

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Landasan Teori

##### 1. Pembelajaran klinik

###### a. Pengertian belajar

Belajar adalah suatu proses usaha yang dilakukan seseorang untuk memperoleh suatu perubahan tingkah laku yang baru secara keseluruhan, sebagai hasil pengalamannya sendiri dalam interaksi dengan lingkungannya (Slameto, 2010). Menurut Gagne yang dikutip Dimiyati dan Mudjiono (2009), setelah belajar siswa dapat memiliki keterampilan, pengetahuan, sikap dan nilai.

###### b. Pengertian pembelajaran klinik

Pembelajaran klinik adalah bentuk kegiatan pendidikan atau pengalaman belajar untuk menumbuhkan serta membina sikap dan ketrampilan profesional keperawatan peserta didik dengan lingkungan belajar pada tatanan nyata. Bentuk program pendidikan untuk mempersiapkan tenaga keperawatan profesional khususnya di lapangan (Akper PPNI, 2009).

###### c. Tujuan pembelajaran klinik

Pembelajaran klinik ini bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk mengembangkan keterampilan berpikir kritis. Keterampilan berpikir kritis tidak dapat dicapai dengan hanya

pembelajaran di kelas atau di laboratorium saja tetapi juga melalui pengalaman yang bervariasi mulai dari pengalaman melakukan pengkajian hingga menyelesaikan masalah klien. Pembelajaran klinik juga memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk mengembangkan sikap, keterampilan psikomotor, pengetahuan, manajemen waktu, dan keterampilan penyelesaian masalah.

d. Metode pembelajaran klinik

Metode pembelajaran klinik (Akper PPNI, 2009), diantaranya adalah:

- 1) Metode pengalaman: penugasan klinik, pelaporan tertulis, simulasi, permainan.
- 2) Metode pemecahan masalah: menganalisa situasi klinik, pemahaman masalah, perencanaan, penerapan pengetahuan, pemahaman nilai-nilai keyakinan.
- 3) Konferensi atau kelompok diskusi: konferensi awal dan ahir, *pear preview, issues* (dampak sosial politik bagi praktik keperawatan), *conferensi multidisiplinary* (kolaborasi pengambilan keputusan untuk mengembangkan rencana perawatan pasien).
- 4) Observasi: peserta didik dapat meniru.
- 5) *Bed side teaching* (peran serta klien, diskusi hal penting, tidak hanya how tapi why).
- 6) *Nursing care study*: penguasaan merawat klien.

7) *Nursing team conferens*: siswa diikutsertakan dalam pembahasan kasus oleh staf sebagai bagian dalam perencanaan keperawatan.

8) *Nursing round*.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembelajaran

Belajar adalah serangkaian kegiatan jiwa raga untuk memperoleh suatu perubahan tingkah laku sebagai hasil pengalaman individu dalam interaksi dengan lingkungannya yang menyangkut kognitif, afektif dan psikomotor (Djamarah, 2008). Faktor-faktor yang mempengaruhi proses pembelajaran adalah:

1) Faktor lingkungan

Lingkungan terdiri menjadi dua, yaitu lingkungan alami dan lingkungan sosial budaya. Lingkungan alami merupakan lingkungan yang secara fisik berada di sekitar siswa, diantaranya adalah kondisi ruangan, suhu dan sebagainya. Sedangkan lingkungan sosial budaya adalah sistem sosial yang mengikat perilaku siswa untuk tunduk pada norma-norma sosial, susila, dan hukum yang berlaku di masyarakat.

2) Faktor instrumental

Faktor instrumental terdiri dari faktor kurikulum, program, sarana dan fasilitas, dan pendidik. Kurikulum adalah rencana pengajaran yang akan dilaksanakan, kurikulum sebagai dasar terhadap kegiatan pembelajaran yang akan dilakukan. Program adalah rencana tindak lanjut dari kurikulum, program akan

menentukan metode pembelajaran yang akan dilakukan. Sarana dan fasilitas yang tersedia dapat berupa alat dan kelengkapan yang bisa digunakan untuk belajar. Pendidik merupakan kehadiran pendidik ketika memulai proses pembelajaran.

