

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Belajar

Belajar adalah suatu proses terjadinya perubahan perilaku yang melibatkan aktivitas mental atau psikis secara aktif yang menghasilkan perubahan dalam pengetahuan, pemahaman, keterampilan dan sikap (Roger 2003, Winkel 2004).

Secara garis besar belajar terbagi menjadi dua sudut pandang yaitu behaviorisme dan konstruktivisme. Dalam sudut pandang behaviorisme belajar sangat erat kaitannya dengan terjadinya perubahan tingkah laku yang bersumber dari interaksi peserta didik dengan lingkungannya (Cahyo, 2013).

Slameto (2003) menyatakan bahwa belajar adalah suatu usaha yang dilakukan seseorang untuk memperoleh suatu perubahan tingkah laku, di mana merupakan hasil dari pengalaman sendiri dalam proses interaksinya dengan lingkungan yang dilakukan secara sadar, aktif dan positif, *kontinue* dan fungsional serta mempunyai tujuan yang terarah.

Sedangkan konstruktivisme meyakini bahwa pengetahuan akan terbangun didalam diri peserta didik ketika mereka berusaha untuk mengorganisasikan pengalaman belajar berdasarkan kerangka kognitif yang telah terbentuk sebelumnya.

2. Pembelajaran Klinik

a. Pembelajaran

Proses belajar mengajar merupakan suatu proses menterjemahkan dan mentransformasikan nilai-nilai yang terdapat dalam kurikulum, secara aktif antara pengajar dan siswa disampaikan secara edukatif untuk mencapai tujuan tertentu. Interaksi atau hubungan timbal balik antara pendidik dan siswa merupakan syarat utama bagi berlangsungnya proses belajar mengajar. Interaksi dalam peristiwa belajar mengajar mempunyai arti yang lebih luas, tidak hanya sebatas hubungan antara pengajar dan siswa, tetapi berupa interaksi edukatif dan memberikan pengalaman belajar kepada mahasiswa. Dalam hal ini bukan hanya penyampaian pesan berupa materi pelajaran, melainkan penanaman sikap dan nilai pada diri peserta didik yang sedang belajar (Sudjana, 1987, Suryabrata, 1989 dan Usman, 1989 dalam Widyartini, 2002).

Hergenhahn (1982, dalam Reilly & Oermann 2002) memandang pembelajaran sebagai suatu proses yang menjembatani perilaku dan tindakan sebagai variabel intervensi antara pengalaman tertentu dan perubahan perilaku.



Slameto (2003) mengemukakan ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh pendidik dalam mengelola pembelajaran, antara lain: mengusahakan agar setiap peserta didik dapat berpartisipasi secara aktif,

menganalisis struktur materi yang diajarkan, menganalisis *sequence* pembelajaran dan memberikan penguatan (*reinforcement*) dan *feed back*.

b. Pendidikan profesi ners

Pendidikan tinggi keperawatan merupakan tingkatan pendidikan yang bertujuan menghasilkan profesi perawat yang profesional. Proses pendidikan dilaksanakan melalui 2 tahap yaitu tahap akademik dan tahap Profesi Ners, di mana pada tahap profesi merupakan proses transformasi mahasiswa untuk menjadi perawat profesional (Nursalam, 2008).

Tahap profesi ners merupakan lanjutan program akademik melalui pembelajaran klinik yang menuntut lulusannya memiliki karakteristik esensial profesi meliputi 5 aspek berikut (Erniyati, 2010) :

- 1) Penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan
- 2) Kemampuan dalam menyelesaikan masalah secara alamiah
- 3) Sikap dan tingkah laku profesional
- 4) Belajar aktif dan mandiri
- 5) Pendidikan berada di masyarakat

Menurut Winsley (1964) dalam Reilly & Oermann. (2002), profesi adalah suatu pekerjaan yang membutuhkan badan ilmu sebagai dasar pengembangan teori pendidikan dan pelatihan yang cukup lama, serta memiliki kode etik dengan fokus utama pada pelayanan.

Ciri-ciri profesi menurut Winsley, (1964) :

- 1) Didukung oleh badan ilmu yang sesuai dengan bidangnya, jelas wilayah kerja keilmuan dan aplikasinya.
- 2) Profesi diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan yang terencana, terus menerus dan bertahap.
- 3) Pekerja profesi diatur oleh kode etik profesi serta diakui secara legal melalui perundang-undangan.
- 4) Peraturan dan ketentuan yang mengatur hidup dan kehidupan profesi (standar pendidikan dan pelatihan, standar pelayanan dan kode etik) serta pengawasan terhadap pelaksanaan peraturan -peraturan tersebut dilakukan sendiri oleh warga profesi.

c. Tempat praktik profesi

Program pendidikan profesi ners disebut juga program pembelajaran klinik di mana lahan praktik yang digunakan antara lain Rumah Sakit, dan lembaga kesehatan umum seperti Puskesmas, Klinik Bersalin, Panti Werdha dan Komunitas (keluarga dan masyarakat). (Reilly dan Oermann, 2002).

Pendidikan profesi hanya dapat dilakukan di lingkungan yang nyata melalui penumbuhan dan pembinaan keterampilan intelektual, teknikal dan interpersonal. Komponen yang harus ada pada tatanan tempat praktik adalah (Nursalam, 2008):

- 1) Kesempatan kontak dengan klien
- 2) Tujuan praktik

- 3) Bimbingan yang kompeten
- 4) Praktik keterampilan
- 5) Dorongan untuk berpikir kritis
- 6) Kesempatan mentransfer pengetahuan
- 7) Kesempatan dalam mengintegrasikan pengetahuan
- 8) Penggunaan konsep tim

Kriteria pemilihan lingkungan praktik klinik menurut Hawkins (1981, dalam Reilly dan Oermann, 2002) dibagi menjadi 4 area :

- 1) Keseluruhan : lingkungan dan staf pengajar
- 2) Klien atau pasien
- 3) Staf karyawan
- 4) Sarana dan prasarana untuk peserta didik dan staf pengajar.

d. Metode Pembelajaran Klinik

Metode pembelajaran klinik menurut Nursalam & Ferry (2008) adalah suatu metode yang sesuai dengan kerangka konsep pembelajaran, digunakan untuk mendidik peserta didik di klinik yang memungkinkan pendidik untuk dapat diterapkan kepada peserta didik sesuai dengan kualifikasi dan karakteristiknya.

Menurut Schweek and Gebbie praktik klinik merupakan “*the heart of the total curriculum plan*”. Pendapat ini menunjukkan bahwa unsur utama dalam pendidikan keperawatan adalah bagaimana proses pembelajaran di klinik itu dilakukan. Proses pembelajaran dipengaruhi oleh peserta didik dan pendidik (Nurhidayah, 2011).

