

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Data Penelitian

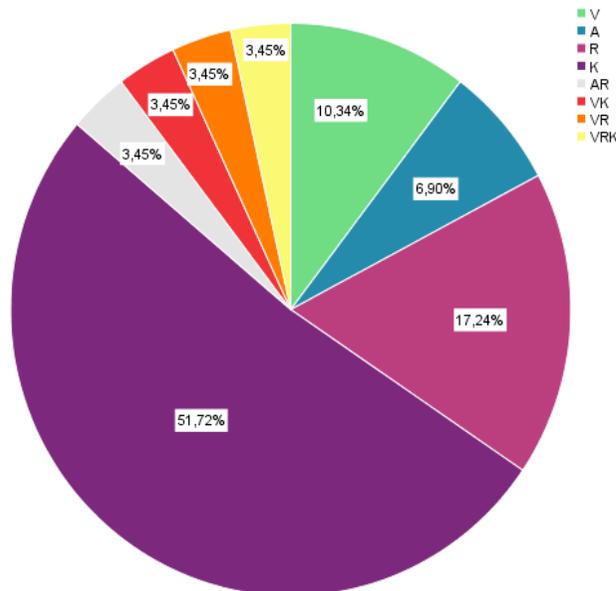
Penelitian ini dilakukan selama bulan Oktober hingga November 2018 pada mahasiswa rotasi klinik Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang bertugas di Bantul dan Wonosobo. Penelitian ini menggunakan kuesioner gaya belajar VARK (Visual-Aural-Reading-Kinestetik) yang dikembangkan oleh N. Flemming dan kuesioner *Maslach Burnout Inventory* yang dikembangkan oleh C. Maslach.

a. Data Hasil Karakteristik Gaya Belajar *Homebase* Bantul

Kuesioner gaya belajar terdiri dari 16 pertanyaan. Kuesioner ini diberikan kepada 29 orang mahasiswa rotasi klinik di Bantul. Hasil kuesioner gaya belajar disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 1 Karakteristik Gaya Belajar *Homebase* Bantul

Modalitas	Frekuensi	Persentase (%)
Visual (V)	3	10,3
Aural (A)	2	6,9
<i>Reading</i> (R)	5	17,2
Kinestetik (K)	15	51,7
<i>Aural-Reading</i> (AR)	1	3,4
Visual-Kinestetik (VK)	1	3,4
<i>Visual-Reading</i> (VR)	1	3,4
<i>Visual-Reading-Kinestetik</i> (VRK)	1	3,4
Total	29	100

Grafik 1. Karakteristik Gaya Belajar *Homebase* Bantul

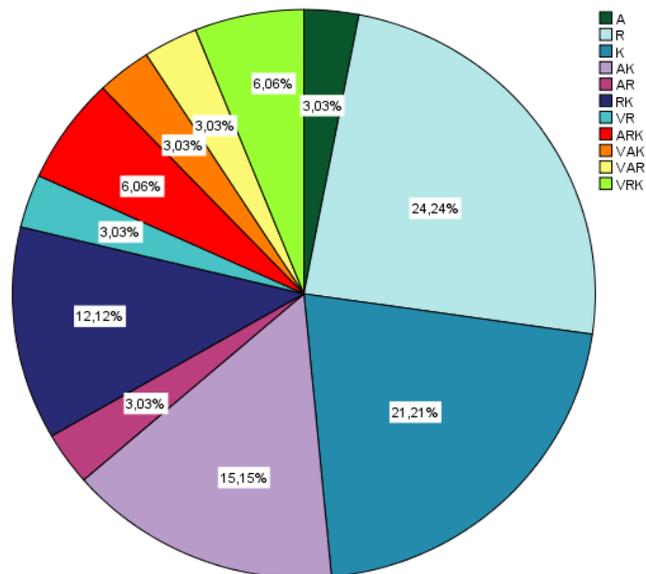
Seperti yang tampak pada tabel dan grafik di atas, sebanyak 51,7% dari responden memiliki gaya belajar Kinestetik, diikuti dengan 17,2% responden memiliki gaya belajar Membaca/*Reading*. Gaya belajar yang paling sedikit dipilih adalah gaya belajar dengan lebih dari satu modalitas, seperti gaya belajar bimodal (*Aural-Reading*, *Visual-Kinestetik*, *Visual-Reading*) dan trimodal (*Visual-Reading-Kinestetik*).

