluasi model struktural (inner model) untuk mengetahui ketetapan model. Hasil analisis model dapat dipelajari pada gambar 5.2 sebagai berikut:



Gambar 5.2 Hasil Analisis Uji Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Rfelektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit.

Berdasarkan gambar 5.2, hasil uji hipotesis dapat diuraikan sebagai berikut: (1) faktor individu (kemampuan dan ketrampilan, karakteristik psikologis) mempengaruhi pelaksanaan supervisi klinis; (2) faktor organisasi (*reward, training & development*, kepemimpinan, struktur organisasi) mempengaruhi pelaksanaan supervisi klinis; (3) faktor *work characteristic* (*objectives performance, feedback*) mempengaruhi pelaksanaan supervisi klinis.

6. Hasil FGD

FGD dilakukan oleh peneliti selesai melakukan analisis data PLS faktor yang mempengaruhi pelaksanaan supervisi klinis dan menggunakan bantuan pertanyaan yang sudah disusun oleh peneliti untuk menggali informasi dari responden FGD yang meliputi faktor individu, faktor organisasi dan *work characteristic*, dan pelaksanaan supervisi klinis.

Hasil temuan penting yang didapatkan dari FGD disajikan pada tabel 5.10 berikut:

Tabel 5.10 Hasil *Focus Group Discussion* .

Tabel 5.10 Hasil *Focus Group Discussion* di Rumah Sakit

No.	Isu strategis	Penyebab	Hasil FGD	Telaah peneliti
A. Faktor individu				
1.	Kemampuan dan keterampilan supervisor	Evaluasi terkait kemampuan dan ketrampilan supervisor tentang pelaksanaan supervisi klinis masih belum diukur	1) Memaksimalkan fungsi supervisor dalam membuat perencanaan kegiatan supervisi	Belum adanya modul supervisi terkait petunjuk pelaksanaan supervisi klinis untuk kejadian plebitis
2.	Karakteristik individu (persepsi, motivasi, sikap)	Evaluasi terkait motivasi, persepsi, dan sikap dari perawat	1) Memaksimalkan fungsi supervisor dalam memberikan motivasi terkait pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan dan kepuasan pasien 2) Menyamakan persepsi perawat pelaksana	Fungsi supervisor dalam memberikan motivasi belum dilakukan secara <i>continue</i> dan konsisten
B. Faktor Organisasi				
1.	<i>Reward</i>	Evaluasi terkait <i>reward</i> yang dirasakan dan diharapkan perawat	1. Adanya <i>reward</i> bagi perawat dan ruangan 2. <i>Reward</i> berupa: seminar, pelatihan, dan aktualisasi diri	Belum adanya penjelasan dari manajemen terkait bentuk <i>reward</i> yang diberikan kepada perawat
2.	Kepemimpinan	Evaluasi terkait bentuk kepemimpinan yang diterapkan oleh supervisor keperawatan belum diukur	1. Supervisor bisa menerapkan bentuk kepemimpinan sesuai kondisi dan situasi	Belum semua perawat memahami tipe-tipe kepemimpinan yang diterapkan supervisor
3.	<i>Training dan development</i>	Evaluasi terkait penilaian dan harapan dari perawat terkait pelaksanaan <i>training dan development</i> belum diukur	1. Pemberian penjelasan kepada staf tentang pertimbangan salah satu staf di ikutkan dalam seminar dan pelatihan 2. Memberi kesempatan kepada staf untuk mengikuti seminar/pelatihan	Adanya jadwal dari RS terkait kesempatan mengikuti seminar & pelatihan untuk perawat
4.	Struktur organisasi	Belum adanya pelaporan yang <i>continue</i>	1. Sosialisasi standar pemasangan infuse kepada seluruh perawat pelaksana 2. Komunikasi antara supervisor dan perawat	Perlu adanya komunikasi yang lebih intensif antara supervisor

			untuk persamaan persepsi penerapan pencegahan plebitis	dengan perawat
C. Faktor Work characteristic				
1.	<i>Objectives performance</i>	1. Tidak semua perawat memahami SPO	1. Supervisor memiliki tanggung jawab untuk mengenalkan SPO yang ada secara bertahap 2. Pada kegiatan timbang terima dapat digunakan untuk berbagi hal-hal baru, pentingnya mematuhi standar, diskusi kesulitan yang ditemui Memaksimalkan fungsi PP dan PA	Lebih mengoptimalkan peran supervisor dalam kegiatan supervisi klinis
2.	<i>Feed back</i>	Selama ini belum adanya evaluasi untuk menilai <i>feedback</i> yang diberikan supervisor kepada perawat	1. Supervisor memberikan <i>feedback</i> yang sesuai dengan masalah dan kebutuhan perawat 2. Ada evaluasi dan tindak lanjut dari kegiatan supervisi yang sudah dilaksanakan	Supervisor kurang memaksimalkan pemberian <i>feedback</i> pasca kegiatan supervisi
D. Pelaksanaan supervisi klinis di ruang rawat inap				
1.	aspek administratif	Belum adanya modul panduan untuk penggunaan model supervisi yang sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi perawat.	1) Membuat kontrak waktu untuk pelaksanaan kegiatan supervisi antara supervisor dengan perawat 2) Supervisor memberikan pengertian tentang tujuan dilakukan supervisi	Supervisor belum optimal dalam memahami model supervisi yang bisa diterapkan sesuai kebutuhan dan permasalahan perawat
2.	Aspek edukatif	Belum adanya modul panduan untuk penggunaan model supervisi yang sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi perawat.	1. Supervisor memberi pengetahuan kepada perawat 2. Persamaan persepsi tentang standar pencegahan plebitis	Supervisor belum optimal dalam memahami model supervisi yang bisa diterapkan sesuai dengan kebutuhan dan permasalahan perawat
3.	Aspek reflektif	Belum adanya modul panduan untuk penggunaan model supervisi yang sesuai dengan	1. Supervisor memberikan motivasi 2. Supervisor membantu perawat untuk menurunkan <i>burnout</i> 3. Supervisor mampu bersikap empati	Supervisor belum optimal dalam memahami model supervisi yang bisa diterapkan

		kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi perawat.	4. Supervisor meningkatkan kepercayaan diri perawat.	sesuai kebutuhan dan permasalahan perawat.
--	--	---	--	--

5.3.5 Hasil pengembangan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson terhadap kejadian tidakdiharapkan (KTD) phlebitis di Ruang Rawat Inap RS.

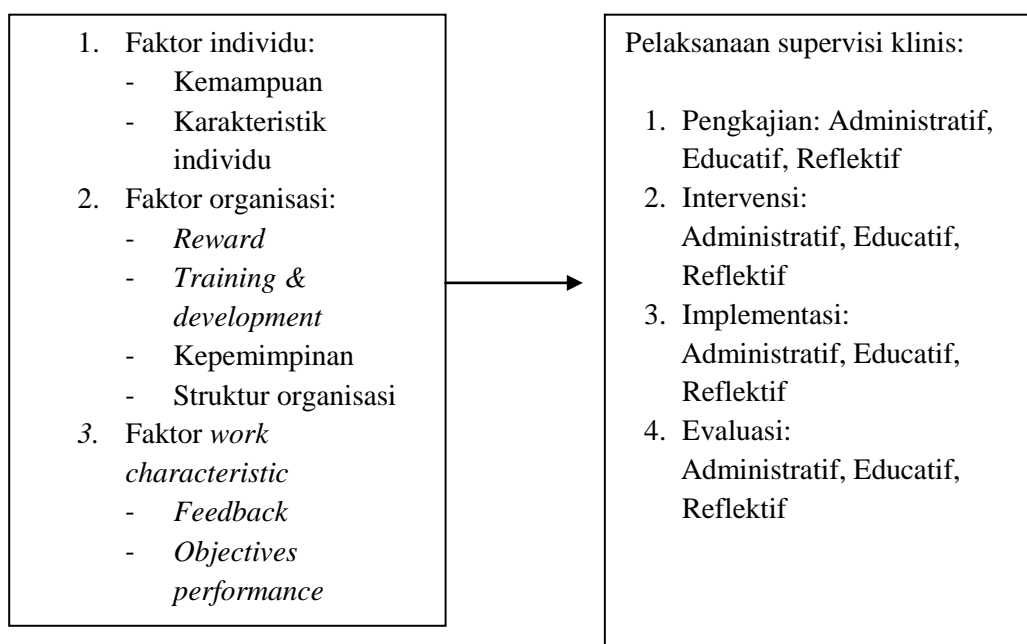
Dalam penelitian ini didapatkan hasil tentang pengembangan model supervisi klinis yang diperoleh dari hasil *cross sectional*, FGD, dan diskusi pakar dapat dilihat pada tabel 5.11 dibawah ini:

Tabel 5.11 Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

No.	Struktur	Standar	Hal yang dikembangkan
1.	Aspek administratif	<i>Assessment & quality</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas hubungan perawat dengan pasien 2. Meningkatkan kemampuan supervisor dalam menemukan masalah terkait pencegahan plebitis.
2.	Aspek edukatif	<i>Tasks, decision, reflective practice</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas hubungan perawat dan pasien dengan menerapkan caring swanson. 2. Persamaan persepsi pengisian phlebitis bundle sesuai dengan petunjuk SOP RS 3. Memaksimalkan fungsi supervisi untuk bimbingan, arahan , dan pengembangan. 4. Meningkatkan kemampuan dan pengetahuan perawat terkait pencegahan phlebitis melalui diskusi kebijakan, <i>knowledge</i>, dan jurnal.
3.	Aspek reflektif	<i>Support</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor meningkatkan pemberian motivasi kepada perawat 2. Supervisor lebih bersikap empati terhadap permasalahan yang dihadapi perawat. 3. Supervisor membantu perawat mengurangi <i>burnout</i> dan konflik

Hasil pemodelan akhir Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

Dari hasil uji statistik didapatkan bahwa dukungan yang paling besar pada masing-masing variabel faktor terhadap model pelaksanaan supervisi klinis di Ruang Rawat Inap RS yaitu faktor organisasi, faktor *work characteristic*, faktor individu. Hasil pemodelan akhir dalam penelitian ini bisa dilihat pada gambar 5.3 dibawah ini:



Gambar 5.3 Hasil Pemodelan Akhir Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori RefelktifInteraktif dan Caring Swanson

Dari interpretasi pemodelan didapatkan model akhir pelaksanaan supervisi klinis di Ruang Rawat Inap RS sebagai berikut: model yang terbentuk tersusun dari tiga faktor yang secara signifikan mempengaruhi pelaksanaan supervisi klinis mulai dari yang terbesar berpengaruh yaitu faktor individu, organisasi, dan faktor *work characteristic* ini mempengaruhi pelaksanaan model supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson yang terdiri dari empat tahapan (pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi) yang dilakukan secara berurutan dan berulang. Pelaksanaan supervisi klinis dalam model yang diharapkan sesuai dengan perhitungan statistik, FGD, dan juga merupakan kriteria dari aspek supervisi klinis berbasis teori Reflektif interaktif dan caring swanson adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas hubungan perawat dengan pasien dengan penerapan caring melalui penerapan caring swanson yang terdiri dari 4 tahap (*being with, enabling, doing for, knowing, dan maintening belief*).
2. Meningkatkan kemampuan supervisor dalam fungsi *assessment*, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi kegiatan supervisi klinis.
3. Mengoptimalkan peran supervisor dalam memberikan dukungan dan motivasi kepada perawat.
4. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan perawat terkait pencegahan phlebitis
5. *Reflective practice* kesulitan, hambatan, harapan, dan solusi dari pencegahan phlebitis
6. Melakukan supervisi untuk meningkatkan kualitas dan mutu asuhan keperawatan di ruang rawat inap

5.3 Hasil Penelitian Tahap Kedua

Lokasi penelitian dalam tahap uji coba model yaitu di RSUD Jombang sebagai kelompok perlakuan dan RSUD Ince Samarinda sebagai kelompok kontrol. Pelaksanaan uji coba model dilaksanakan mulai tanggal 1 Oktober 2021 – 15 Oktober 2021 yang melibatkan 60 responden perawat. Pencegahan phlebitis melalui penerapan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson meliputi tahapan pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang masing-masing tahapan melalui proses (administratif, educatif, dan reflektif).

Tabel 4.2 Distribusi Responden (perawat) Dalam Pelaksanaan Pencegahan Plebitis berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Pada Kelompok Intervensi

No.	Pencegahan Plebitis	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
		Pre Test		Post Test		Pre Test		Post Test	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1	Pengkajian								
	Baik	12	40	25	83	10	33	14	47
	Cukup	10	33	5	17	15	50	13	43
	Kurang	8	27	-	-	5	17	3	10
2	Intervensi								
	Baik	8	27	23	77	10	33	15	50
	Cukup	12	40	7	23	7	23	10	33
	Kurang	10	33	-	-	12	40	5	17
3	Implementasi								
	Baik	15	50	22	73	12	40	15	50
	Cukup	10	33	8	27	11	37	11	37
	Kurang	5	17	-	-	7	23	4	13
4	Evaluasi								
	Baik	10	33	11	37	18	60	14	47
	Cukup	12	40	9	30	12	40	10	33
	Kurang	8	27	10	33	-	-	6	20

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa pada tahap pengkajian untuk kelompok perlakuan tahap pre test sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 12 orang (40%), pada tahap pengkajian untuk kelompok kontrol tahap pre test sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 15 orang (50%). Pada tahap pengkajian post test kelompok perlakuan sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu

sebanyak 25 orang (83%), pada tahap pengkajian post test untuk kelompok kontrol sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 14 orang (47%).

Pada tahap intervensi untuk kelompok perlakuan tahap pre test sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 12 orang (40%), pada tahap intervensi untuk kelompok kontrol tahap pre test sebagian besar responden dalam kategori kurang yaitu sebanyak 12 orang (40%). Pada tahap intervensi post test kelompok perlakuan sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 23 orang (77%), pada tahap intervensi post test untuk kelompok kontrol sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 15 orang (50%).

Pada tahap implementasi untuk kelompok perlakuan tahap pre test sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 15 orang (50%), pada tahap implementasi untuk kelompok kontrol tahap pre test sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 12 orang (40%). Pada tahap implementasi post test kelompok perlakuan sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 22 orang (73%), pada tahap implementasi post test untuk kelompok kontrol sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 15 orang (50%).

Pada tahap evaluasi untuk kelompok perlakuan tahap pre test sebagian besar responden dalam kategori cukup yaitu sebanyak 12 orang (40%), pada tahap evaluasi untuk kelompok kontrol tahap pre test sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 11 orang (37%). Pada tahap evaluasi post test kelompok perlakuan sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 18 orang (60%), pada tahap evaluasi post test untuk kelompok kontrol sebagian besar responden dalam kategori baik yaitu sebanyak 14 orang (47%).

4.2.4 Kejadian KNC dan KTD

Penerapan modul dalam penelitian tahap kedua ini adalah untuk mengetahui pengaruh supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson terhadap kejadian phlebitis di rumah sakit.

Tabel 4.3 Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Pencegahan Plebitis	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre Test		Post Test		Pre Test		Post Test	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
KNC								
Positif	24	80	28	93	23	77	24	80
Negatif	6	20	2	7	7	23	6	20
Mean	1.2000		1.0667		1.2333		1.2000	
Minimum	1.00		1.00		1.00		1.00	
Maksimum	2.00		2.00		2.00		2.00	
SD	.40684		.25371		.43018		.40684	
Wilcoxon								
Signed Rank Test	.046				.317			

Tabel 4.4 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Pencegahan Plebitis	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre Test		Post Test		Pre Test		Post Test	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
KTD								
Positif	26	87	30	100	26	87	28	93
Negatif	4	13	-	-	4	13	2	7
Mean	1.1333		1.0000		1.1333		1.0667	
Minimum	1.00		1.00		1.00		1.00	
Maksimum	2.00		2.00		2.00		2.00	
SD	.34575		.00000		.34575		.25371	
Wilcoxon								
Signed Rank Test	.046				.157			

Dari tabel di atas menunjukkan jumlah dan prosentase angka kejadian tidak diharapkan (KTD) phlebitis dan angka kejadian nyaris cedera (KNC) phlebitis sebelum dan setelah dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Sebelum dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan untuk KNC sebagian besar responden menunjukkan hasil positif yaitu 24 orang (80%) dan setelah di berikan intervensi meningkat menjadi 28 orang (93%). Sebelum dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan untuk KTD sebagian besar responden menunjukkan hasil positif yaitu 26 orang (87%) dan setelah di berikan intervensi meningkat menjadi 30 orang (100%).

Sebelum dilakukan intervensi pada kelompok kontrol untuk KNC sebagian besar responden menunjukkan hasil positif yaitu 23 orang (77%) dan setelah di berikan intervensi meningkat menjadi 24 orang (80%). Sebelum dilakukan intervensi pada kelompok kontrol untuk KTD sebagian besar responden menunjukkan hasil positif yaitu 26 orang (87%) dan setelah di berikan intervensi meningkat menjadi 28 orang (93%).

Hasil Uji statistik dengan wilcoxon signed rank test pada kelompok perlakuan untuk KNC diperoleh nilai signifikansi (p) = .046 lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ sehingga hipotesis diterima dapat di artikan ada perbedaan pencegahan kejadian nyaris cedera (KNC) phlebitis sebelum dan setelah intervensi pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol untuk KNC diperoleh nilai signifikansi (p) = .317 lebih besar dari $\alpha = 0,05$ sehingga hipotesis ditolak, dapat di artikan tidak ada perbedaan pencegahan kejadian nyaris cedera (KNC) phlebitis sebelum dan setelah intervensi pada kelompok kontrol.

Hasil Uji statistik dengan wilcoxon signed rank test pada kelompok perlakuan untuk KTD diperoleh nilai signifikansi (p) = .046 lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ sehingga hipotesis diterima dapat di artikan ada perbedaan pencegahan kejadian tidak diharapkan (KTD) phlebitis sebelum dan setelah intervensi pada kelompok perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol untuk KTD diperoleh nilai signifikansi (p) = .157 lebih besar dari $\alpha = 0,05$ sehingga hipotesis ditolak, dapat di artikan tidak ada perbedaan pencegahan kejadian tidak diharapkan (KTD) phlebitis sebelum dan setelah intervensi pada kelompok kontrol.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan hasil penelitian dikaitkan dengan sumber pustaka kemudian dinarasikan dalam bentuk opini. Pembahasan dibagi menjadi sub bab sesuai dengan tujuan khusus penelitian.