Preseptor klinik bertanggung jawab menentukan metode pembelajaran di klinik untuk mendukung tujuan tersebut. Beberapa metode klinik yang biasa digunakan adalah metode *experiential*, metode pemecahan masalah, metode konferensi, metode observasi, metode multimedia, metode *self directed*, metode preceptorship, dan metode *bedside teaching* (Reilly dan Oermann, 2002, dan Nursalam, 2008).

1) Metode *Experiential*

Metode ini merupakan metode yang memberikan penugasan untuk membuat catatan dan laporan secara tertulis, dilahan praktek (Hidayat, 2008). Metode pengajaran ini memberikan pengalaman langsung dari kejadian. Metode ini didasarkan pada konsep pembelajaran fenomenologik. Metode ini menyediakan interaksi antara mahasiswa dengan lingkungan yang menjadi tempat mahasiswa memperoleh makna pribadi (Reilly dan Oermann, 2002). Metode ini meliputi penugasan klinik, penugasan tertulis, simulasi dan permainan. Contoh penugasan tertulis: menulis rencana keperawatan, studi kasus, perencanaan pendidikan kesehatan, proses pencatatan, membuat laporan kunjungan, pembuatan makalah dan catatan kerja peserta didik tentang hasil observasi di lapangan serta pengalaman prakteknya. Contoh simulasi dan permainan yaitu menggunakan model boneka dalam melakukan keterampilan misalnya pemeriksaan payudara, kateterisasi urine, pemberian injeksi (Hidayat, A.A. 2008).

Metode ini mempunyai kelebihan dan kelemahan. Beberapa kelebihan metode *experiential* adalah sebagai berikut (Nursalam, 2008).

- a) Perawat menjadi kompeten dalam tugas.
- b) Ketercapaian proses keperawatan meningkat.
- c) Mengimplementasikan model praktik profesional.

Beberapa kelemahan metode *experiential* adalah sebagai berikut.

- a) Mahasiswa hanya melihat tugas asuhan keperawatan sebagai keterampilan semata saja.
- b) Mahasiswa yang belum terampil memerlukan waktu yang banyak untuk pembelajaran.
- c) Apabila pekerjaan selesai, mahasiswa akan meninggalkan klien dan melakukan tugas yang lain.

2) Metode Pemecahan Masalah

Metode pemecahan masalah membantu mahasiswa dalam menganalisa situasi klinis yang bertujuan untuk menjelaskan masalah yang akan diselesaikan, memutuskan tindakan yang akan diambil, menerapkan pengetahuan untuk memecahkan suatu masalah klinis, memperjelas keyakinan dan nilai seseorang. Metode pemecahan masalah mempunyai kelebihan dan kelemahan.

Beberapa kelebihan metode pemecahan masalah adalah sebagai berikut (Reilly dan Oermann, 2002).

- a) Mahasiswa berpotensi mengembangkan kemampuan berpikir kritisnya dalam memecahkan masalah.
- b) Mahasiswa diharuskan dapat menguasai materi pembelajaran agar dapat memberikan solusi yang tepat untuk masalah klien.
- c) Mahasiswa dapat menerapkan asuhan keperawatan yang tepat.

Beberapa kelemahan metode pemecahan masalah adalah sebagai berikut:

- a) Dosen/preseptor harus memberikan perhatian yang maksimal kepada mahasiswa.
- b) Mahasiswa yang tidak menguasai materi akan mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan.

3) Metode Konferensi

Metode konferensi merupakan bentuk diskusi kelompok mengenai beberapa aspek praktis klinis. Mahasiswa dapat berbicara saat proses pemecahan masalah dan menerima *feedback* langsung dari rekannya dan dosennya. Metode konferensi terdiri dari pra klinik (*preconference*) dan pasca klinik (*postconference*) (Nursalam, 2008). Metode konferensi mempunyai kelebihan dan kelemahan. Beberapa kelebihan metode konferensi adalah sebagai berikut (Reilly dan Oermann, 2002).

- a) Membuka ruang antar dosen dan mahasiswa untuk saling berinteraksi satu sama lain.
- b) Memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk menunjukkan kemampuannya dalam mengeksplorasi ide serta meningkatkan rasa percaya diri mahasiswa.
- c) Kegiatan saling menilai rekan satu sama lain atas kinerja masing-masing memberikan peluang dan pengalaman tersendiri bagi peserta didik.

Beberapa kelemahan metode konferensi adalah:

- a) Dosen/peserta dengan beban kerja dan kesibukan yang tinggi akan mengalami hambatan terutama dalam mengatur waktu untuk menerapkan metode ini.
- b) Terbatasnya waktu kegiatan yang diimplementasikan mengurangi kepuasan mahasiswa terhadap beberapa hal dari pembelajaran yang belum tercapai.
- c) Kegiatan ini menjadi stressor tersendiri bagi mahasiswa ketika mereka belum mempersiapkan segala sesuatunya secara maksimal.

4) Metode Observasi

Metode observasi merupakan bentuk pembelajaran yang memberikan penugasan kepada mahasiswa melalui kegiatan observasi yang bertujuan untuk menambah pengalaman mahasiswa terhadap suatu fenomena yang nyata dengan mengembangkan perilaku baru

yang akan di jadikan pembelajaran di masa mendatang. Metode ini meliputi:

- a) Observasi lapangan: dilakukan untuk memperoleh pengalaman serta memberikan perspektif kepada mahasiswa di masa mendatang mengenai asuhan keperawatan, mengobservasi situasi klinik serta perilaku orang lain selama di lingkungan klinik.
- b) *Field trip* dilakukan diluar lingkungan praktek dengan mengkaji dan menggali pengalaman yang lain yang tidak di dapatkan di lahan praktik sebelumnya.
- c) Ronde keperawatan: merupakan suatu metode observasi yang dilakukan secara langsung dengan mengkaji asuhan keperawatan dan informasi dari klien dan berdiskusi dengan klien, hasil observasi terhadap klien didiskusikan diluar lingkungan klien (Hidayat, 2008). Metode ini mempunyai kelebihan dan kelemahan.

Beberapa kelebihan metode observasi adalah sebagai berikut (Reilly dan Oermann, 2002) :

- a) Memberikan pengalaman kepada mahasiswa tentang beragam permasalahan yang ada di klinik.
- b) Memberikan perhatian kepada mahasiswa untuk lebih fokus kepada objek observasinya.

- c) Mahasiswa dapat mengobservasi dan berinteraksi secara langsung kepada klien.

Beberapa kelemahan metode observasi adalah sebagai :

- a) Klien dan keluarga merasa kurang nyaman jika privasinya terganggu.
- b) Komunikasi yang tidak efektif akan mempengaruhi informasi yang didapatkan.