### 3) Kondisi fisiologis

Kondisi fisiologis kecenderungan pada keadaan kesehatan jiwa dan raga dari siswa.

### 4) Kondisi psikologis

Kondisi psikologi dapat berupa minat, kecerdasan, bakat, motivasi, dan kemampuan kognitif.

## 2. Pembelajaran *bed side teaching*

### a. Pengertian

Para pakar pendidikan klinik memberikan sebuah panduan dalam pengajaran dan pembelajaran dalam pendidikan klinik yang dikenal "Bedside". Bedside merupakan singkatan dari *Briefing, Expectation, Demonstrations, Spesific Feedback, Inclution microskill, Debriefing and Education*. Bedside ini dikembangkan dari teori *experience and explanation cycles* yang dikemukakan oleh Cox, 1993. *Briefing* meliputi kegiatan menyiapkan mahasiswa tentang syarat pengetahuan yang harus dimiliki sebelum BST dan juga mempersiapkan pasien untuk BST. *Expectation* adalah menentukan tujuan belajar yang ingin dicapai oleh mahasiswa. *Demonstrations* tergantung tujuan yang ingin dicapai yaitu bila dosen ingin mengamati dan memberi

feedback atas kegiatan mahasiswa maka dosen harus meminimalkan interupsi dan bila tujuannya sebagai model maka mahasiswa diberi kesempatan mengamati dosen dalam memeriksa pasien. *Specific Feedback* diawali dengan positif aspek sehingga akan memotivasi mahasiswa untuk belajar. *Inclusion microskill* merupakan kemampuan yang harus dimiliki oleh dosen klinik sehingga *Bed Side Teaching* (BST) menjadi efektif dan efisien. *Debriefing* meliputi menanyakan masukan dari mahasiswa dan pasien. *Education* meliputi memberitahu sumber belajar yang digunakan mahasiswa belajar lebih lanjut dan dalam (Zulharman, 2007).

b. Tujuan

Tujuan utama dari pengajaran *bed side teaching* adalah pengajaran atau pembelajaran sikap dan keterampilan yang terkait langsung ke pasien yang hadir selama latihan pembelajaran (Naidoo, 2013). Ada 5 tujuan pembelajaran *bed side teaching* dapat diuraikan sebagai berikut:

- 1) Pembelajaran dilakukan berdasarkan pada data yang dihasilkan langsung dari pasien;
- 2) Melakukan tindakan pada pasien dengan hormat untuk kenyamanan pasien dan menjaga privacy;
- 3) Pembelajaran *bed side teaching* digunakan terutama untuk belajar keterampilan psikomotor, dan

- 4) Penyediaan umpan balik kepada peserta didik selama pengajaran *bed side teaching*,
  - 5) Menyampaikan nilai-nilai dari profesi dan antusiasme secara nyata.
- c. Prinsip-prinsip pelaksanaan

Prinsip-prinsip pelaksanaan *bed side teaching* menurut Wisnoo (2011), diantaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Adanya kesiapan fisik maupun psikologis dari pembimbing klinik peserta didik dan klien.
  - 2) Jumlah peserta didik dibatasi idealnya 5-6 orang.
  - 3) Diskusi di awal dan akhir demonstrasi didepan klien dilakukan seminimal mungkin.
  - 4) Lanjutkan dengan redemonstrasi.
  - 5) Kaji permasalahan peserta didik sesegera mungkin terhadap apa yang dilakukan.
  - 6) Kegiatan yang didemonstrasikan adalah sesuatu yang belum pernah diperoleh peserta didik sebelumnya, atau apabila peserta didik menghadapi kesulitan penerapannya.
- d. Keuntungan

Pengajaran *bed side teaching* memiliki beberapa keunggulan, menurut MAHEC (*Mountain Area Health Education Center*) Office of *Regional Primary Care Education* (2012) diantaranya adalah :