b. Data Hasil Karakteristik Gaya Belajar *Homebase* Wonosobo

Kuesioner gaya belajar terdiri dari 16 pertanyaan. Kuesioner ini diberikan kepada 33 orang mahasiswa rotasi klinik di Wonosobo. Hasil kuesioner gaya belajar disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 2 Karakteristik Gaya Belajar *Homebase* Wonosobo

Modalitas	Frekuensi	Persentase (%)
Aural (A)	1	3
<i>Reading</i> (R)	8	24.2
Kinestetik (K)	7	21.2
Aural-Kinestetik (AK)	5	15.2
<i>Aural-Reading</i> (AR)	1	3
<i>Reading-Kinestetik</i> (RK)	4	12.1
<i>Visual-Reading</i> (VR)	1	3
<i>Aural-Reading-Kinestetik</i> (ARK)	2	6.1
<i>Visual-Aural-Kinestetik</i> (VAK)	1	3
<i>Visual-Aural-Reading</i> (VAR)	1	3
<i>Visual-Reading-Kinestetik</i> (VRK)	2	6.1
Total	33	100

Grafik 2. Karakteristik Gaya Belajar *Homebase* Wonosobo

Seperti yang tampak pada tabel dan grafik di atas, sebanyak 24,2% dari responden memiliki gaya belajar Membaca/*Reading*, diikuti dengan 21,2% responden memiliki gaya belajar Kinestetik.

Gaya belajar unimodal yang paling sedikit dipilih adalah gaya belajar Aural, gaya belajar bimodal (*Aural-Reading*, *Visual-Reading*) dan trimodal (*Visual-Aural-Kinestetik*, *Visual-Aural-Reading*).

c. Data Hasil Penilaian *Burnout* Homebase Bantul

Kuesioner penilaian *burnout* terdiri dari 22 pertanyaan. Kuesioner ini diberikan kepada 29 orang mahasiswa rotasi klinik di Bantul. Hasil kuesioner disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 3 Penilaian *Burnout* Homebase Bantul

	Min	Max	Mean	Median
Kelelahan Emosional (EE)	3	43	19,83	17
Depersonalisasi (DP)	0	22	5,55	5
Penghargaan Diri (PA)	7	47	37,1	42

Tabel di atas menunjukkan nilai tertinggi pada Kelelahan Emosional sebesar 43, dan nilai terendah adalah 3, dengan rata-rata 19,83 median 17. Nilai tertinggi pada Depersonalisasi sebesar 22, dan nilai terendah adalah 0, dengan rata-rata 5,55 median 5. Nilai tertinggi pada Penghargaan Diri sebesar 47, dan nilai terendah adalah 7, dengan rata-rata 37,1 median 42.

d. Data Hasil Penilaian *Burnout* Homebase Wonosobo

Kuesioner penilaian *burnout* terdiri dari 22 pertanyaan. Kuesioner ini diberikan kepada 29 orang mahasiswa rotasi klinik di Wonosobo. Hasil kuesioner disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 4 Penilaian *Burnout Homebase* Wonosobo

	Min	Max	Mean	Median
Kelelahan Emosional (EE)	4	45	21.88	20
Depersonalisasi (DP)	1	23	8.30	7
Penghargaan Diri (PA)	24	48	37.09	37

Tabel di atas menunjukkan nilai tertinggi pada Kelelahan Emosional sebesar 45, dan nilai terendah adalah 4, dengan rata-rata 21,88 median 20. Nilai tertinggi pada Depersonalisasi sebesar 23, dan nilai terendah adalah 1, dengan rata-rata 8,3 median 7. Nilai tertinggi pada Penghargaan Diri sebesar 48, dan nilai terendah adalah 24, dengan rata-rata 37,09 median 37.

B. Pembahasan

Menurut Parr (2016), bagi dokter junior mungkin sulit menyesuaikan atau bertransisi dari kehidupan kuliah menjadi pekerja penuh waktu, kemungkinan disebabkan kurangnya pengalaman dalam mengatasi lingkungan yang penuh stres, dan sebagai profesional medis, implikasi negatifnya termasuk penurunan kualitas perawatan pasien, peningkatan penggunaan ansiolitik, dan peningkatan bunuh diri. Gaya hidup dan tekanan yang melekat dalam dunia medis, dikombinasikan dengan kurangnya pengalaman, dapat membuat dokter tahun pertama (magang) sangat rentan terhadap *burnout*.