5) Metode Multimedia

Media memberikan pembelajaran yang multisensorik. Pada umumnya, semakin banyak indera yang digunakan maka pesan yang disampaikan lebih dikonseptualkan. Metode pembelajaran visual memberikan peningkatan pemahaman secara visual mahasiswa dalam pemecahan masalah, metode secara auditori mengoptimalkan pendengaran mahasiswa untuk memusatkan perhatian, metode psikomotor meningkatkan keterampilan peragaan yang dilakukan oleh mahasiswa. Metode multimedia mempunyai kelebihan dan kelemahan. Beberapa kelebihan metode multimedia adalah sebagai berikut (Reilly dan Oermann, 2002).

- a) Meningkatkan keterampilan mahasiswa dalam pemecahan masalah, mengambil keputusan dan berpikir kritis.
- b) Mendorong mahasiswa untuk mengevaluasi tindakan sendiri.
- c) Membantu mahasiswa untuk menerapkan konsep keperawatan yang nyata di klinik.

Beberapa kelemahan metode multimedia adalah sebagai berikut :

- a) Fasilitas yang tidak lengkap akan menghambat pengajaran.
 - b) Dosen/preseptor yang kurang menggunakan variasi media akan membuat mahasiswa kurang memahami pengajaran yang diberikan.
 - c) Keterbatasan media akan menghambat mahasiswa untuk memaksimalkan pelaksanaan konsep asuhan keperawatan..
- 6) Metode *Self Directed*

Metode pengajaran ini memberi keunikan dan kemampuan mahasiswa untuk membuat pilihan dan keputusan sendiri mengenai pembelajaran. Metode ini berusaha memperlihatkan perbedaan dan kebutuhan individual mahasiswa. Ada beberapa metode pengajaran *self directed* yaitu kontrak pembelajaran, belajar sendiri dan modul kecepatan diatur sendiri. Metode ini mempunyai kelebihan dan kelemahan. Mahasiswa diberikan kebebasan untuk dapat menambah pengetahuannya dengan mencari pembelajaran dari sumber - sumber yang dapat menunjang pembelajarannya misalnya majalah, internet, film, video, jurnal penelitian, dan lain-lain. Metode ini dapat membantu mahasiswa untuk menghadapi kegiatan praktik klinis, mencapai keterampilan yang maksimal. Beberapa kelebihan metode *self directed* adalah sebagai berikut (Reilly dan Oermann, 2002).

- a) Memperlihatkan tanggung jawab mahasiswa terhadap hasil yang didapatkan.

- b) Memberikan kebebasan untuk mengatur belajarnya sendiri tanpa prosedur negosiasi atau kontrak pembelajaran.
- c) Memperbaharui keterampilan dan pengetahuan klinis.

Beberapa kelemahan metode *self directed* adalah sebagai berikut :

- a) Mahasiswa sering mengabaikan tugas belajarnya.
- b) Mahasiswa sering tidak mendapatkan tujuan belajar yang diharapkan karena beberapa hal berikut : 1. Konten/isi pembelajaran tidak menarik. 2. Ritme belajar yang belum terpola/terprogram. 3. Manajemen waktu belajar yang kurang optimal. 4. Media pembelajaran yang digunakan monoton. 5. Strategi belajar yang digunakan kurang efektif dan efisien. 6. Tempat belajar yang kurang nyaman mempengaruhi motivasi belajar mahasiswa (Harden, 2009).

7) Metode *Preceptorship*

Metode ini didasarkan pada konsep *modeling*. Mahasiswa memperoleh atau memodifikasi perilaku dengan cara mengobservasi sendiri suatu model yang memiliki perilaku yang dibutuhkan mahasiswa dan mahasiswa juga memperoleh kesempatan untuk mempraktikkan perilaku tersebut. Dosen/preseptor membimbing mahasiswa untuk mempermudah transisi peran mahasiswa yang akan lulus dan mempermudah mereka untuk masuk dunia kerja. (Reilly dan Oermann, 2002).

Kriteria *preceptorship* berpengalaman dalam bidangnya, profesional, berjiwa pemimpin, memahami konsep dan asuhan keperawatan, mampu mengadakan perubahan, mampu menjadi *role model*, berminat dalam bidang keperawatan (Nursalam, 2008).

Dosen/pembimbing klinik berperan memberikan bimbingan mahasiswa dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk perawatan klien dan mempelajari peran dan tanggung jawab perawat di lahan praktik, memperbaiki kemampuan mahasiswa jika melakukan kesalahan untuk mendukung perencanaan dan tindakan keperawatan, melakukan orientasi dan sosialisasi terkait tentang prosedur-prosedur dan kebijakan di klinik, melakukan evaluasi terhadap tindakan yang dilakukan oleh mahasiswa selama di klinik, memberikan pendelegasian untuk menjaga hal-hal yang tidak diinginkan selama tidak mendampingi mahasiswa selama pengajaran klinik (Nurhidayah, 2011).

Metode *preceptorship* mempunyai kelebihan dan kelemahan. Beberapa kelebihan metode *preceptorship* adalah sebagai berikut :

- a) Mahasiswa dapat menunjukkan perilaku yang menjadi teladan.
- b) Dosen/pembimbing klinik memberikan pengaruh yang positif kepada mahasiswa sehingga perilaku yang negatif dapat dibatasi.

Beberapa kelemahan metode *preceptorship* adalah sebagai berikut :

- a) Dosen/preceptor yang tidak mampu menjadi *role model* akan menimbulkan konflik dalam diri mahasiswa.

- b) Mahasiswa sering melakukan metode ini secara subjektif bukan objektif.

8) Metode *Bedside Teaching*

Bedside teaching merupakan suatu metode pembelajaran yang dilakukan di samping tempat tidur klien, yang terdiri dari mengkaji kondisi klien hingga pemenuhan kebutuhan asuhan keperawatannya. (Nursalam & Ferry, 2008).

Menurut Snell (2008) *bedside teaching* merupakan sebuah pembelajaran yang aktif yang melibatkan pasien.

Jadi, *bedside teaching* merupakan metode pembelajaran yang dilakukan disamping tempat tidur yang melibatkan pasien secara aktif.

Tujuan *Bedside teaching* menurut Harden (2009) dan wardaningsih (2008) meliputi :

- a. Mengumpulkan dan merekam semua informasi tentang pasien secara lengkap.
- b. Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap dan teratur.
- c. Mengembangkan keterampilan interpersonal (*developing interpersonal skills*).
- d. Menginterpretasikan data.
- e. Memecahkan masalah secara ilmiah dan professional.
- f. Memberikan informasi yang terpercaya.
- g. Mengembangkan interaksi pengajar, mahasiswa dan pasien.
- h. Mengembangkan *role-modeling*.

Prinsip Pelaksanaan yakni sebagai berikut :

- a. Sikap fisik maupun psikologis dari pembimbing klinik, peserta didik, dan klien.
- b. Jumlah peserta didik dibatasi, yakni 5-6 orang.
- c. Diskusi pada awal dan pasca

demonstrasi didepan klien dilakukan seminimal mungkin dilanjutkan dengan demonstrasi ulang. d. Evaluasi pemahaman peserta didik sesegera mungkin terhadap apa yang didapatkan saat itu. e. Kegiatan yang didemonstrasikan adalah sesuatu yang belum pernah diperoleh peserta didik sebelumnya.