- 1) Kehadiran pasien memperkuat kemungkinan belajar. Sebagai lawan untuk mendengarkan presentasi atau membaca dari papan tulis, peserta didik memiliki kesempatan untuk menggunakan hampir semua indera mereka (pendengaran, penglihatan, penciuman, sentuhan) untuk mempelajari lebih lanjut tentang pasien dan masalah mereka. Fakta steril dan deskripsi dari presentasi steril menjadi hidup dan nyata. Karakteristik ini saja dapat membantu pelajar mengingat situasi klinis. Saya menduga bahwa Anda mungkin bisa jelas mengingat pasien tertentu yang Anda lihat di awal pelatihan Anda: pasien pertama yang mengakui dengan *diabetic ketoacidosis* - bau buah napas, rasa lapar udara pernapasan Kussmaul, yang turgor kulit menurun. Pengalaman ini membuat kait di mana banyak pembelajaran klinik dapat digantung untuk penyimpanan jangka panjang dan mengingat siap.
- 2) Kehadiran pasien memungkinkan untuk klarifikasi sejarah dan fisik. Presentasi Kasus adalah hasil dari banyak pengolahan dan interpretasi oleh pelajar. Kunjungan samping tempat tidur memungkinkan guru untuk mengklarifikasi dan mengkonfirmasi aspek kunci dari sejarah dan fisik. Apakah presentasi dari karakteristik nyeri yang akurat pasien? Apakah suatu bruit perut hadir pada pasien ini dengan darurat hipertensi? Mengkonfirmasi data ini sangat penting untuk perawatan pasien, tetapi juga

memberikan kesempatan yang penting untuk membentuk keterampilan klinis peserta didik jika dilakukan di hadapan mereka.

- 3) Pembelajaran *bed side teaching* sangat cocok untuk menggunakan model peran sebagai teknik pengajaran. Meskipun mungkin untuk menggambarkan dan membahas bagaimana untuk mengajukan pertanyaan dengan baik atau bagaimana untuk menunjukkan kepekaan terhadap kenyamanan pasien dan kekhawatiran, bisa jauh lebih efektif untuk menunjukkan keterampilan dan teknik di depan pelajar. Pelajar mungkin lebih cenderung untuk melakukan apa yang Anda lakukan daripada seperti yang Anda katakan, dan hasil positif dari hubungan yang baik dan teknik berbicara sendiri.

e. Hambatan

Beberapa hambatan dalam pembelajaran menggunakan metode *bed side teaching* menurut Williams, Ramani, Fraser, Orlander (2008) diantaranya adalah :

- 1) Kurangnya rasa hormat bagi pasien

Pembahasan isu-isu sensitif, seperti penyalahgunaan zat, kesehatan mental, dan seksualitas atau topik terkait, bisa memermalukan pasien dan hasilnya dalam elisitasi dari informasi yang tidak akurat. Diskusi kemungkinan diagnostik dapat menyebabkan gejala yang tidak semestinya, khususnya

percakapan tentang penyakit fatal seperti kanker. Pasien dapat kehilangan kepercayaan pada tim medis jika mereka menyaksikan perselisihan ketika menegakkan diagnosa.

2) Kendala waktu

Kebanyakan peserta didik percaya bahwa kendala waktu secara signifikan membatasi mengajar menggunakan metode *bed side teaching*. Berkontribusi untuk persepsi ini adalah beban kerja penduduk tinggi dan pengamatan bahwa dokter bedah sering mempertahankan tanggung jawab rawat jalan, administrasi, atau penelitian yang signifikan selama layanan lingkungan mereka, sehingga mengurangi waktu untuk interaksi peserta dan pembelajaran secara langsung.

3) Otonomi siswa.

Pembelajaran *bed side teaching* dikhawatirkan dapat mengurangi kenyamanan siswa dalam melakukan tindakan, karena pasien dapat berubah pikiran dan menganggap bahwa siswa belum mampu melakukan tindakan.

4) Sikap, pengetahuan, dan keterampilan dari pihak pendidik.