6.1 Pengaruh Faktor Individu Terhadap Penilaian Pelaksanaan Supervisi Klinis di Ruang Rawat Inap RS

Faktor individu meliputi sub variabel kemampuan dan ketrampilan dan sub variabel karakteristik psikologis. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa faktor individu berkontribusi terhadap pelaksanaan model supervisi klinis.

Pada subvariabel faktor individu: kemampuan dan ketrampilan perawat sebagian besar responden dalam kategori cukup. Kemampuan dan ketrampilan disini terkait penilaian perawat terhadap pelaksanaan supervisi yang dilakukan supervisor mulai tahap *assessment* (perumusan masalah), perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi kegiatan supervisi klinis. Hal ini didukung oleh Gibson (1997) yang mengatakan bahwa variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan ketrampilan.

Sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan individu menurut Gibson (1997), kemampuan dan ketrampilan yang dimiliki oleh perawat terkait pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan menyesuaikan dengan SPO yang dimiliki oleh RS, sehingga disini perlu adanya supervisi klinis dari supervisor untuk memaksimalkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan perawat, persamaan persepsi pengisian dokumentasi asuhan keperawatan, dan penyampaian kebijakan terbaru terkait pencegahan plebitis. Selain itu peran serta komite keperawatan yang terdiri dari sub

komite etik, mutu keperawatan dan kredensialing berperan penting dalam meningkatkan kemampuan dan ketrampilan perawat. Sub variabel faktor individu: karakteristik psikologis yang meliputi persepsi, motivasi, sikap dan kemauan belajar. Persepsi dalam hal ini terkait dengan pendapat perawat terhadap pelaksanaan pencegahan plebitis. Motivasi perawat terhadap upaya pencegahan phlebitis dan motivasi pimpinan yang membuat lebih maju dalam bekerja. Sikap dan kemauan belajar membuat perawat lebih bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan. Adanya kemauan belajar yang tinggi dari perawat RS sehingga membutuhkan peran aktif organisasi RS sebagai media pemberi informasi dan pengetahuan bagi perawat.

Persepsi adalah dasar pembentukan perilaku seseorang sehingga dari persepsi tersebut akan menimbulkan perilaku sebagai cerminan dari pemberian asuhan keperawatan (Ginsburg, 2006). Sebagai dasar dalam persepsi adalah pengetahuan, dalam hal ini adalah pengetahuan perawat tentang pelaksanaan pencegahan plebitis. Dari hasil penelitian Natasia, N (2014) menyatakan adanya pengaruh motivasi terhadap kepatuhan perawat dalam mematuhi SPO. Penelitian Radiani (2009) menyatakan tidak adanya dukungan dari pimpinan menyebabkan perawat tidak termotivasi untuk melaksanakan pencegahan phlebitis dengan baik.

Perawat memiliki motivasi yang terdiri dari kebutuhan, dorongan dan tujuan. Kebutuhan individu akan timbul apabila individu merasa ada ketidakseimbangan antara harapan dan kenyataan, sehingga akan muncul suatu dorongan untuk memenuhi harapan. Untuk itu penting bagi pihak manajemen untuk bisa memberikan motivasi kepada staf perawat berupa penghargaan dan pelatihan. Pemberian motivasi ekstrinsik dari supervisor kepada perawat pelaksana merupakan hal yang sangat penting untuk meningkatkan pencegahan phlebitis di ruang rawat inap. Selain itu juga perlu diberikan pemahaman

kepada perawat bahwa pencegahan flebitis sangat penting untuk menjaga keselamatan pasien dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang diberikan.

6.2 Pengaruh Faktor Organisasi Terhadap Penilaian Pelaksanaan Supervisi Klinis di Ruang Rawat Inap RS

Faktor organisasi memiliki sub variabel diantaranya adalah *reward*, *training* dan *development*, struktur organisasi, dan kepemimpinan. Organisasi adalah kesatuan sosial yang dikoordinasikan secara sadar, yang tersusun atas dua orang atau lebih yang berfungsi atas dasar yang relatif terus menerus untuk mencapai suatu tujuan atau seperangkat tujuan bersama (Robbins & Judge, 2008). Variabel organisasi yang mempengaruhi perilaku dan kinerja seseorang yaitu sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan (Gibson, 1997).

Sub variabel struktur organisasi yang merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Struktur organisasi adalah bagaimana tugas pekerjaan secara formal dibagi, dikelompokkan, dikoordinasikan (Robbins, 2008). Struktur organisasi menunjukkan cara suatu kelompok dibentuk, garis komunikasi dan hubungan otoritas serta pembuatan keputusan (Marquis & Huston, 2010).

Menurut Swanborg dalam Molina salah satu fungsi manajemen adalah memimpin proses pendelegasian, pengawasan, koordinasi, dan pengendalian implementasi rencana organisasi. Fokusnya adalah membimbing dan meningkatkan motivasi dengan upaya yang dilakukan yaitu dengan membuat sistem penghargaan, memberikan umpan balik positif, mengintegrasikan tujuan organisasi dengan staf/individu, mengurangi ketidakpuasan kerja, mendukung sumber daya (SDM, persediaan dan perlengkapan. Kinerja perawat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor diantaranya faktor individu dan lingkungan (organisasi). Organisasi mempunyai peran yang besar untuk merencanakan, menggerakkan, dan melakukan evaluasi terhadap tujuan yang ingin dicapai.

Pada sub variabel faktor organisasi *reward* yang diberikan oleh RS untuk meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Edy (2009) menyebutkan dengan diberlakukannya *reward* dan *punishment* terhadap karyawan akan sangat berpengaruh terhadap kinerja. Saat ini di RS Jombang memberikan *reward* kepada perawat yang berkinerja baik berupa pelatihan. Berdasarkan hasil FGD rata-rata responden perawat pelaksana menginginkan adanya *reward* terkait kinerja dalam pengisian dokumentasi asuhan keperawatan. *Reward* yang mereka harapkan terkait kinerja dalam dokumentasi asuhan keperawatan yaitu berupa kebutuhan akan aktualisasi diri, pelatihan dan seminar, dan masuk dalam penghitungan remunerasi.

Training and development pada RS Jombang adalah adanya jadwal rutin dalam peningkatan pengetahuan khususnya perawat tentang berbagai informasi dalam bentuk *inhouse training* dengan melibatkan pakar ahli sesuai bidangnya ataupun sosialisasi oleh teman sejawat yang telah melaksanakan pelatihan *eks-house training*. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Estelle (2011) menyebutkan bahwa pelatihan supervisi klinis yang diberikan kepada kepala ruang berpengaruh terhadap kinerja perawat. Pelatihan supervisi perlu dilakukan untuk memberikan pemahaman tentang peran supervisor dan melatih kemampuan supervisor dalam memberikan supervisi.

Di RSUD Jombang, dari hasil wawancara yang dilakukan dengan bidang Keperawatan, kewenangan yang dimiliki oleh bidang keperawatan dalam mendesain, mengatur, melaksanakan dan menilai sistem pelayanan keperawatan di rumah sakit. Pemahaman bidang keperawatan yang menyadari perannya sebagai pemantau kualitas kinerja dan pelayanan keperawatan, sebagai supervisor ruangan yang aktif, fasilitas pendidikan keperawatan berlanjut, koordinator pelaksana berbagai kebijakan rumah sakit, inisiator perubahan, negosiator, fasilitator dan motivator kinerja serta iklim kerja yang kondusif dan *problem solver*. Pengaturan manajemen keperawatan yang baik di RS

membantu untuk memberikan dukungan terhadap pelaksanaan supervisi klinis untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Pada subvariabel faktor organisasi: kepemimpinan, kepemimpinan merupakan salah satu faktor utama yang mempengaruhi kinerja staf karena kepemimpinan merupakan penggerak bagi seluruh sumberdaya yang ada yang ada dalam suatu organisasi. Dalam penelitian Ardyani (2014) menyebutkan bahwa adanya hubungan antara gaya kepemimpinan yang diterapkan oleh pimpinan dengan kinerja perawat. Keberhasilan sumber daya manusia mencapai tujuan organisasi juga tidak terlepas dari pengaruh dan perilaku pemimpin dalam mengembangkan karyawannya. Keefektifan karyawan dalam melakukan pekerjaan mereka tergantung kepada pengaruh yang diterima dari pemimpin mereka. Kepemimpinan dalam keperawatan merupakan kemampuan dan keterampilan seorang pemimpin perawat dalam mempengaruhi perawat lain dibawah pengawasannya untuk melaksanakan tugas dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan sehingga tujuan keperawatan tercapai.