Beberapa kelebihan metode *bed side teaching* menurut Nursalam (2008) dan Cox (1993) adalah sebagai berikut : a. Mendapatkan kasus yang sesuai yang dapat memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk menerapkan keterampilan teknik prosedural dan interpersonal. b. Menumbuhkan sikap professional preceptor kepada mahasiswa. c. Meningkatkan kemampuan komunikasi interpersonal. d. Memacu mahasiswa untuk belajar aktif. e. Dapat mengobservasi keterampilan mahasiswa secara langsung.

Beberapa kelemahan *bedside teaching* adalah sebagai berikut: a. Dosen/preceptor dan mahasiswa yang kurang melakukan persiapan baik persiapan fisik, psikologis akan menimbulkan rasa tidak percaya dalam diri klien. b. Mahasiswa yang tidak memiliki atau menguasai bahan/materi akan mengurangi efektifitas pembelajaran.

Menurut Cox (1993) pengajaran klinik dengan menggunakan pendekatan *bedside teaching* memiliki arti sebagai berikut :

a) *Briefing*

Briefing merupakan suatu bentuk kegiatan yang dilakukan oleh preceptor untuk menyiapkan mahasiswa sebelum bertemu

dengan pasien, baik secara kognitif, afektif maupun psikomotorik. Persiapan pasien dan menjelaskan peran dan fungsi yang akan dilakukan.

b) *Expectation*

Menjelaskan tujuan pembelajaran yang akan diperoleh oleh mahasiswa. Tujuan pembelajaran tersebut disesuaikan dengan topic pembelajaran.

c) *Demonstration*

Melakukan interaksi dengan pasien dan mahasiswa, melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien serta mendemonstrasikan tujuan pembelajaran yang telah disepakati sebelumnya. Memberikan peluang untuk Tanya jawab antar mahasiswa dan pasien serta mengklarifikasi singkat atas respon yang telah diberikan.

d) *Specific feedback*

Pemberikan *feedback* kepada mahasiswa atas kinerja yang telah dilakukan. *Feedback* yang diberikan bersifat positif dan membangun baik motivasi maupun keterampilan.

e) *Inclusion of Microskills*

Neher (1993) mengemukakan *the five-step microskills model* meliputi : *get a commitment* (memiliki komitmen/perencanaan), *probe for supporting evidence* (di dukung dengan bukti), *reinforce what was done right* (berikan pujian ketika mahasiswa

benar), *correct the mistakes* (evaluasi kesalahan-kesalahan), dan *teach general rules* (ajarkan konsep secara umum).

f) *Debriefing*

Proses dimana preceptor meminta tanggapan dari mahasiswa dan pasien. Baik berupa masukan maupun pertanyaan dan preceptor mengklarifikasi secara langsung di samping tempat tidur pasien. Bila memerlukan klarifikasi khusus kepada mahasiswa preceptor dapat memberikan *feedback* di ruangan yang berbeda.

g) *Education*

Memberikan sumber yang dapat mahasiswa baca serta memberikan dorongan kepada mahasiswa untuk lebih meningkatkan pengetahuan melalui belajar mandiri terhadap kompetensi dari setiap topic pembelajaran.

Strategi/langkah-langkah pengajaran klinik menggunakan pendekatan *bedside teaching* menurut Cox (1993) dalam Harden (2009), Gonzalo, J. D., *et al.* (2013), Kimm (2007) dan Affandi (2008) adalah sebagai berikut:

a) Tahap *Pre-Round*

Hal yang perlu dilakukan pada tahap ini, yaitu :

1) Perencanaan

Artinya preceptor telah menyiapkan mahasiswa sebelum bertemu dengan pasien, baik persiapan kognitif, afektif dan

psikomotorik mahasiswa (*prior knowledge*) serta menetapkan tujuan pembelajaran.

2) *Briefing*/orientasi

Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada tahapan ini antara lain :

- a) Mahasiswa diberitahu hal-hal yang tidak boleh didiskusikan selama berhadapan langsung dengan pasien.
- b) Menghindari penggunaan alat komunikasi selama proses kegiatan *bedside teaching*.
- c) Mendapatkan kasus penyakit yang spesifik dan pasien yang sesuai dengan kriteria.
- d) Melakukan koordinasi sesama tim sebelum melakukan *bedside teaching*, menjelaskan tujuan kegiatan.
- e) Mengalokasikan peran selama *bedside teaching* berlangsung.

b) Tahap *Round*

Hal-hal yang harus dilakukan pada tahapan ini, yaitu :

a. *Introduction* (Perkenalan)

Mahasiswa didampingi oleh preceptor dalam melakukan interaksi dengan pasien.

b. *Interaction* (Interaksi)

Mahasiswa didampingi preceptor melakukan interaksi dengan pasien, fokus pada pengalaman klinis (usahakan untuk tidak menggunakan kalimat-kalimat yang sulit dipahami oleh pasien)

c. *Observation* (Observasi)

Preceptor mengobservasi keterampilan yang dilakukan mahasiswa.

d. *Instruction* (Instruksi)

Preceptor memberikan instruksi pada mahasiswa tanpa membuat mahasiswa malu dihadapan pasien.

e. *Conclusion* (Penyimpulan)

Preceptor membantu mahasiswa menarik kesimpulan berdasarkan hasil interaksi dengan pasien.

c) Tahap *Post Round*

Hal – hal yang dapat dilakukan pada tahap ini, yaitu :

1) *Debriefing*

Proses *debriefing* dimulai dengan meminta masukan atau pertanyaan dari pasien dan mahasiswa. Preceptor menerima dan menjawab pertanyaan yang diberikan secara langsung dihadapan pasien. Apabila mahasiswa memerlukan *feedback* khusus maka preceptor akan menjelaskan lebih jauh diluar lingkungan pasien.

2) Reflection dan *feedback*

Mahasiswa diberikan kesempatan untuk menilai dirinya/*self review*, dan *peer review* mengenai kegiatan yang telah dilakukan, kemudian preceptor memberikan *feedback* kepada mahasiswa dengan cara yang baik, tidak menjatuhkan motivasi mahasiswa untuk belajar.

Pertanyaan yang diberikan ke mahasiswa :

- Apa yang telah anda dapatkan atau anda jumpai pada kegiatan yang telah kita lakukan?
- Apakah semuanya dapat mengidentifikasi dan mengenali serta menganalisa kasus atau permasalahan keperawatan pada pasien tersebut?
- Apakah masih ada yang belum jelas/mengerti?