Pendidik menolak melakukan pembelajaran *bed side teaching* karena mereka merasa tidak mampu melakukan tindakan secara nyata pada pasien.

5) *Overreliance* pada teknologi

Meningkatkan kemampuan teknologi dalam pembelajaran klinik menyebabkan beberapa pendidik merasa tidak perlu lagi melakukan metode pembelajaran *bed side teaching*.

## f. Pedoman pelaksanaan

Pedoman pelaksanaan *Bed side teaching* mempergunakan Satuan Acara Pelajaran (SAP), menurut Wisnoo (2011) SAP harus mengandung unsure-unsur :

- 1) Pokok Bahasan
- 2) Sub pokok bahasan
- 3) Sasaran
- 4) Tempat
- 5) Waktu
- 6) Pembimbing
- 7) Tujuan instruksional Umum
- 8) Tujuan instruksional khusus
- 9) Materi
- 10) Kegiatan belajar mengajar
- 11) Metode
- 12) Media
- 13) Evaluasi
- 14) Sumber

### 3. Kompetensi keperawatan

#### a. Pengertian

Seperangkat tindakan cerdas, penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas dibidang pekerjaan tertentu (Nursalam, 2006).

#### b. Komponen kompetensi

##### 1) *Knowledge* (pengetahuan atau kognitif)

Ranah kognitif adalah ranah yang mencakup kegiatan mental (otak). Menurut Bloom, segala upaya yang menyangkut aktivitas otak adalah termasuk dalam ranah kognitif. Ranah kognitif berhubungan dengan kemampuan berfikir, termasuk didalamnya kemampuan menghafal, memahami, mengaplikasi, menganalisis, mensintesis, dan kemampuan mengevaluasi.

Tujuan aspek kognitif berorientasi pada kemampuan berfikir yang mencakup kemampuan intelektual yang lebih sederhana, yaitu mengingat, sampai pada kemampuan memecahkan masalah yang menuntut siswa untuk menghubungkan dan menggabungkan beberapa ide, gagasan, metode atau prosedur yang dipelajari untuk memecahkan masalah tersebut. Dengan demikian aspek kognitif adalah subtaksonomi yang mengungkapkan tentang kegiatan mental yang sering berawal

dari tingkat pengetahuan sampai ke tingkat yang paling tinggi yaitu evaluasi.

Apabila melihat kenyataan yang ada dalam sistem pendidikan yang diselenggarakan, pada umumnya baru menerapkan beberapa aspek kognitif tingkat rendah, seperti pengetahuan, pemahaman dan sedikit penerapan. Sedangkan tingkat analisis, sintesis dan evaluasi jarang sekali diterapkan. Apabila semua tingkat kognitif diterapkan secara merata dan terus-menerus maka hasil pendidikan akan lebih baik. Pengukuran hasil belajar ranah kognitif dilakukan dengan tes tertulis. Bentuk tes kognitif diantaranya; (1) tes atau pertanyaan lisan di kelas, (2) pilihan ganda, (3) uraian obyektif, (4) uraian non obyektif atau uraian bebas, (5) jawaban atau isian singkat, (6) menjodohkan, (7) portopolio dan (8) performans (Zaky, 2011).

2) *Attitude* (Sikap atau afektif)

Keperawatan adalah profesi yang membutuhkan komitmen lebih banyak dari pekerjaan lain. Hal ini karena hubungan interpersonal yang diperlukan untuk menghadapi orang yang sangat sakit untuk waktu yang lama. Berurusan dengan orang yang sakit itu sendiri adalah peristiwa stres. Perawat menangani pasien yang sama untuk waktu yang lama dan perlu komitmen lebih untuk bekerja dengan mereka. Sikap perawat akan

membantu dalam praktik keperawatan sukses dalam situasi seperti itu (Fitriana, 2012).