1. Gaya Belajar

Penelitian yang dilakukan oleh Kim (2018) menunjukkan mayoritas residen bedah di 5 universitas kedokteran di Amerika Serikat memiliki gaya belajar VARK (Visual-Aural-Reading-Kinestetik) dan gaya belajar Kinestetik di urutan ke dua. Kecenderungan ini terjadi kemungkinan adanya tuntutan dari pekerjaan yang dihadapi selama masa pendidikan di rotasi klinik.

Data pada penelitian ini didapatkan melalui metode kuesioner. Dari kuesioner Gaya Belajar yang dibagikan kepada mahasiswa rotasi klinik di RSUD Bantul, diperoleh nilai maksimum pada gaya belajar kinestetik. Hal ini menunjukkan kecenderungan mahasiswa rotasi klinik di RSUD Bantul belajar secara bergerak, menyentuh, dan melakukan sesuatu, senang beraktifitas dan mengeksplorasi. Sementara itu, dari kuesioner yang dibagikan kepada mahasiswa di RSUD Wonosobo, mayoritas memiliki gaya belajar Membaca (*Reading*), dan kinestetik. Kecenderungan sebagian mahasiswa rotasi klinik memilih belajar dengan banyak membaca jurnal, buku-buku, dan sebagian lain belajar dengan bergerak, melakukan aktivitas, belajar dari tindakan.

Berdasarkan hasil penelitian di atas, tampak perbedaan mencolok antara gaya belajar mahasiswa di kedua rumah sakit pendidikan. Di satu tempat terdapat kecenderungan memilih salah

satu gaya belajar, sedangkan di tempat lain tampak pembagian pola yang cukup merata. Di sisi lain, mahasiswa rotasi klinik ditempatkan secara acak (random) pada rumah sakit pendidikan yang disediakan. Hal ini dapat diasumsikan bahwa perbedaan ini terjadi diakibatkan proses pendidikan yang berbeda, yang dapat mengakibatkan perubahan gaya belajar tersebut.

Pada penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Quillin (2016) pada residen bedah di Cincinnati, Ohio, dengan menggunakan *Kolb Learning Style Inventory*, ditemukan perubahan sebelum dan sesudah diberlakukan peraturan 80 jam kerja dalam seminggu pada tahun 2003. Sebelum diberlakukan program 80 jam kerja, para residen dominan sebagai pelajar konvergen/*converging learners* dan berasimilasi/*assimilating*. Setelah diberlakukan program 80 jam kerja, jumlah *converging learners* menurun. Penurunan terjadi pada jumlah residen yang memilih gaya belajar *converging*, *diverging*, dan *assimilating*, serta peningkatan jumlah residen yang memilih gaya belajar *accommodating*. Program 80 jam kerja ini diberlakukan oleh *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* pada seluruh program residensi pada Juli 2011, dengan tujuan untuk mengatasi efek dari kurang tidur dan kelelahan pada kualitas

perawatan pasien, serta memberikan waktu yang cukup untuk pembelajaran didaktik dan pendidikan mandiri.

2. Burnout

Data selanjutnya diperoleh melalui kuesioner *Maslach Burnout Inventory* yang terdiri dari 22 pertanyaan dengan skala nilai 0 hingga 6, yang terbagi menjadi 3 bagian penilaian, yaitu Kelelahan Emosional (*Emotional Exhaustion*), Depersonalisasi, dan Penghargaan Diri (*Personal Accomplishment*). Masing-masing bagian memiliki skala tertentu sehingga dapat digolongkan menjadi tingkatan rendah, menengah, dan tinggi, sebagai berikut:

Tabel 5 Klasifikasi Tingkatan Burnout

	Rendah	Menengah	Tinggi
Kelelahan Emosional (EE)	0-16	17-26	> 27
Depersonalisasi (DP)	0-6	7-12	> 13
Penghargaan Diri (PA)	0-31	32-38	> 39

a. Kelelahan Emosional (*Emotional Exhaustion*)

Montgomery (2007) menyatakan bahwa kelelahan, beban kerja yang berlebihan, dan lingkungan dapat mempengaruhi kinerja dokter dan perawat yang bekerja di unit tersebut, dan faktor-faktor ini memiliki kontribusi pada terjadinya kesalahan medis di unit tersebut.