Menjelaskan temuan :

- Apa yang kita dapati dari kegiatan yang telah dilakukan?
- Bagian yang mana yang dapat mendeskripsikan antara temuan yang satu dan yang lain?
- Bagaimana kita dapat menentukan diagnosa masalah dari kasus yang telah dilakukan?

3) *Working Knowledge and Education*

Mahasiswa didampingi oleh preceptor untuk meningkatkan pembelajaran selanjutnya. Seperti melakukan analisis kasus

yang telah dijumpai oleh mahasiswa selama proses *bedside teaching* yang telah dilakukan.

Pertanyaan yang diberikan *working knowledge* mahasiswa yaitu apa yang harus mahasiswa lakukan selanjutnya? Apakah harus dipicu dengan skenario kasus yang sama untuk masa yang akan datang?

3. Kognitif (Pengetahuan)

a. Definisi kognitif (pengetahuan)

Pengetahuan merupakan suatu proses dalam kehidupan yang dilakukan secara sadar yang diketahui secara langsung. Dimana pengetahuan yang diketahui tersebut diperoleh melalui indera yang dimiliki seperti mata, hidung, telinga, dan lainnya (Taufik, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan merupakan hasil “Tahu” yang terjadi setelah seseorang melakukan terhadap suatu objek melalui penginderaan terutama mata dan telinga. Bila seseorang mampu menjawab pertanyaan – pertanyaan mengenai suatu bidang tertentu dengan lancar, baik secara lisan maupun tertulis maka dapat dikatakan mengetahui bidang tersebut. Sekumpulan jawaban verbal yang diberikan tersebut dinamakan pengetahuan.

Menurut Machfoedz, *et al.*, (2005) cara orang bersangkutan mengungkapkan apa-apa yang diketahuinya dalam bentuk bukti atau jawaban baik lisan maupun tertulis. Seseorang memiliki pengetahuan yang

tinggi apabila mampu mengungkapkan sebagian besar informasi dari suatu objek dengan benar. Demikian juga bila seseorang hanya mampu menggunakan sedikit informasi dari suatu objek dengan benar maka dikategorikan berpengetahuan rendah tentang objek tersebut.

Jadi, pengetahuan merupakan suatu proses pengamatan melalui indera terutama penglihatan dan pendengaran yang diungkapkan secara verbal dan benar, mengenai suatu informasi dari suatu objek yang diamati.

b. Tingkatan kognitif (pengetahuan)

Menurut Bloom revisi (Anderson & Krathwohl 2001). Yaitu terbagi menjadi 6 domain antara lain:

- 1) Mengingat (*remembering*), terdiri dari: a. Mengenali (*recognizing*), b. Mengingat (*recalling*).
- 2) Memahami (*understanding*), terdiri dari: a. Menafsirkan (*interpreting*), b. Memberi contoh (*exemplifying*), c. Meringkas (*summarizing*), d. Menarik inferensi (*inferring*), e. Membandingkan (*comparing*), f. Menjelaskan (*explaining*).
- 3) Mengaplikasikan (*Application*), terdiri dari: a. Menjelaskan (*executing*), b. Mengimplementasikan (*implementing*).
- 4) Menganalisis (*Analysis*), terdiri dari: a. Menguraikan (*differentiating*), b. Mengorganisir (*organizing*), c. Menentukan makna tersirat (*attributing*).
- 5) Evaluasi (*Evaluation*), terdiri dari: a. Memeriksa (*checking*), b. Mengkritik (*critiquing*), c. Membuat (*Creating*), d. Merumuskan

(*generating*), e. Merencanakan (*planning*), f. Memproduksi (*producing*).

c. Cara pengukuran

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan menggunakan angket/kuesioner yang berisi beberapa pertanyaan *multiple choice* tentang isi materi yang ingin di ukur kepada subjek penelitian (Notoatmodjo, 2005).

4. Afetif (Sikap)

a. Definisi Afektif

Notoatmodjo (2007), sikap merupakan suatu reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, akan tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap suatu objek.

Borgardus,*et al.*, (1931) dalam Azwar (2005) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Dapat dikatakan bahwa kesiapan yang dimaksud merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon.

Louis Thurstone, *et al.*, (1928) dalam Azwar (2005) menyatakan bahwa sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tertentu.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa sikap merupakan suatu respons terhadap suatu objek yang dieksplorasikan kedalam bentuk penilaian dengan cara tertentu.

Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yakni : 1. Kepercayaan, ide dan konsep terhadap suatu objek. 2. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek. 3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Ketiga komponen tersebut bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Dalam interaksi sosialnya, individu bereaksi membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologi yang dihadapinya. Diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, pengaruh kebudayaan, pengaruh orang lain yang dianggap penting, media massa, lembaga pendidikan dan agama serta pengaruh emosi dalam diri individu (Azwar, 1995).

b. Peranan – peranan penting dalam membentuk sikap

1) Pengalaman pribadi

Sesuatu yang telah dan sedang kita alami turut berperan serta dalam membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis.

2) Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan yang terpapar semasa hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap. Tanpa kita sadari kebudayaan telah menanamkan pengaruh yang signifikan terhadap sikap kita dalam merespon berbagai masalah. Kebudayaan turut berperan serta mewarnai sikap masyarakat, karena kebudayaan telah memberikan corak pengalaman tersendiri bagi individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat tersebut.

3) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu di antara komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang dianggap penting, seseorang yang kita harapkan persetujuannya, seseorang yang tidak ingin dikecewakan atau seseorang yang berarti khusus.

4) Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan sebagainya yang mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan kepercayaan orang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal yang memberikan landasan kognitif dalam pembentukan sikap.

5) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama merupakan suatu sistem dimana sistem tersebut mempunyai pengaruh yang signifikan dalam pembentukan sikap karena keduanya sama – sama meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu itu sendiri.

6) Pengaruh emosi dalam diri individu

Kadang-kadang bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

c. Tingkatan sikap

Menurut Krathwohl (2001) dalam Sudijono (2006) sebagai berikut:

1) Menerima / memperhatikan (*Receiving/Attending*)

Adalah kepekaan seseorang dalam menerima stimulus dari luar yang datang kepada dirinya dalam bentuk masalah, gejala dan lainnya. Termasuk dalam penelitian ini misalnya adanya keinginan untuk menerima stimulus, mengontrol dan menyeleksi rangsangan yang

datang dari luar, contoh hasil belajar *receiving* misalnya mahasiswa menyadari bahwa disiplin wajib ditegakkan.

2) Menanggapi (*Responding*)

Adanya partisipasi aktif dari peserta didik untuk mengikutsertakan dirinya secara aktif dalam fenomena tertentu dan membuat reaksi terhadapnya dengan salah satu cara.