Ranah afektif adalah ranah yang berkaitan dengan sikap dan nilai. Ranah afektif mencakup watak perilaku seperti perasaan, minat, sikap, emosi, dan nilai. Beberapa pakar mengatakan bahwa sikap seseorang dapat diramalkan perubahannya bila seseorang telah memiliki kekuasaan kognitif tingkat tinggi. Ciri-ciri hasil belajar afektif akan tampak pada peserta didik dalam berbagai tingkah laku. Seperti perhatiannya terhadap mata pelajaran pendidikan agama Islam, kedisiplinannya dalam mengikuti mata pelajaran agama disekolah, motivasinya yang tinggi untuk tahu lebih banyak mengenai pelajaran agama Islam yang di terimanya, penghargaan atau rasa hormatnya terhadap guru pendidikan agama Islam dan sebagainya.

Ranah afektif tidak dapat diukur seperti halnya ranah kognitif, karena dalam ranah afektif kemampuan yang diukur adalah: menerima (memperhatikan), merespon, menghargai, mengorganisasi, dan karakteristik suatu nilai. Skala yang digunakan untuk mengukur ranah afektif seseorang terhadap kegiatan suatu objek diantaranya skala sikap. Hasilnya berupa kategori sikap, yakni mendukung (positif), menolak (negatif), dan netral. Sikap pada hakikatnya adalah kecenderungan berperilaku pada seseorang. Ada tiga komponen sikap, yakni

kognisi, afeksi dan konasi. Kognisi berkenaan dengan pengetahuan seseorang tentang objek yang dihadapinya. Afeksi berkenaan dengan perasaan dalam menanggapi objek tersebut, sedangkan konasi berkenaan dengan kecenderungan berbuat terhadap objek tersebut. Oleh sebab itu, sikap selalu bermakna bila dihadapkan kepada objek tertentu. Skala sikap dinyatakan dalam bentuk pernyataan untuk dinilai oleh responden, apakah pernyataan itu didukung atau ditolaknya, melalui rentangan nilai tertentu. Oleh sebab itu, pernyataan yang diajukan dibagi ke dalam dua kategori, yakni pernyataan positif dan pernyataan negatif. Salah satu skala sikap yang sering digunakan adalah skala Likert. Dalam skala Likert, pernyataan-pernyataan yang diajukan, baik pernyataan positif maupun negatif, dinilai oleh subjek dengan sangat setuju, setuju, tidak punya pendapat, tidak setuju, sangat tidak setuju (Zaky, 2011).

3) *Skill* (Ketrampilan atau psikomotor)

Ranah psikomotor berhubungan dengan hasil belajar yang pencapaiannya melalui keterampilan manipulasi yang melibatkan otot dan kekuatan fisik. Ranah psikomotor adalah ranah yang berhubungan aktivitas fisik, misalnya; menulis, memukul, melompat dan lain sebagainya.

Hasil belajar keterampilan dapat diukur melalui (1) pengamatan langsung dan penilaian tingkah laku peserta didik

selama proses pembelajaran praktik berlangsung, (2) sesudah mengikuti pembelajaran, yaitu 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 itu, Leighbody (1968) berpendapat bahwa penilaian hasil belajar (psikomotor) mencakup: (1) kemampuan menggunakan alat dan sikap kerja, (2) kemampuan menganalisis suatu pekerjaan dan menyusun urutan pengerjaan, (3) kecepatan mengerjakan tugas, (4) kemampuan membaca gambar dan atau simbol, (5) keserasian bentuk dengan yang diharapkan dan atau ukuran yang telah ditentukan.

Dari penjelasan di atas dapat dirangkum bahwa dalam penilaian hasil belajar psikomotor atau keterampilan harus mencakup persiapan, proses, dan produk. Penilaian dapat dilakukan pada saat proses berlangsung yaitu pada waktu peserta didik melakukan praktik, atau sesudah proses berlangsung dengan cara mengetes peserta didik.