Tabel 6 Interpretasi Kelelahan Emosional

Interpretasi EE	Bantul		Wonosobo	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	12	41,4	13	39,4
Menengah	10	34,5	9	27,3
Tinggi	7	24,1	11	33,3
Total	29	100	33	100

Pada penilaian *Emotional Exhaustion* (kelelahan emosional) ditemukan kemiripan antara kedua homebase, RSUD Bantul dan RSUD Wonosobo. Nilai kelelahan emosional tingkat rendah paling banyak didapatkan di kedua Rumah Sakit. Namun jika dibandingkan dengan kelelahan emosional tingkat menengah dan tinggi, angka ini masih lebih rendah, dibuktikan dengan rata-rata nilai tersebut termasuk dalam kelelahan emosional tingkat menengah. Menurut Schaufeli dan Enzmann (1998), keadaan kelelahan emosional dapat dipengaruhi oleh:

- 1) Beban kerja (*workload*), yaitu tekanan yang disebabkan pekerjaan yang dikerjakan.
- 2) Tekanan waktu (*time pressure*), yaitu tekanan yang berasal dari tuntutan penyelesaian pekerjaan (*deadline*).
- 3) Kurang dukungan sosial (*lack of social support*),
- 4) Stres karena peran (*role stress*), terdapat ambiguitas pada pekerjaan sehingga terjadi konflik dalam pekerjaannya.

Menurut Carayon dan Alvarado (2007), beban kerja (*workload*) terdiri dari beberapa dimensi, yaitu:

- 1) Beban fisik (jumlah pekerjaan fisik, tindakan penanganan pasien)
- 2) Beban kognitif (informasi yang berlebihan)
- 3) Tekanan waktu (bekerja dengan batasan waktu dan tenggat waktu yang ketat)
- 4) Beban emosional (berurusan dengan permasalahan emosional, seperti kematian pasien, perawatan pasca kematian, dan tuntutan keluarga)
- 5) Beban kuantitatif (jumlah pekerjaan)
- 6) Beban kualitatif (kesulitan pekerjaan)
- 7) Variabilitas beban (perubahan beban, peningkatan beban kerja atau pengurangan beban kerja).

b. Depersonalisasi

Tabel 7 Interpretasi Depersonalisasi

Interpretasi DP	Bantul		Wonosobo	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	22	75,9	16	48,5
Menengah	3	10,3	10	30,3
Tinggi	4	13,8	7	21,2
Total	29	100	33	100

Pada nilai Depersonalisasi di *homebase* Bantul, sebanyak 75,9% mahasiswa berada di tingkat rendah (0-6), dengan rata-rata 5,55 (depersonalisasi rendah). Sedangkan untuk *homebase* Wonosobo, 48,5% mahasiswa berada di tingkat rendah, dengan nilai rata-rata 8,3 (depersonalisasi menengah/7-12).

Menurut hasil survei ini, gambaran depersonalisasi seperti adanya sikap negatif, menjaga jarak dengan pasien, berpendapat negatif dan bersikap sinis, tidak dominan pada mahasiswa rotasi klinik di Bantul, namun ada kemungkinan hal ini terjadi di Wonosobo.

c. Penghargaan Diri (*Personal Accomplishment*)

Tabel 8 Interpretasi Penghargaan Diri (*Personal Accomplishment*)

Interpretasi PA	Bantul		Wonosobo	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	6	20,7	8	24,2
Menengah	5	17,2	11	33,3
Tinggi	18	62,1	14	42,4
Total	29	100	33	100

Pada nilai Penghargaan Diri (*Personal Accomplishment*) di *homebase* Bantul, sebanyak 62,1% mahasiswa berada pada tingkat tinggi (≥ 39), dengan rata-rata nilai 37,1 (penghargaan diri menengah/32-38). Hasil serupa ditemukan pada *homebase*

Wonosobo dimana 42,4% mahasiswa berada pada tingkat tinggi, dengan rata-rata nilai 37,09 (penghargaan diri menengah).

Menurut Winfrey (2018), telah banyak laporan mengenai hubungan antara kelelahan (*burnout*) tenaga kesehatan terhadap infeksi yang berhubungan dengan tenaga kesehatan. Lingkungan kerja yang membutuhkan efisiensi biaya dan akuntabilitas, dan keinginan untuk memberikan perawatan yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*), sering menciptakan konflik pada tuntutan pekerjaan. Konflik ini dapat meningkatkan kelelahan (*burnout*) dan penurunan kinerja yang mempengaruhi biaya, kualitas, dan keselamatan. Keselamatan pasien terdampak ketika tenaga kesehatan menggunakan sebagian besar waktu, tenaga, dan sumber daya mereka menghadapi stres. Banyak studi menunjukkan bahwa program peningkatan keterampilan komunikasi, dan pemberdayaan ketahanan staf, memiliki hasil positif termasuk kepuasan staf dan pasien, keselamatan pasien, kualitas, penurunan biaya.