Mahasiswa mempelajari lebih jauh tentang sesuatu dan memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (*Valuing*)

Memberikan nilai terhadap suatu kegiatan atau obyek, sehingga apabila kegiatan itu tidak dikerjakan, dirasakan akan membawa kerugian/penyesalan. Pada tahapan ini peserta didik tidak hanya menerima nilai melainkan mereka mampu menilai suatu konsep atau fenomena baik atau buruk. Contoh mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

Mahasiswa memberikan *support* positif kepada pasien dalam menentukan keputusan perawatan.

4) Mengorganisasikan (*Organization*)

Artinya mempertemukan perbedaan nilai terhadap suatu bentuk nilai yang baru secara luas, dan membawa kepada perbaikan yang lebih umum, melalui pengembangan pemantapan dan prioritas. Seperti mahasiswa mampu mengklasifikasikan dan mengorganisir

serta meminimalisir dampak yang akan ditimbulkan dari suatu tindakan.

5) Karakterisasi dengan suatu nilai/komplek nilai (*Characterization by a Value Complex*)

Yakni memadukan semua sistem nilai yang ada dalam diri seseorang, yang dapat mempengaruhi pola keperibadian dan tingkah laku. Ini merupakan tingkat afektif tertinggi. Misalnya mahasiswa bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikapnya.

d. Cara pengukuran/evaluasi

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek, secara tidak langsung dapat dilakukan dengan metode observasi dengan menggunakan *check list* (Oermann & Kathleen B, 2009).

5. Psikomotor

a. Definisi Psikomotorik

Menurut Sudijono (2006) ranah psikomotorik merupakan suatu ranah yang berkaitan erat dengan keterampilan atau kemampuan seseorang menerima pengalaman belajar tertentu. Di mana hasil belajar psikomotorik ini merupakan kelanjutan dari hasil belajar kognitif dan afektif.

b. Tingkatan psikomotorik

Domain psikomotor menurut Bloom (1956) dalam Notoatmodjo (2007) telah dikembangkan oleh ahli-ahli yang lain. Tingkatan dari tindakan praktik tersebut antara lain sebagai berikut :

- a) Persepsi (*Perseption*) : mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
- b) Kesiapan (*Set*) : kesiapan fisik mental dan emosional untuk melakukan gerakan.
- c) Respon terpimpin (*Guide Response*) : tahap awal dalam mempelajari keterampilan yang kompleks, termasuk di dalamnya imitasi dan gerakan coba-coba.
- d) Mekanisme (*Mechanism*) : membiasakan gerakan-gerakan yang telah dipelajari sehingga tampil dengan meyakinkan dan cakap.
- e) Respon tampak yang kompleks (*complex Overt Response*) : gerakan motoris yang terampil yang didalamnya terdiri dari pola-pola gerakan yang kompleks.
- f) Penyesuaian (*Adaptation*) : keterampilan yang sudah berkembang sehingga dapat disesuaikan dalam berbagai situasi.
- g) Penciptaan (*Origination*) : membuat pola gerakan baru yang disesuaikan dengan situasi atau permasalahan tertentu.

Garis besar taksonomi yang dikemukakan oleh Harrow (1972) gerakan manusia dibagi menjadi enam bagian dalam (Rahyubi, 2014) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1
Tingkatan Pikomotorik

Tingkat	Uraian
a) Gerakan refleks (<i>reflex movement</i>) : <i>Spinal reflexes</i> , <i>Suprasegmental reflexes</i> , <i>Postural reflexes</i>	Reflex yang dihasilkan dari koordinasi antara pusat otak, jaringan saraf, dan otot anggota badan. Seperti reflex terhadap cahaya, reflex mengatur posisi dan sikap tubuh.
b) Dasar gerakan – gerakan (<i>basic fundamental movement</i>) : <i>Locomotor movement</i> , <i>Nonlocomotor movement</i> , <i>Manipulative movement</i> , <i>Non manipulative movement</i>	Gerak dasar yang merupakan pola gerakan yang menjadi dasar meraih keterampilan gerakan yang lebih kompleks. 1. Gerak lokomotor: merupakan gerakan yang menyebabkan tubuh berpindah. Seperti berjalan, berlari, melompat, melayang dan sebagainya. 2. Gerak non lokomotor merupakan gerakan stabil/sedikit melakukan gerakan. Seperti meregangkan otot, dan membengkokkan tubuh. 3. Gerak manipulatif merupakan gerakan yang memerlukan koordinasi dengan ruang dan benda yang ada disekitarnya . seperti menahan, menangkap, menggunting, dan lain-lain. 4. Gerak non manipulatif merupakan gerakan tanpa melibatkan benda disekitarnya. Seperti berputar, membelok, menari dan sebagainya.
c) Kemampuan mengamati (<i>Perceptual abilities</i>) : Persepsi visual (<i>Visual discrimination</i>), Persepsi auditif (<i>Auditory discrimination</i>), Persepsi	Korelasi antara persepsi dengan fungsi gerak. Dengan kemampuan persepsi yang baik dan akurat diharapkan mahasiswa mampu memasuki

<p>kinestetik (<i>Kinesthetic discrimination</i>), Persepsi taktil (<i>Tactile discrimination</i>), koordinasi (<i>Coordinate discrimination</i>).</p>	<p>(<i>Kinesthetic Body image</i>), Persepsi (<i>Tactile</i>), Persepsi (<i>Coordinate</i>).</p>	<p>wilayah pembelajaran motoric menuju penguasaan keterampilan gerak yang mumpuni.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persepsi visual merupakan kemampuan untuk memahami dan menginterpretasikan segala sesuatu yang dilihat. Seperti mahasiswa mampu membedakan warna, bentuk dari objek yang diamati. 2. Persepsi auditif merupakan kemampuan untuk memahami dan menginterpretasikan segala sesuatu yang didengar. Seperti mahasiswa mampu mengingat sesuatu yang telah didengar dan dapat disampaikan dengan lisan. 3. Persepsi kinestetik menunjukkan kemampuan untuk memahami posisi dan gerakan bagian tubuh. 4. Persepsi taktil berhubungan dengan kepekaan kulit terhadap sentuhan, rabaan, tekanan, suhu dan nyeri. 5. Persepsi koordinasi adalah persepsi kombinasi antar dua atau lebih kemampuan persepsi gerakan. Seperti mampu membedakan dengan sentuhan melalui koordinasi mata dengan tangan dan mata dengan kaki.
<p>d) Kemampuan fisik (<i>Physical Abilities</i>) : Stabilitas dan keseimbangan (<i>stabilily & balance</i>), Daya tahan (<i>endurance</i>), Kekuatan (<i>strength</i>), Kelincahan (<i>Agility</i>), Kelenturan (<i>Fexibility</i>).</p>	<p>(<i>Physical</i>), Stabilitas dan keseimbangan (<i>stabilily & balance</i>), Daya tahan (<i>endurance</i>), Kekuatan (<i>strength</i>), Kelincahan (<i>Agility</i>), Kelenturan (<i>Fexibility</i>).</p>	<p>Kemampuan fisik untuk mengembangkan serta menghasilkan gerakan keterampilan yang optimal. Di mana kemampuan fisik yang dilakukan melibatkan elemen stabilitas, kekuatan, kelincahan dan kelenturan tubuh yang disertai dengan daya tahan untuk menghasilkan suatu pola gerakan</p>

	yang teratur dan terampil.
e) Gerakan keterampilan (<i>Skill movement</i>) : Keterampilan sederhana (<i>Simple adaptive skills</i>), Keterampilan gabungan (<i>Compound adaptive skills</i>), Keterampilan kompleks (<i>Complex adaptive skills</i>).	Keterampilan merupakan gambaran kemampuan motoric seseorang yang ditunjukkan melalui penguasaan suatu gerakan. Ditandai dengan melakukan suatu gerakan secara maksimal sesuai dengan kemampuannya. Adapun level gerakan keterampilan : 1. Pemula (<i>beginner</i>). 2. Tingkat menengah (<i>intermediate</i>). 3. Tingkat lanjutan (<i>advance</i>). 4. Tingkat sempurna (<i>perfect</i>).
f) Kemampuan komunikatif (<i>Communicative Abilities/ Non-Discursive Communication</i>) : Gerakan ekspresif (<i>Expressive movements</i>), Gerakan interpretative (<i>Interpretive moveements</i>).	Kemampuan untuk berkomunikasi baik secara verbal maupun non verbal.

c. Cara Pengukuran ranah penilaian psikomotor

Beberapa ahli menjelaskan cara menilai hasil belajar psikomotor. Ryan (1980) dalam Notoatmodjo (2005) menjelaskan bahwa hasil belajar keterampilan dapat diukur melalui : 1). Pengamatan langsung dan penilaian tingkah laku peserta didik selama proses pembelajaran praktik berlangsung, 2). Sesudah mengikuti pembelajaran yakni dengan jalan memberikan tes kepada peserta didik untuk mengukur pengetahuan, keterampilan dan sikap, 3). Beberapa waktu sesudah pembelajaran selesai dan kelak dalam lingkungan kerjanya.

Sementara menurut Leighbody (1968) dalam Mansur (2007) penilaian hasil belajar psikomotor meliputi : 1). Kemampuan

menggunakan alat dan sikap kerja, 2). Kemampuan menganalisis suatu pekerjaan dan menyusun urutan-urutan pekerjaan, 3). Kecepatan waktu dalam mengerjakan tugas, 4). Kemampuan dalam membaca gambar atau simbol, 5). Keserasian bentuk dengan yang diharapkan atau ukuran yang telah ditentukan.

Penjelasan di atas dapat diambil kesimpulan bahwa penilaian psikomotorik dapat dilakukan dengan observasi. Observasi sebagai alat penilaian yang banyak digunakan untuk mengukur atau mengamati suatu proses kejadian, baik dalam situasi yang sebenarnya maupun situasi buatan.

Peneliti harus terlebih dulu menetapkan kisi-kisi tingkah laku apa yang akan diobservasi. Kemudian membuat pedoman untuk memudahkan pengisian observasi. Pengisian hasil observasi dibuat secara bebas dalam bentuk uraian, bisa pula dalam bentuk *ceklist* pada kolom jawaban hasil observasi.

Tes untuk mengukur ranah psikomotorik adalah tes untuk mengukur penampilan (*Performance*) yang telah dikuasai oleh peserta didik. Tes tersebut berupa *paper and pencil*, tes identifikasi, tes simulasi, dan tes untuk kerja:

1. Tes simulasi

Kegiatan psikomotorik yang dilakukan melalui tes ini, jika tidak ada alat yang sesungguhnya yang dapat dipakai untuk memperagakan penampilan peserta didik, sehingga peserta didik

dapat dinilai tentang penguasaan keterampilan dengan bantuan peralatan tiruan atau peragaan seolah-olah menggunakan suatu alat yang sebenarnya.

2. Tes untuk kerja (*work sample*)

Kegiatan psikomotor yang dilakukan melalui tes ini, dilakukan dengan sesungguhnya dan sesuai dengan tujuan guna mengetahui apakah peserta didik sudah menguasai keterampilan tersebut.

Tes simulasi dan tes kerja dapat diperoleh dengan observasi langsung ketika peserta didik melakukan kegiatan pembelajaran. Lembar observasi dapat menggunakan daftar cek (*check list*) ataupun skala penilaian (*rating scale*). Psikomotor yang diukur dapat menggunakan alat ukur berupa skala penilaian dengan rentang sangat baik, baik, kurang baik dan tidak baik.

Menurut Harrow (1972) dalam (Arikunto, 2009) penentuan untuk mengukur keterampilan peserta didik harus dilakukan sekurang-kurangnya 30 menit untuk melihat pola keterampilan yang mencerminkan kemampuan peserta didik.

6. **Kaitan *Bedside Teaching* Dengan Kognitif, Afektif dan Psikomotorik**

Hergenhahn (1982, dalam Reilly & Oermann 2002) memandang pembelajaran sebagai suatu proses yang menjembatani perilaku dan tindakan sebagai variabel intervensi antara pengalaman tertentu dan perubahan perilaku.

Tahap profesi ners merupakan lanjutan program akademik melalui pembelajaran klinik. Di mana sebelum memasuki fase pembelajaran klinik mahasiswa telah mendapatkan pembelajaran dan dilatih keterampilannya serta *prior knowledge* melalui praktik *skill* di laboratorium. Harapannya ketika didalam lingkungan klinik mahasiswa dapat melakukan tindakan keperawatan dengan baik. Sehingga di dalam praktik klinik preceptor dapat lebih maksimal dalam memberikan pembelajaran klinik salah satunya dengan model *bedside teaching*.

Metode *bedside teaching* merupakan suatu metode pembelajaran kontekstual dan interaktif yang mendekatkan pembelajaran pada setting klinik yang nyata (Nursalam, 2007). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestari, T. P., & Susianingsih, s. r. (2010) dan Rahmawati (2012) bahwa melalui metode pembelajaran *bedside teaching* dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan psikomotorik, serta lebih efektif untuk meningkatkan pencapaian kompetensi mahasiswa.