Dari hasil kuesioner dan FGD rata-rata sebagian besar responden menilai tipe kepemimpinan yang diterapkan oleh supervisor di ruang rawat inap adalah tipe demokratis. Dalam tipe ini supervisor senantiasa bekerja sama dengan staf, mendahulukan kepentingan kelompok dari pada kepentingan individu, dan bersedia menerima saran dari staf. Tipe kepemimpinan demokratis memang yang paling perawat harapkan dari seorang supervisor, akan tetapi sebagai seorang pemimpin yang baik harus bisa menerapkan tipe kepemimpinan sesuai dengan situasi dan karakter dari staf yang dihadapi.

Pada subvariabel faktor organisasi: struktur organisasi menunjukkan sebagian responden dalam kategori cukup. Struktur organisasi disini yaitu bagaimana sebuah organisasi menerapkan peraturan dan kebijakan, bagaimana tugas di deskripsikan dengan jelas dan dikomunikasikan kepada bawahan. Marquis&Huston (2010) mengatakan bahwa

struktur organisasi merupakan cara suatu kelompok dibentuk, garis komunikasi dan hubungan otoritas serta pembuatan keputusan. Artinya bahwa dengan adanya struktur organisasi yang baik, akan mendukung staf semakin patuh dalam melaksanakan pekerjaannya terutama dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Struktur organisasi dimaksud mengandung suatu garis komando dan sistem komunikasi yang baik untuk saling memberikan informasi terkait bidang tugas dari masing-masing bagian. Hal ini didukung oleh penelitian Anugraheni (2010) dimana dalam penelitiannya menemukan bahwa struktur organisasi merupakan faktor yang berhubungan erat dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan standar pelayanan.

Sistem organisasi di RSUD Jombang telah terstruktur dengan baik sehingga garis komando dan garis koordinasi antar tiap bidang dapat terlaksana dengan cukup baik. Dengan adanya struktur organisasi yang baik tersebut dapat mendukung kepatuhan perawat dalam melaksanakan *phlebitis bundle* sudah ada dukungan dari organisasi. Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang baik diperlukan dukungan anggaran dari manajemen untuk kegiatan pendidikan dan pelatihan, pengadaan fasilitas pendukung program, monitoring dan evaluasi, laporan dan rapat rutin, insentif/tunjangan untuk perawat yang taat dalam melaksanakan tindakan sesuai dengan SPO yang ada. Untuk komunikasi antara supervisor dengan perawat perlu ditingkatkan terkait persamaan persepsi penerapan *phlebitis bundle*, hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

6.3 Pengaruh Faktor *Work characteristic* Terhadap Penilaian Pelaksanaan Supervisi Klinis di Ruang Rawat Inap RS

Variabel *work characteristic* terdiri dari *objectives performance* dan *feedback*. *Objectives performance* merupakan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan perawat dalam melaksanakan *phlebitis bundle*. Menurut Kopelman (1998) menyebutkan bahwa

salah satu faktor yang mempengaruhi kinerja adalah karakteristik pekerjaan yang terdiri dari deskripsi pekerjaan, desain pekerjaan dan jadwal kerja. Robbin (2008) menyatakan bahwa *work characteristic* adalah pendekatan terhadap pekerjaan yang dispesifikan kedalam 5 dimensi karakteristik inti yaitu keragaman ketrampilan (*skill variety*), jati diri dari tugas (*task identity*), signifikansi tugas (*task significance*), otonomi dan umpan balik (*feedback*).

Feedback mengacu pada informasi yang menginformasikan pada karyawan tentang seberapa baik prestasi kerja yang telah dicapai selama bekerja. Umpan balik timbul dari pekerjaan itu sendiri, atasan atau karyawan lainnya. Di RSUD Jombang, desain pekerjaan disampaikan pada awal orientasi saat perawat tersebut dinyatakan diterima sebagai perawat. Perawat diorientasikan tugas tanggung jawab, hak dan kewajiban menjadi perawat di RS tersebut. Kegiatan ini erat kaitannya dengan prestasi kerja dan supervisi yang dilakukan oleh RS, namun kegiatan ini masih belum dilaksanakan secara maksimal. Hendaknya RS dapat melakukan kegiatan evaluasi dan upaya perbaikan dari prestasi kerja dan supervisi yang dilakukan.

Pada sub variabel *work characteristic: objectives performance*, seluruh responden pada kategori cukup. *Objectives performance* meliputi orientasi pekerjaan yang menjadi tugas dan tanggung jawabnya dilaksanakan oleh organisasi pada saat perawat tersebut orientasi pekerjaan di saat awal perawat tersebut bekerja. Menurut teori Gibson (1987) dalam Ilyas (2002) yang menyatakan bahwa uraian tugas atau desain pekerjaan merupakan salah satu variabel organisasi yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Desain pekerjaan merupakan keputusan dan tindakan manajerial yang mengkhuskan kedalaman, cakupan dan hubungan pekerjaan yang obyektif guna memenuhi kebutuhan organisasi serta kebutuhan sosial dan individu pemegang pekerjaan.

Desain pekerjaan menguraikan cakupan, kedalaman dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan yang lainnya. Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisis kerja dimana para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktivitas dituntut agar membuahkan hasil (Gibson, 1997). Gibson menjelaskan desain pekerjaan mengacu pada proses yang diterapkan pada manajer untuk memutuskan tugas pekerjaan dan wewenang. Desain pekerjaan merupakan upaya seorang manajer mengklasifikasikan tugas dan tanggung jawab dari masing-masing individu. Pekerjaan yang dirancang dengan baik akan meningkatkan motivasi yang merupakan faktor penentu produktivitas maupun organisasi. Kepuasan kerja dipengaruhi oleh tuntutan pekerjaan dan sejauh mana tuntutan tugas tersebut sesuai dengan kemampuan seseorang. Supervisi merupakan salah satu upaya melakukan evaluasi terhadap tindakan perawat yang dilakukan.

Desain pekerjaan tersebut dapat diaplikasikan dengan baik sehingga akan semakin meningkatkan kepatuhan perawat dalam pengisian dokumentasi asuhan keperawatan. Penelitian ini menemukan bahwa jika perawat mempunyai persepsi yang baik terhadap *objective performance*, desain pekerjaan merupakan daftar pekerjaan mengenai kewajiban pekerja dan mencakup kualifikasi artinya merinci pendidikan dan pengalaman minimal yang diperlukan oleh seorang pekerja untuk melaksanakan kewajiban dan desain pekerjaan yang baik akan mempengaruhi pencapaian kinerja seseorang. uraian tugas digunakan sebagai standar untuk melakukan penilaian kinerja dan uraian tugas atau uraian kerja disusun berdasarkan level kompetensi yang dimiliki serta berdampak pada proses penilaian kinerjanya.

Berdasarkan hal tersebut, seharusnya ada suatu kesinambungan antara uraian tugas dengan penilaian kinerja. Pada subvariabel *workcharacteristic: feedback*, dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian perawat mempersepsikan cukup baik terhadap

pelaksanaan supervisi klinis. Robbin (2008) menyatakan bahwa umpan balik adalah sampai sejauhmana karyawan menerima informasi yang mengungkapkan seberapa baik mereka melaksanakan tugas saat mereka bekerja. Semakin tinggi pencapaian karakteristik pekerjaan, maka pekerjaan menunjukkan kompleksitas yang semakin tinggi yang berarti semakin memberi tantangan dan semakin kuat menentukan potensi bahwa pekerjaan yang menentukan potensi, meningkatkan pertumbuhan dan kepuasan kerja serta menambah efektifitas kerja. Dengan adanya supervisi yang kontinu maka perawat akan patuh terhadap pelaksanaan phlebitis bundle, karena oleh atasan diberikan *feedback* dari tindakan yang dilakukan.

6.4 Pengembangan Model Supervisi Klinis Berbasis Teori Reflektif Interaktif dan Caring Swanson Terhadap Kejadian Tidak Diharapkan Di Rumah Sakit

Dari hasil penelitian pada tahap *cross sectional*, FGD, dan diskusi pakar untuk pengembangan model supervisi klinis didapatkan hasil secara statistik bahwa faktor yang berpengaruh paling besar terhadap pelaksanaan supervisi klinis yaitu faktor organisasi, *work characteristic*, dan terakhir faktor individu. Hal ini sesuai dengan teori produktivitas kerja dari Kopelmen bahwa faktor – faktor yang mempengaruhi produktivitas kerja seseorang yaitu: faktor individu, organisasi, dan *work characteristic* (Kopelmen, 1986).

Pelaksanaan supervisi klinis pada aspek normatif dan *interpersonal relationship* dari hasil *cross sectional* didapatkan hasil sebagian besar perawat menilai kemampuan supervisor dalam kategori cukup. Seorang supervisor diharapkan mampu untuk membimbing, mengarahkan, dan memotivasi seorang perawat untuk bekerja sesuai dengan SPO pengisian dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh RSUD Haji Surabaya.

Bittel (1987) mengemukakan pelaksanaan supervisi kepala ruangan harus terjadwal dan terprogram dan bila dilakukan secara terus menerus dapat memastikan pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai standar praktik keperawatan. Swansburg(2000) menyatakan

seorang manajer keperawatan harus mempunyai kemampuan manajerial yang handal untuk melaksanakan supervisi dan dapat menjalankan peran sebagai perencana, pengarah, pelatih, dan penilai. Menurut White & Winstanley (2006), Hyrkas, et al, (2005) menyatakan supervisi klinik berpotensi meningkatkan keahlian dan kemampuan klinik staf yang pada akhirnya akan mempengaruhi kesuksesan pencapaian rumah sakit. Supervisi sebagai alat untuk memastikan atau menjamin penyelesaian tugas sesuai dengan tujuan dan standar (Marquis & Huston, 2010).