Penilaian psikomotorik dapat dilakukan dengan menggunakan observasi atau pengamatan. Observasi sebagai alat penilaian banyak digunakan untuk mengukur tingkah laku individu ataupun proses terjadinya suatu kegiatan yang dapat diamati, baik dalam situasi yang sebenarnya maupun dalam

situasi buatan. Dengan kata lain, observasi dapat mengukur atau menilai hasil dan proses belajar atau psikomotorik. Misalnya tingkah laku peserta didik ketika praktik, kegiatan diskusi peserta didik, partisipasi peserta didik dalam simulasi, dan penggunaan alins ketika belajar. Observasi dilakukan pada saat proses kegiatan itu berlangsung. Pengamat terlebih dahulu harus menetapkan kisi-kisi tingkah laku apa yang hendak diobservasinya, lalu dibuat pedoman agar memudahkan dalam pengisian observasi. Pengisian hasil observasi dalam pedoman yang dibuat sebenarnya bisa diisi secara bebas dalam bentuk uraian mengenai tingkah laku yang tampak untuk diobservasi, bisa pula dalam bentuk memberi tanda cek (√) pada kolom jawaban hasil observasi (Zaky, 2011).

c. Lingkup kompetensi keperawatan

Menurut Nursalam (2006), kompetensi utama keperawatan meliputi:

- 1) Melaksanakan Praktik Profesional, akuntabel, etis, dan legal serta peka budaya.
- 2) Pemberian dan Manajemen Keperawatan.
- 3) Mengembangkan Profesionalisme.

- d. Pengaruh metode pembelajaran *bed side teaching* terhadap peningkatan keterampilan kompetensi

Pengajaran Bedside memiliki sejarah panjang dan terhormat dan dengan alasan yang baik. Mengajar di hadapan pasien memberikan kesempatan yang unik dan berharga untuk mengintegrasikan pengetahuan dan keterampilan obat untuk manfaat langsung dari pasien (MAHEC Office of Regional Primary Care Education, 2012). Melalui pembelajaran *bed side teaching* siswa dapat secara nyata melihat kemampuan pengajar dalam melakukan tindakan pemasangan infus pada pasien, dengan mengintegrasikan pengetahuan, ketrampilan dan sikap

Pengajaran *Bedside* telah lama dianggap sebagai metode yang paling efektif untuk mengajarkan keterampilan klinis dan memiliki manfaat lain seperti etika, humanisme dan profesionalisme, komunikasi keterampilan dan pemodelan peran (Naidoo, 2013).

4. Kompetensi pemasangan infus  
a. Pengertian

Pemasangan Infus adalah pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh melalui sebuah jarum ke dalam pembuluh vena (pembuluh balik) untuk menggantikan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh (Nursewian, 2012).

b. Tujuan

Tujuan prosedur pemasangan infus, menurut Cheklist Skill Lab IDK I PSIK FIKES UMM (2011) untuk :

- 1) Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh cairan elektrolit, vitamin, protein, kalori dan nitrogen. Pada klien yang tidak mampu mempertahankan masukan yang adekuat melalui mulut.
- 2) Memulihkan keseimbangan asam-asam.
- 3) Memulihkan volume darah dan.
- 4) Menyediakan saluran terbuka untuk pemberian obat-obatan.

c. Indikasi

Indikasi pemasangan infus menurut Nursewian (2012), diantaranya adalah:

- 1) Keadaan *emergency* (misal pada tindakan RJP), yang memungkinkan pemberian obat langsung ke dalam intravena.
- 2) Memberikan respon yang cepat terhadap pemberian obat (seperti furosemid, digoxin).
- 3) Pasien yang mendapat terapi obat dalam dosis besar secara terus-menerus melalui intravena.
- 4) Pasien yang membutuhkan pencegahan gangguan cairan dan elektrolit.
- 5) Pasien yang mendapatkan tranfusi darah.
- 6) Upaya profilaksis (tindakan pencegahan) sebelum prosedur (misalnya pada operasi besar dengan risiko perdarahan, dipasang

jalur infus intravena untuk persiapan jika terjadi syok, juga untuk memudahkan pemberian obat)