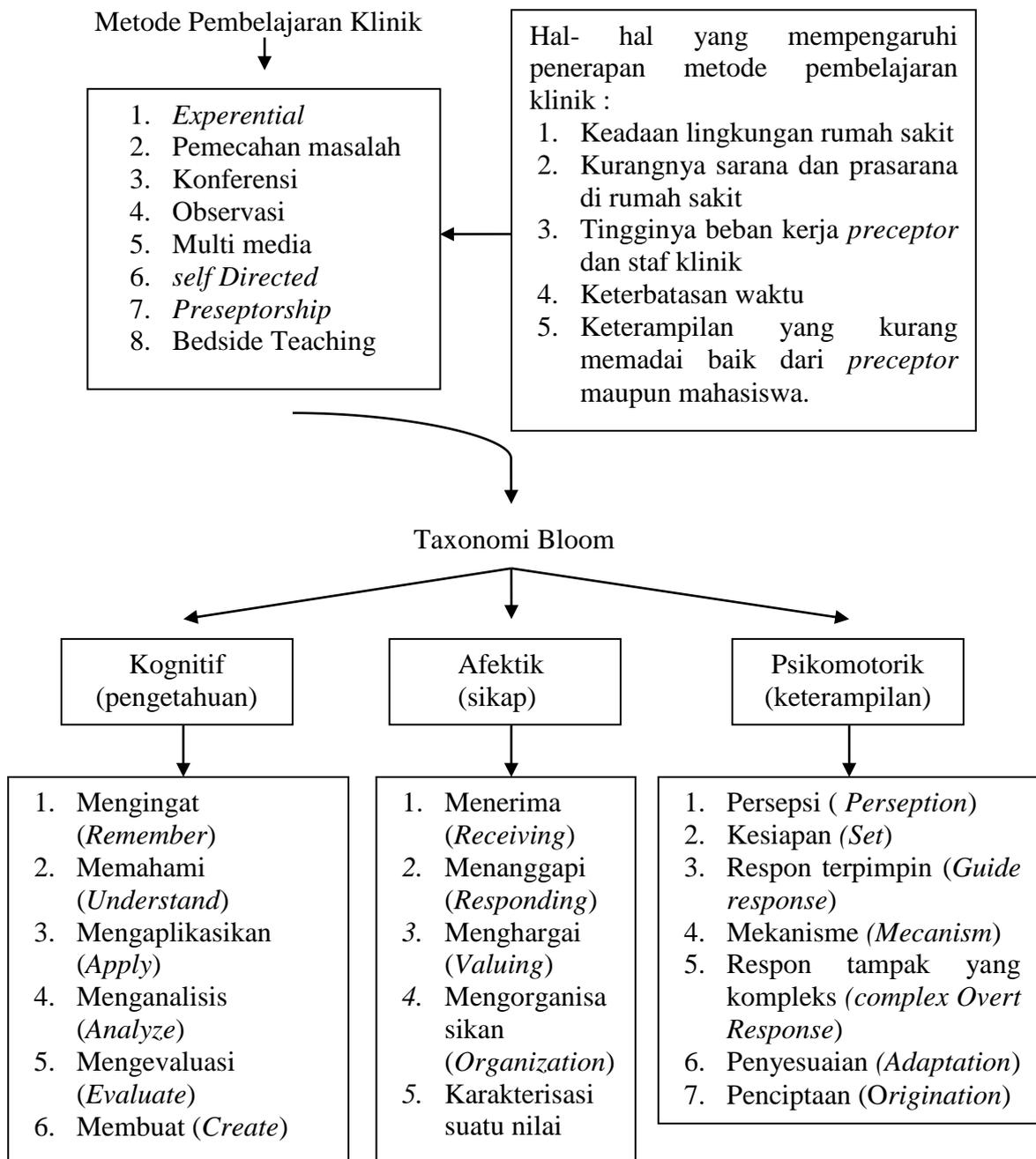
Penelitian lain yang menguatkan metode *bedside teaching* ini efektif dalam pembelajaran klinik yaitu hasil dari literature review yang dilakukan oleh Peters M, & Ten Cate O. (2014) bahwa metode *bedside teaching* dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, meningkatkan kemampuan dalam pemeriksaan fisik, kemudian *bedside teaching* dapat meningkatkan keterampilan klinik mahasiswa dan residen.

Penelitian dari Mosalanejad, L., Hojjat, M., & Badyepeyma, Z. (2013) menunjukkan bahwa kualitas *bedside teaching* dipengaruhi oleh tiga aspek :

keterampilan komunikasi, standar pemeriksaan fisik, dan keterampilan professional.

Melalui metode pembelajaran *bedside teaching* mahasiswa diharapkan dapat mencapai tujuan pembelajaran, dan mencapai target kompetensi yang terdiri dari tiga domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotorik terutama dalam melakukan pengkajian dan perawatan luka.

B. Kerangka Teori

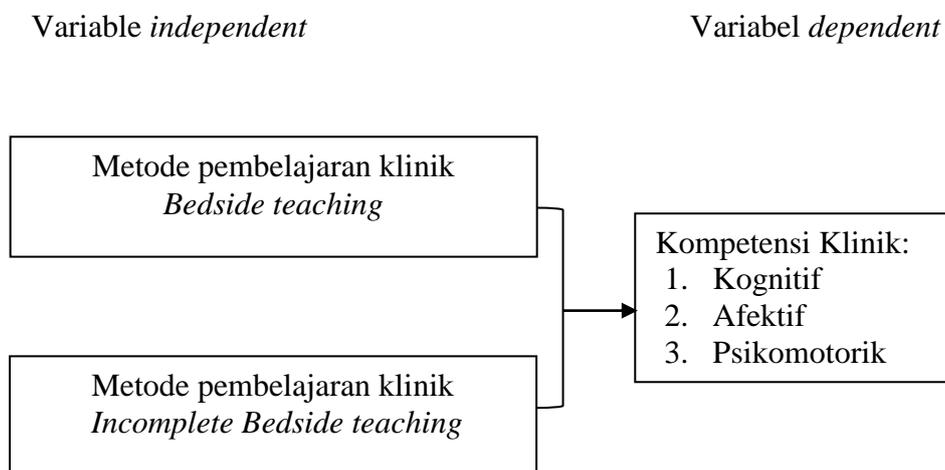


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Nursalam & Ferry Efendi (2008), Anderson & Krathwohl (2010), Cox (1993), Notoadmodjo (2010), Peter M. & Ten Cate (2014).

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini ditunjukkan dengan gambar :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Kerangka Konsep Penelitian Efektivitas Pembelajaran Klinik Model *Bedside Teaching* Terhadap Peningkatan Kognitif, Afektif dan Psikomotorik Pada Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

D. Hipotesis

Berdasarkan latar belakang, tinjauan pustaka, penelitian yang relevan dan kerangka konsep diatas dapat dikemukakan hipotesis penelitian sebagai jawaban sementara untuk permasalahan yang telah dirumuskan pada bab sebelumnya yaitu sebagai berikut :

1. Metode pembelajaran klinik model *bedside teaching* efektif dalam meningkatkan kognitif, afektif, dan psikomotorik mahasiswa program profesi ners Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Terdapat perbedaan tingkat kognitif, afektif dan psikomotorik mahasiswa yang menggunakan metode pembelajaran klinik model *bedside teaching* dan mahasiswa yang menggunakan metode pembelajaran *Incomplete Bedside teaching*.