Maksud dari supervisi untuk memastikan bahwa perawat dalam memberikan asuhan keperawatan termasuk dalam pendokumentasian asuhan keperawatan telah sesuai dengan standart yang telah di tetapkan (PPNI, 2002). Penelitian (Julianto M, 2012) mengatakan bahwa ada pengaruh supervisi kepala ruang terhadap dokumentasi asuhan keperawatan dan penelitian (Etlidawati, 2012) menyebutkan ada hubungan strategi supervisi kepala ruang dengan mutu asuhan keperawatan.

Jadi kegiatan supervisi klinis pada aspek administratif ini bukan hanya sekedar penilaian dan pengawasan tetapi lebih kearah pengembangan, pembinaan, dan pengarahan staf perawat. Kegiatan pada pelaksanaan aspek administratif ini diawali dengan *assessment*, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dalam kegiatan supervisi klinis.

Untuk aspek formatif sebagian besar responden menilai dalam kategori cukup. Dari hasil FGD supervisor diharapkan mampu menerapkan caring swanson yang dilakukan secara berurutan dan berulang. Aspek edukatif ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan perawat: *reflective practice* dalam pencegahan plebitis, meningkatkan kemampuan dan pengetahuan perawat terkait pencegahan phlebitis melalui diskusi kebijakan, *knowledge*, dan jurnal terbaru.

Halpern & McKimm (2006) menyebutkan bahwa supervisi adalah tempat di mana isu-isu atau dilema seputar masalah pasien dapat dibicarakan dan ditangani. Melalui

supervisi pelayanan keperawatan, disebutkan pula perawat yang disupervisi menemukan batas-batas dari diri sendiri dan rekan-rekan mereka, serta belajar untuk memberikan kesempatan berpendapat dan beropini terhadap masalah-masalah yang terjadi dalam pekerjaan mereka.

Untuk aspek reflektif sebagian besar responden menilai dalam kategori cukup. Dari hasil FGD seorang supervisor diharapkan mampu untuk meningkatkan motivasi perawat dalam menerapkan phlebitis bundle, supervisor lebih bersikap empati terhadap permasalahan yang dihadapi perawat, dan supervisor bisa membantu perawat mengurangi *burnout* dan konflik dalam pengisian phlebitis bundle.

Supervisi pelayanan keperawatan mampu memberi manfaat kepada perawat pelaksana dalam meningkatkan perasaan didukung, mengurangi isolasi profesional, menurunkan tingkat kelelahan kerja dan emosional, meningkatkan kepuasan kerja dan moral, serta mengembangkan praktek profesional dan dukungan dalam praktek (Driscoll, 2006). Hyrkas (2000) membuktikan supervisi pelayanan keperawatan dapat meningkatkan hubungan perawat yang disupervisi dengan supervisor serta dalam hubungan antar perawat yang lain.

Dalam melaksanakan supervisi klinis pada aspek administratif, edukatif, dan reflektif supervisor harus meningkatkan kualitas hubungan antara perawat dan pasien yang menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang diawali dengan tahap orientasi yaitu kemampuan perawat untuk memahami kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi perawat terkait pencegahan plebitis. Berdasarkan studi literatur menyebutkan bahwa kualitas hubungan dalam supervisi klinis lebih penting dari proses, prosedur, dan *outcome* dari supervisi itu sendiri (Kilminster, 2000).

Hasil penelitian (Tony et al, 2007) menyebutkan perawat yang disupervisi melaporkan bahwa hubungan antar anggota tim menjadi lebih dekat, yang pada akhirnya

meningkatkan kolaborasi, semangat tim, perasaan kebersamaan, dan juga peningkatan keaktifan mereka dalam mendiskusikan masalah-masalah yang terkait dalam peningkatan kualitas pekerjaan. Perawat yang disupervisi juga melaporkan secara jelas peningkatan dalam mempraktekkan diskusi masalah-masalah yang terjadi dalam kegiatan keperawatan mereka. Hubungan antara anggota tim tumbuh lebih matang, semangat kelompok dan solidaritas serta keterampilan pemecahan konflik menjadi semakin berkembang akibat kegiatan supervisi tersebut (Hyrkas, 2005). Ini sangat penting bahwa supervisor bekerja sama dengan perawat dalam menganalisis situasi, sehingga mereka dapat bekerja bersama-sama untuk dapat mengenali, memperjelas, dan mengidentifikasi masalah yang ada.

Perawat dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi setiap hari, metode yang digunakan berdasarkan prinsip-prinsip professional yang akan meningkat secara efektif. Setiap permasalahan akan mempengaruhi kepribadian perawat dan meningkatkan profesionalisme.

6.5 Rekomendasi Penelitian

- a. Penerapan modul pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson dapat dilakukan untuk supervisor (kepala ruang dan katim) yang sudah mengikuti pelatihan supervisi.
- b. Adanya evaluasi dan monitoring secara *continue* agar supervisor dapat melaksanakan kegiatan supervisi klinis untuk meningkatkan kualitas mutu asuhan keperawatan

6.6 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini uji coba model masih diterapkan dalam satu rumah sakit. Untuk itu diperlukan pengembangan dan pengujian model ini perlu dilakukan lebih lanjut untuk diterapkan di tempat yang lebih luas.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Faktor individu: kemampuan dan ketrampilan, karakteristik psikologis secara bermakna berpengaruh terhadap pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson.
2. Faktor organisasi: *reward, training* dan *development*, kepemimpinan, dan struktur organisasi secara bermakna berpengaruh terhadap pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson.
3. Faktor *work characteristic: objectives performance* dan *feedback* secara bermakna berpengaruh terhadap pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson.
2. Ada pengaruh yang signifikan antar pelaksanaan supervisi klinis berbasis teori reflektif interaktif dan caring swanson dengan kejadian tidak diharapkan (phlebitis) di rumah sakit.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi RS

1. Melakukan *assesment* secara *continue* kepada perawat yang mempunyai kinerja kurang baik dalam pelaksanaan phlebitis bundle, sehingga bisa diberikan bimbingan dan pelatihan.
2. Adanya kegiatan *pre-conference* dan *post conference* secara rutin pada setiap pergantian dinas sebagai media informasi dan pengetahuan bagi perawat.
3. Memberikan *reward* kepada perawat yang mempunyai kinerja baik

4. Adanya evaluasi dan supervisi secara kontinu dari pihak manajemen agar supervisor dapat melaksanakan kegiatan supervisi klinis sebagai upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

7.2.2 Bagi Responden

1. Supervisor hendaknya menambah pengetahuan khususnya tentang supervisi klinis melalui pendidikan berkelanjutan maupun melalui pelatihan atau seminar.
2. Perawat hendaknya selalu mematuhi SPO
3. Mengaplikasikan instrument evaluasi pelaksanaan supervisi klinis yang rutin diberikan kepada perawat tiap 6 bulan sekali untuk mengevaluasi kinerja supervisor dalam pelaksanaan kegiatan supervisi klinis.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, F., 2015. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawat Dalam Memenuhi Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Rumah Sakit Pontianak Kalmantan Barat, *Journal Respati*, vol.10, no.4, hal. 49-59.
- Allen, A., 2010. *Professional Clinical Supervision Handbook for Allied Health Professionals*, Lanarkshire NHS Lanarkshire, diakses 20 Oktober 2016, <<http://wilderdom.com/theory/growthchalensupport.html>>.
- Alligood., 2014. *Nursing Theorists and Their Work*, eighth edition, Elsevier: USA.
- Arwani & Supriyanto., 2006. *Manajemen Bangsal Keperawatan*. EGC, Jakarta.
- Azwar S., 1997. *Reliabilitas dan Validitas*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Bittel, L.R., (1987). *Supervisory Training & Development*, Addison Wesley, California.
- Brunero & Parbury., 2008. The Effectiveness of Clinical Supervision in Nursing: An Evidence Based Literature Review, *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 25, no. 3, hal. 86 – 94.
- Budiartha, Putu., 2009. *Pengkajian Keperawatan*, diakses 1 Juni 2016 <<http://nursingbegin.com/tag/pengkajian-keperawatan/>>.
- Butterword & Woods., 1998. *Clinical Governance and Clinical Supervision : Working together To Ensure Safe and Accountable Practice*. A Briefing paper Manchester, Schhol of Nursing, University of Manchester.
- Center of Addition & Mental Heallth., 2008. *Clinical Supervision Handbook*, CMH Staff, Canada.

- Davis C, Burke L., 2011. The Effectiveness of Clinical Supervision for a Group of Ward Managers Based in a District General Hospital : an Evaluative Study, *Journal Nursing Management*, vol.2, no. 5.
- Dawson, Bev Phillips, Sandra., 2013. Effective Clinical Supervision for Regional Allied Health Professionals – the Supervisee’s Perspective, *Australian Health Review*, Vol 3 No. 36, hal. 92–97.
- Depkes RI., 2001. *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*, Depkes RI, Jakarta.
- Deswani., 2009. *Proses Keperawatan dan Berfikir Kritis*, Salemba medika, Jakarta.
- Driscoll., 2006. *Practising Clinical Supervision*, Second edition, Elseiver Health Science
- Etlidawati.. 2012. Hubungan Strategi Supervisi Kepala Ruang Dengan Motivasi Perawat Dalam Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Pariaman, *Tesis Universitas Indonesia*, Jakarta.
- Fitzpatrick, Megan, Clare., 2012. Quality Allied Health Clinical Supervision Policy in Australia : A Literature Review, *Journal Australian Health Review*, hal.461–465.
- Fukui, S., 2014. The Perceptions of Supervisory Support Scale, *Journal of Health*, hal.353–359.
- Gillies, D.A., 2004. *Manajemen Keperawatan: Suatu Pendekatan Sistem*, Edisi ketiga. W.B Saunders Company, Philadelphia.
- Goodyear, R. K., & Rodolfa, E.. (2012). Negotiating the complex ethical terrain of clinical, *American Psychological Association*. Washington, D.C, Vol. 2, hal (261-276).

- Goziyan, 2012.. Efektifitas Penerapan Supervisi Kepala Ruang Terhadap Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Bantul, *Tesis Universitas Muhammadiyah Bantul*, Yogyakarta.
- Gustomi., 2015. Penerapan Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan Model Problem Oriented Record (POR) Terhadap Kinerja Perawat, *Journals Of Nurse Community*, vol.6, no. 2, hal. 150-157.
- Hadarani., 2013. Evaluasi Penerapan Format Dokumentasi Keperawatan Model Check List di RSUD Banjarbaru Kalimantan Selatan, *Tesis Universitas Gadjah Mada*, Yogyakarta.
- Halpern., 2009. Supervision, *Journal Hospital Medical* vol. 70, no. 4.
- Hasibuan, Malayu., 2011. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Revisi, Jakarta.
- Hawkins & Shohet., 2000. *Supervision in the Helping Professions*, 2nd edn, Open University Press, Buckingham.
- Helpern, H & McKimM, J., 2009. Supervision. *British Journal of Hospital Medicine*, vol 70, no. 4.
- Herdman & Kamitsuru, 2015.. ‘*Nursing Diagnoses; definition and classification 2015-2017, Tenth edition*’, Wiley Blackwell, UK.
- Hidayat, A., 2008, *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Huber, L.D., 2006. *Leadership and Nursing Care Management*, Third Edition. Philadelphia : Elsevier. 37- 8.
- Hyrkas K., 2005. First Line Managers’ Views of the Long Term Effects of Clinical Supervision: How Does Clinical Supervision Support and Develop Leadership in Health Care? *Journal Nursing Management*, vol 13, hal. 209–220.

- Hyrkas K., 2005. Clinical Supervision, Burnout and Job Satisfaction Among Mental Health Psychiatric Nurses in Finland. *Issues Mental Health Nursing*, vol 26, hal. 531–556.
- Julianto, M., 2008. Pengaruh Penerapan Supervisi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Lantai 2 IRNA GPS RSUP Fatmawati, *Jurnal RSUP Fatmawati*, Jakarta.
- Kilminster, S., 2000. Effective Supervision in Clinical Practice Settings: a Literature Review, Ireland: Blackwell Science Ltd, *Journal Medical Education*, 34: 827-840.
- Kozier., 2011. *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice*, Ninth edition, Pearson Education, New Jersey.
- Kron, T., 1997. Management of Patient Care : *Putting Leadership Skill To Work*. Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Lynch L, Happell B, Sharrock., 2008. *Clinical Supervision for Nurses*, 1st Ed, Wiley-Blackwell, UK.
- Marquis & Huston., 2010. *Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, Teori & Aplikasi Edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Mua, E.L., 2011. Pengaruh Pelatihan Supervisi Klinik Kepala Ruangan Terhadap Kepuasan Kerja dan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Woodward Palu, *Tesis*, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Muhlisin., 2011. *Dokumentasi Keperawatan*, Goyen Publishing, Yogyakarta.
- Mularso., 2006. Supervisi Keperawatan di Rumah Sakit Dr. A. Azis Singkawang: Studi Kasus, Tesis Universitas Gajdah Mada, Yogyakarta.
- Mulianto., 2007. *Panduan Lengkap Supervisi Diperkaya Perspektif Syariah*, Gramedia, Jakarta.

- Nancarrow., 2014. Connecting Practice: A Practitioner Centred Model of Supervision, *Clinical Governance: An International Journal*, vol. 19, no. 3, hal 235-252, Emerald Group Publishing Limited
- Natasya, N., 2014. Hubungan antara Faktor Motivasi dan Supervisi dengan Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Discharge Planning di RSUD Gambiran Kota Kediri, *Jurnal Aplikasi Manajemen (JAM)* Vol 12 No 4, Universitas Brawijaya, Malang.
- Notoadmodjo., 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam & Ferri., 2007. *Pendidikan dalam Keperawatan*, Salemba Medika. Jakarta.
- Nursalam., 2008. *Proses & Dokumentasi Keperawatan: Konsep & Praktik*, Salemba Medika, Jakarta.
- ., 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- ., 2014. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*, Salemba Medika, Jakarta.
- ., 2015, *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktek Profesional*, edisi 5, Salemba Medika, Jakarta.
- Pearce, P. et al., 2012. Content of Clinical Supervision Sessions for Nurses and Allied Health Professionals *A Systematic Review*, hal. 139–154.
- Potter & Perry., 2005, *Buku ajar Fundamental Keperawatan*, Konsep, Proses & Praktik. EGC, Jakarta.
- Proctor, B., 2010. Review : A Randomised Controlled Trial of Clinical Supervision : Selected Findings From a Novel Australian Attempt to Establish the Evidence Base for Causal Relationships with Quality of Care and Patient Outcomes , As an Informed Contribution to Mental Health

- Nursing Practice Development. *Journal of Research in Nursing*: vol. 15, no. 5, hal 169–172.
- Proctor, B., 2011. *Training for the Supervision Alliance: Attitude, Skills and Intention*. Routledge handbook of clinical supervision: fundamental international themes. Routledge, London, hal. 23–34.
- Purweni, S., 2015. Perbedaan Tingkat Kepuasan dan Kinerja Perawat Terhadap Penerapan Supervisi Langsung dan Tidak Langsung di RSIA Semarang. *Tesis Universitas Diponegoro*, Semarang.
- Rivai & Mulyadi., 2010. *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi* , PT Raja Grafindo: Jakarta.
- Robbins., 2006, *Perilaku Organisasi*, Gramedia Grup, Jakarta.
- Rowe, A & Haywood, J., 2007. *Providing effective Supervision*, Skill for Care & CWDC , England.
- Saxby, C., Hons, B. & Educator, A.H., 2015. Can Clinical Supervision Sustain Our Workforce in the Current Healthcare Landscape ? Findings From a Queensland Study of Allied Health Professionals, *Journal Australian Health Review*, vol. 39, hal. 476–482.
- Setiadi., 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan keperawatan, Teori dan Aplikasi, Graha Ilmu*, Yogyakarta.
- Setiawan, A., 2014. Efektifitas Model Supervisi Klinis Edukatif, suportif, dan administratif ESA-C dalam Meningkatkan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum, *Disertasi Universitas Indonesia*, Jakarta.
- Severinsson, E., 2012. Evaluation of the Manchester Clinical Supervision Scale©: Norwegian and Swedish version, *Journal of Nursing Management*, vol.20, hal 20-32.
- Sitorus, R., 2006. *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*, EGC, Jakarta.

- Sitorus R. & Panjaitan., 2011. *Menejemen Keperawatan di Ruang Rawat*, Edisi 1, CV Sagung Seto , Jakarta .
- Snowdon., 2015. Effectiveness of Clinical Supervision of Allied Health Professionals. *Journal Allied Health* , vol. 45, no.2, hal. 113–121.
- Supratman, & Sudaryanto., 2008. Model-model Supervisi Keperawatan Klinik, *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, Vol.1 No 4, hal 193 – 96.
- Sofiyudin., D, 2011. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Supriyanto, S & Ratna., 2007. *Manajemen Mutu*, Health Advocay, Surabaya
- Sugiyono., 2006, *Metodologi Penelitian Administrasi*, edisi 13, CV Alfabeta: Jakarta.
- Swansburg, R., 2000. *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*, EGC,Jakarta.
- Tony., 2007. Wicked Spell or Magic Bullet? A Review of the Clinical Supervision Literature 2001-2007, *Journal Nurse Education Today*, Elseiver.
- Turner., 2005. Group clinical supervision: supporting neurology clinical nurse specialists in practice. *Journal Community Nursing*, vol. 19, no. 9, hal. 4–8.
- Wang., 2011. Quality of Nursing Documentation and Approaches to its Evaluation: a mixed-method systematic review.*Journal of Advanced Nursing* , vol.3, no.5.
- Wahid & Suprpto., 2012, *Dokumentasi Proses Keperawatan*, Nuha Medika, Jakarta.
- Wahyuni, ED., 2012, Pengembangan model perilaku perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis teori of planned behavior di RSD Mardi Waluyo Blitar, *tesis Magister*, Universitas Airlangga, Surabaya
- Widiyanto, P, 2013. Pengaruh Pelatihan Supervisi Terhadap Penerapan Supervisi Klinik Kepala ruang dan Peningkatan Kualitas Tindakan Perawatan Luka Di

RS PKU Muhammadiyah Temanggung, *Tesis Universitas Muhammadiyah, Yogyakarta.*

White & Winstanley., 2010. A Randomised Controlled Trial of Clinical Supervision: Selected Findings From a Novel Australian Attempt to Establish the Evidence Based for Causal Relationships With the Quality of Care and Patient Outcomes, as an Informed Contribution to Mental Health Nursing Practice Development, *Journal Nursing*, Vol 15, hal.151–167.

White & Winstanley., 2011, *The MCSS-26 user manual*, Version 1.0, Osman Consulting, Sydne.

White & Winstanley., 2010. Does Clinical Supervision Lead to Better Patient Outcomes in Mental Health Nursing? *Journal Nursing Times*, Vol. 106, hal. 16–18.

Winstanley & White., 2011. The MCSS-26: Revision of the Manchester Clinical Supervision Scale Using the Rasch Measurement Model. *Journal of Nursing Measurement*, vol. 19, no.3, hal. 160–178.

Winstanley J., 2000. *Manchester Clinical Supervision Scale*, *Journal Nursing Standar*, vol 14, hal.31–32.

Zakiah, A., 2012. Pengaruh Supervisi Pimpinan Ruang Terhadap Pelaksanaan Pemberian Cairan Intravena di Rumah Sakit Umum Sidoarjo, *Tesis Universitas Indonesia, Jakarta.*

Yulita, Y., 2013. Pengaruh Supervisi Model Reflektif Interaktif Terhadap Perilaku Keselamatan perawat Pada Bahaya Agen Biologik DI RSUD Provinsi Kepulauan Riau Tanjung Uban, *Tesis Universitas Indonesia, Jakarta.*

PENJELASAN MENJADI RESPONDEN

Teman sejawat yang terhormat,

Saya, Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S. Kp, M. Kep, Dosen Poltekkes Kemenkes Malang. Dalam rangka kegiatan penelitian saya menyebarkan kuesioner penelitian tentang **“Pegembangan model supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan *caring* terhadap kejadian tidak diharapkan (Plebitis) di RS”**.

Penelitian diawali dengan menyebarkan kuesioner kepada rekan-rekan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan supervisi klinis. Hasil yang diperoleh dari rekan-rekan, merupakan masukan yang dapat digunakan untuk meningkatkan pelaksanaan supervisi klinis.

Demikian penjelasan ini, apabila rekan sejawat menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab semua pertanyaan yang telah disiapkan. Atas kesediaan dan kerja samanya, saya ucapkan terima kasih.

Malang, 2021

Peneliti

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden

**INFORMED CONSENT PERAWAT PELAKSANA
(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertandatangan dibawah ini :

No.Responden :.....

Ruangan :.....

Umur :.....

JenisKelamin :.....

Pekerjaan :.....

Alamat :.....

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul “mengembangkan model supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan *caring* terhadap kejadian tidak diharapkan (medication error) dan kepuasan pasien di RS”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur penelitian

Dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidakbersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Malang, Maret 2021

Peneliti,

Responden,

Dr. Tri Johan Agus

.....

Saksi,

Saksi,

.....

.....

*) Coret salah satu

**PENGUMPULAN DATA DEMOGRAFI (PERAWAT)
PENGEMBANGAN MODEL SUPERVISI KLINIS**

No. Responden :

Tgl Pengisian :

Petunjuk :

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran anda sangat penting dalam penelitian ini.
3. Saudara dipersilakan memilih salah satu jawaban yang tersedia dengan memberikan tanda (√) pada kotak jawaban yang tersedia.
4. Usahakan agar tidak ada satu jawaban yang terlewatkan.
5. Anda sepenuhnya bebas menentukan pilihan.
6. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali kepada peneliti.

DATA DEMOGRAFI

1. Umur :..... Tahun
2. Jenis Kelamin:.....
3. Lama bekerja di RSUI Madinah Malang.....Tahun
4. Pendidikan Terakhir.....

KUESIONER KEMAMPUAN & KETERAMPILAN SUPERVISI

1. Program kerja supervisi di sosialisasikan kepada perawat pelaksana yang ada di ruangan
 - A. Tidak ada sosialisasi
 - B. Ada sosialisasi – tidak lengkap sosialisasinya
 - C. Ada sosialisasi – lengkap – tidak rasional (sebagian)
 - D. Ada sosialisasi – lengkap – rasional

2. Supervisor senantiasa menghargai perawat selama pelaksanaan supervisi:
 - A. Tidak pernah
 - B. Kadang-kadang dilakukan
 - C. Sering dilakukan
 - D. Selalu dilakukan

3. Supervisor bersikap empati (peduli) ketika perawat menghadapi sebuah permasalahan dalam pekerjaan:
 - A. Tidak pernah
 - B. Kadang-kadang dilakukan
 - C. Sering dilakukan
 - D. Selalu dilakukan

4. Ada jadwal supervisi yang dilakukan di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya
 - A. Tidak ada
 - B. Ada – tidak lengkap – tidak rasional
 - C. Ada-lengkap-tidak rasional
 - D. Ada-lengkap-rasional

5. Koordinasi dengan perawat dilakukan setiap akan melakukan supervisi
 - A. Tidak ada
 - B. Ada-kadang-kadang dilakukan
 - C. Ada-sering dilakukan
 - D. Ada- selalu dilakukan

6. Pelaksanaan supervisi yang dilakukan seperti layaknya pengawasan:
 - A. Tidak pernah
 - C. Sering dilakukan

**KUESIONER KARAKTERISTIK PSIKOLOGIS, FAKTOR ORGANISASI DAN
WORK CHARACTERISTIC DALAM PENGEMBANGAN MODEL SUPERVISI
KLINIS**

No Responden :..... (diisi oleh Peneliti)

Tanggal pengisian :.....

Petunjuk Pengisian

1. Beri tanda centang (√) pada kolom yang Saudara anggap sesuai dengan pendapat Saudara
2. Tuliskan kritik dan saran Saudara pada pengembangan model supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan *caring Swanson* terhadap kejadian tidak diharapkan (medication error) dan kepuasan pasien di RSUI Madinah Malang.
3. Keterangan singkatan:
 - SS = Sangat setuju
 - S = Setuju
 - TS = Tidak setuju
 - STS = Sangat tidak Setuju

KUESIONER KARAKTERISTIK PSIKOLOGIS

TINDAKAN	SS	S	TS	STS
PERSEPSI 1. Kegiatan supervisi sangat menyita waktu perawat 2. Kegiatan supervisi mampu meningkatkan kemampuan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan 3. Supervisi dokumentasi asuhan keperawatan merupakan kegiatan				

yang monoton				
<p>MOTIVASI</p> <p>4. Supervisor selalu memberi motivasi dalam supervisi klinis</p> <p>5. Program supervisi yang ditentukan rumah sakit membuat profesionalisme perawat meningkat</p> <p>6. Kegiatan supervisi dilakukan secara terus menerus dan terjadwal</p> <p>SIKAP</p> <p>7. Perawat senang dengan tugas pokok perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan</p> <p>8. Perawat senang bekerja sama dengan supervisor di ruangan ini</p> <p>9. Supervisor saya selama pelaksanaan supervisi tidak mampu mengatasi permasalahan saya</p>				

FAKTOR ORGANISASI DAN *WORK CHARACTERISTIC*

FAKTOR ORGANISASI (X2)

PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
<p><i>REWARD</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat puas dengan gaji yang diterima dari rumah sakit 2. Rumah sakit memberikan <i>reward</i> (penghargaan) kepada saya terkait pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang saya kerjakan 3. Rumah sakit memberikan <i>punishment (hukuman)</i> terkait kepatuhan perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan 4. Kebijakan pembayaran imbalan yang saya terima ditetapkan dengan adil oleh rumah sakit 				
<p><i>TRAINING DAN DEVELOPMENT</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. RS memiliki sistem perencanaan dan pengelolaan SDM yang baik 6. Rasa aman dan pengembangan karir menjadi hal yang sangat penting 7. Saya mendapat kesempatan dari rumah sakit untuk menunjukkan kemampuan saya terkait pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan 8. Rumah sakit memberi kesempatan kepada saya untuk mengikuti pelatihan 				
<p><i>KEPEMIMPINAN</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Gaya kepemimpinan yang diterapkan di unit sudah sesuai 				

dengan yang diharapkan perawat				
10. Supervisor saya selalu mengawasi apa yang saya kerjakan 11. Supervisor saya selalu mengarahkan dengan spesifik				
12. Supervisor saya selalu bersedia mendengar pendapat dan saran dari perawat 13. Supervisor dan perawat saling memberi gagasan dalam perbaikan dokumentasi asuhan keperawatan 14. Komunikasi antara supervisor dan bawahan sangat baik				
15. Supervisor saya selalu melibatkan bawahan dan rekan kerja dalam pengambilan keputusan 16. Supervisor saya jarang mengawasi pekerjaan saya				
STRUKTUR ORGANISASI 17. Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji peraturan yang diterapkan oleh supervisor tidak berlaku kaku 18. Kebijakan yang di ambil supervisor selalu sejalan dengan kepentingan saya sebagai perawat 19. Tugas dan wewenang yang diterapkan organisasi tidak begitu jelas 20. Tugas/pekerjaan di ruangan ini yang terkait dokumentasi asuhan keperawatan di deskripsikan secara jelas				