- 7) Upaya profilaksis pada pasien-pasien yang tidak stabil, misalnya risiko dehidrasi (kekurangan cairan) dan syok (mengancam nyawa), sebelum pembuluh darah kolaps (tidak teraba), sehingga tidak dapat dipasang jalur infus.
- 8) Untuk menurunkan ketidaknyamanan pasien dengan mengurangi kebutuhan dengan injeksi intramuskuler.

d. Alat dan bahan pemasangan infus

Alat dan bahan yang dibutuhkan untuk pemasangan infus, menurut Uliyah dan Hidayat (2006) diantaranya adalah:

- 1) Standar infus
- 2) Perangkat infus
- 3) Cairan sesuai dengan kebutuhan pasien
- 4) Jarum infus atau abocath atau sejenisnya sesuai dengan ukuran
- 5) Pengalas
- 6) Tourniquet atau pembendung
- 7) Alkohol 70%
- 8) Plester
- 9) Gunting
- 10) Kasa steril
- 11) Betadine
- 12) Sarung tangan

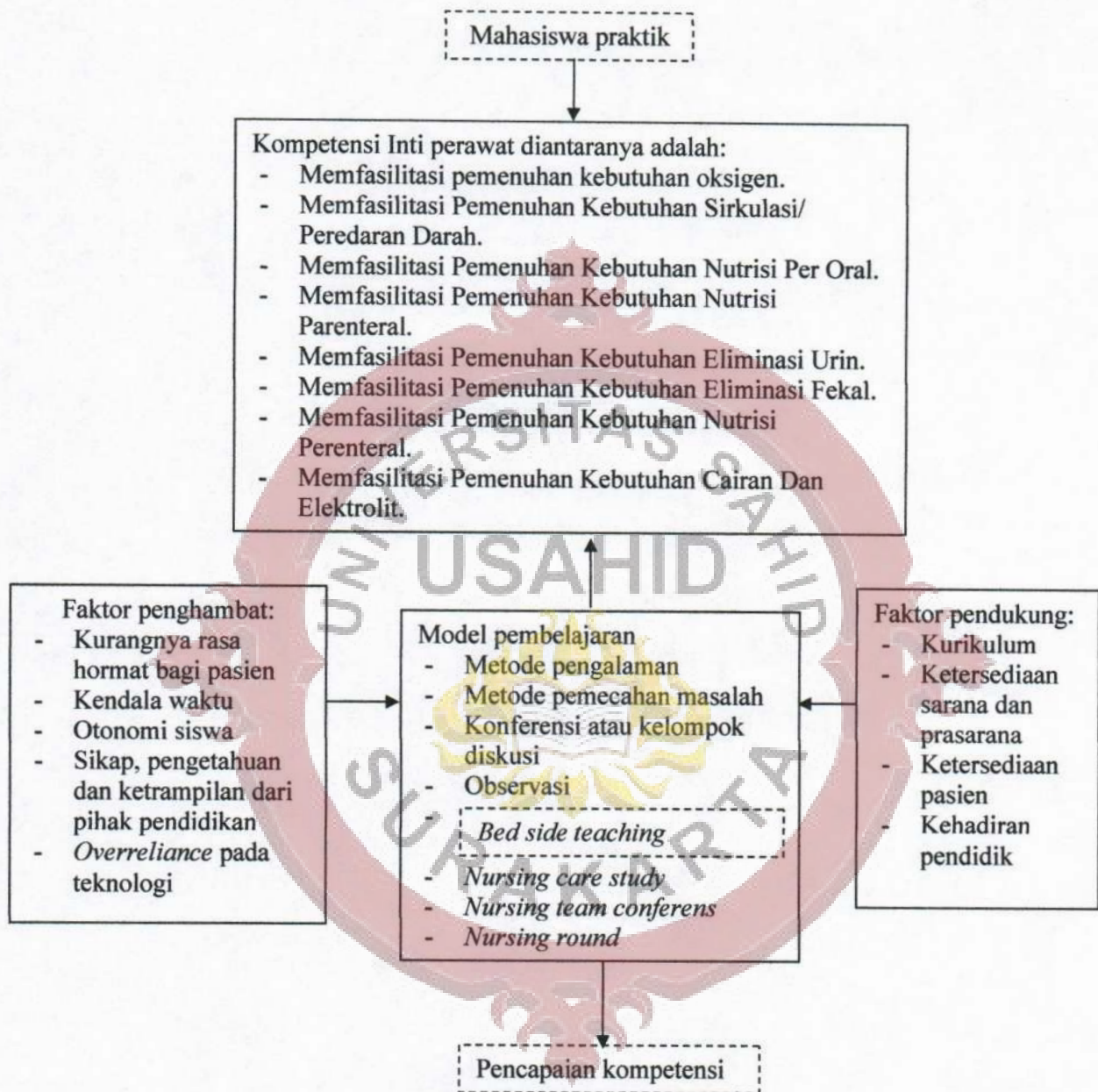
e. Prosedur pemasangan infus

Prosedur pemasangan infus, menurut Standar Prosedur Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali adalah sebagai berikut:

- 1) Tahap pra interaksi
  - a) Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada.
  - b) Mencuci tangan.
  - c) Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar.
- 2) Tahap orientasi
  - a) Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik.
  - b) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga atau klien.
  - c) Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan.
- 3) Tahap kerja
  - a) Melakukan desinfektan tutup botol cairan.
  - b) Menutup saluran infus.
  - c) Menusukan saluran infus dengan benar.
  - d) Menggantungkan botol cairan pada standar infus.
  - e) Mengisi tabung reservoir infus sesuai tanda.
  - f) Mengalirkan cairan hingga tidak ada udara dalam selang.