WORK CHARACTERISTIC (X3)

PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
<i>OBJECTIVES PERFORMANCE</i>				
21. Perawat diberi penjelasan tentang tugas dan tanggung jawabnya dalam dokumentasi asuhan keperawatan				
22. Rumah sakit memiliki system pengawasan dan monitoring yang baik untuk dokumentasi asuhan keperawatan				
23. Pengawasan kegiatan dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pihak rumah sakit dengan menetapkan suatu prosedur SOP				
24. Pihak RS melakukan supervisi dengan cara observasi, laporan tertulis, lisan, dan inspeksi mendadak.				
25. Pengisian dokumentasi asuhan keperawatan melibatkan kerjasama dokter, perawat, farmasi, ahli gizi dan tenaga medis lain.				
<i>FEEDBACK</i>				
26. Supervisor memberikan penjelasan terkait tanggung jawab perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan				
27. Supervisor memberi penghargaan kepada perawat atas dokumentasi asuhan keperawatan yang sudah dikerjakan				
28. Supervisor menilai ketaatan/kepatuhan perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan				
29. Supervisor memberikan umpan balik				

kegiatan supervisi secara obyektif 30. Ada tindak lanjut dari hasil kegiatan supervisi yang sudah dilakukan.				
---	--	--	--	--

Kritik.....

Saran.....

KUESIONER PENERAPAN MODEL SUPERVISI KLINIS BERBASIS TEORI REFLEKTIF INTERAKTIF DAN CARING TERHADAP KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD) PLEBITIS

No Responden :..... (diisi oleh Peneliti)

Tanggal pengisian :.....

Petunjuk Pengisian

- 1) Beri tanda centang (√) pada kolom yang Saudara anggap sesuai dengan pendapat Saudara
- 2) Tuliskan kritik dan saran Saudara terhadap pengembangan model supervisi klinis berbasis teori Reflektif Interaktif dan *caring Swanson* terhadap kejadian tidak diharapkan (plebitis) dan kepuasan pasien di RS.
- 3) Petunjuk pengisian:
 1. TP =tidak pernah dilaksanakan
 2. K = kadang-kadang apabila kadang melakukan dan sering tidak melakukan
 3. S = sering dilaksanakan, apabila sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang-kadang tidak melakukan
 4. SS = selalu dilaksanakan

PELAKSANAAN KEGIATAN SUPERVISI	TP	K	S	SS
Pengkajian Aspek Adminitrative <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor saya melakukan supervisi sesuai kontrak awal/jadwal yang sudah disepakati 2. Supervisor saya menyampaikan tujuan dilakukan supervisi 3. Supervisor saya memberi kesempatan saya untuk menyampaikan permasalahan terkait 				

<p>pengecahan plebitis</p>				
<p>Perencanaan</p> <p>Aspek Administrative</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor saya melibatkan perawat dalam memutuskan permasalahan terkait pencegahan plebitis 2. Supervisi untuk pencegahan phlebitis diperuntukkan untuk seluruh perawat 3. Supervisor membuat jadwal supervisi 				
<p>Implementasi</p> <p>Aspek Administrative</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi dilaksanakansesuai dengan jadwal yang sudah di buat supervisor 2. Supervisor membantu saya melakukan pekerjaan dengan percaya diri 3. Supervisor saya menghargai masukan dari perawat 4. Saya merasa kurang percaya diri ketika bekerja bersama-sama dengan supervisor 				
<p>Evaluasi</p> <p>Aspek Administrative</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor saya memberi solusi terhadap masalah yang saya hadapi terkait dokumentasi asuhan keperawatan. 2. Kegiatan supervisi dapat membantu menyelesaikan masalah terkait pencegahan phlebitis. 3. Ada tindak lanjut dari keiatan supervisi 				
<p>ASPEK Educatif</p>				
<p>Pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor menilai pelaksanaan pencegahan phlebitis di ruangan 				

<p>2. Supervisor menilai pengetahuan dan ketrampilan perawat terkait pemasangan infus di ruangan</p> <p>3. Supervisor menyediakan kebutuhan sarana dan prasarana dalam pemasangan infus di ruangan</p>				
<p>Intervensi</p> <p>1. Supervisor membuat tujuan dilaksanakan supervisi</p> <p>2. Supervisi dilaksanakan sesuai dengan permasalahan yang ada di ruangan</p> <p>3. Supervisor saya menjelaskan & menyediakan panduan dalam mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan</p>				
<p>Implementasi</p> <p>1. Supervisor saya membantu perawat dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam pencegahan flebitis</p> <p>2. Supervisor saya melakukan supervisi ketika ada kesalahan dalam pemasangan infus</p> <p>3. Saya belajar banyak pengalaman dari supervisor saya terkait pencegahan flebitis</p>				
<p>Evaluasi</p> <p>1. Kegiatan supervisi dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan perawat terkait pencegahan flebitis</p> <p>2. Supervisor selalu menyampaikan tentang rencana tindak lanjut dari kegiatan supervisi</p> <p>3. Kegiatan supervisi membuat saya lebih percaya diri dalam bekerja</p>				
ASPEK Reflektif				
Pengkajian				

<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor memperhatikan psikologi saya selama pemberian asuhan di ruangan 2. Supervisor memberi dukungan kepada saya selama pemberian asuhan di ruangan 				
<p>Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor memberi kesempatan kepada saya untuk mengikuti pelatihan/seminar. 2. Supervisor memberi kesempatan kepada saya untuk berbicara ketika saya ada masalah di ruangan 3. Kesempatan mendapatkan supervisi dapat meningkatkan kualitas kerja saya 				
<p>Implementasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor menunjukkan sikap empati apabila saya menghadapi masalah 2. Saya mengalami kesulitan menghubungi supervisor ketika menemui masalah dalam pemasangan infus. 3. Supervisor saya merupakan supervisor yang luar biasa. 4. Supervisor saya memberikan dukungan yang sangat berharga kepada saya 				
<p>Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan kegiatan supervisi membuat saya tidak nyaman dalam bekerja 2. Kegiatan supervisi membuat saya termotivasi untuk mengembangkan kemampuan saya dalam pencegahan phlebitis 3. Supervisor saya mampu menurunkan kecemasan yang saya rasakan selama bekerja 				

Lampiran

Kelompok Kontrol

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
KTDPreKontrol	30	1.1333	.34575	1.00	2.00
KTDPostKontrol	30	1.0667	.25371	1.00	2.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KTDPostKontrol -	Negative Ranks	2 ^a	1.50	3.00
KTDPreKontrol	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	28 ^c		
	Total	30		

a. KTDPostKontrol < KTDPreKontrol

b. KTDPostKontrol > KTDPreKontrol

c. KTDPostKontrol = KTDPreKontrol

Test Statistics^b

	KTDPostKontrol - KTDPreKontrol
Z	-1.414 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
KNCPreKontrol	30	1.2333	.43018	1.00	2.00
KNCPostKontrol	30	1.2000	.40684	1.00	2.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KNCPstKontrol -	Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
KNCPreKontrol	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	29 ^c		
	Total	30		

a. KNCPstKontrol < KNCPreKontrol

b. KNCPstKontrol > KNCPreKontrol

c. KNCPstKontrol = KNCPreKontrol

Test Statistics^b

	KNCPstKontrol - KNCPreKontrol
Z	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Kelompok Perlakuan

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
KTDPstPerlakuan	30	1.1333	.34575	1.00	2.00
KTDPstPerlakuan	30	1.0000	.00000	1.00	1.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KTDPstPerlakuan -	Negative Ranks	4 ^a	2.50	10.00
KTDPstPerlakuan	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	26 ^c		
	Total	30		

a. KTDPstPerlakuan < KTDPstPerlakuan

b. KTDPstPerlakuan > KTDPstPerlakuan

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KTDPstPerlakuan -	Negative Ranks	4 ^a	2.50	10.00
KTDPstPerlakuan	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	26 ^c		
	Total	30		

a. KTDPstPerlakuan < KTDPstPerlakuan

c. KTDPstPerlakuan = KTDPstPerlakuan

Test Statistics^b

	KTDPstPerlakuan - KTDPstPerlakuan
Z	-2.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.046

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
KNCPstPerlakuan	30	1.2000	.40684	1.00	2.00
KNCPstPerlakuan	30	1.0667	.25371	1.00	2.00

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
KNCPstPerlakuan -	Negative Ranks	4 ^a	2.50	10.00
KNCPstPerlakuan	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	26 ^c		
	Total	30		

a. KNCPstPerlakuan < KNCPstPerlakuan

b. KNCPstPerlakuan > KNCPstPerlakuan

c. KNCPstPerlakuan = KNCPstPerlakuan

Test Statistics^b

	KNCPstPerlaku an - KNCPrePerlakua n
Z	-2.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.046

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test