  - g) Mengatur posisi pasien dan pilih vena.
  - h) Memasang pengalas.
  - i) Membebaskan daerah yang akan diinsersi.

- j) Meletakkan tourniquet 5 cm proksimal yang akan ditusuk.
  - k) Memakai handschoen.
  - l) Membersihkan kulit dengan kapas alkohol.
  - m) Mempertahankan vena pada posisi stabil.
  - n) Memegang IV kateter dengan sudut 30°.
  - o) Menusuk vena dengan lubang jarum menghadap ke atas.
  - p) Memastikan IV kateter masuk intra vena, kemudian menarik mandrin kurang lebih 0,5 cm.
  - q) Memasukkan IV kateter secara perlahan.
  - r) Menarik mandrin dan menyambungkan dengan selang infus.
  - s) Melepaskan tourniquet.
  - t) Mengalirkan cairan infus.
  - u) Melakukan fiksasi IV kateter.
  - v) Memberikan desinfeksi daerah-daerah tusukan dan menutup dengan kassa.
  - w) Mengatur tetesan, sesuai program.
- 4) Tahap terminasi
- a) Melakukan evaluasi tindakan.
  - b) Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya.
  - c) Berpamitan dengan klien.
  - d) Membereskan alat-alat.
  - e) Mencuci tangan.
  - f) Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan.

## B. Kerangka Teori

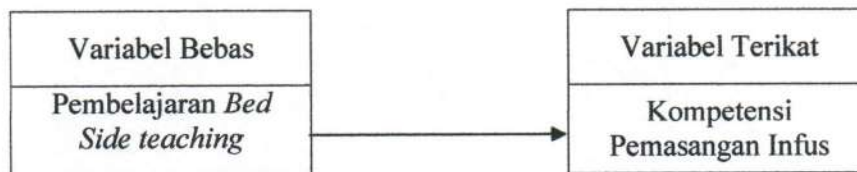


Gambar 1  
Kerangka Teori Penelitian

Keterangan :

- : Tidak diteliti  
 : Diteliti

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2  
Kerangka Konsep Penelitian

### D. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Suyanto dan Salamah, 2009). Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada pengaruh metode pembelajaran *bed side teaching* terhadap peningkatan kompetensi pemasangan infus mahasiswa praktik keperawatan di Ruang Rawat Dewasa Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali.