



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PROGRAM *PRECEPTORSHIP* DAN
KARAKTERISTIK PERAWAT DENGAN
PROSES ADAPTASI PERAWAT BARU
DI PKSC, RSB, DAN RSPI**

TESIS

**NURMAIDA SARAGIH
NPM. 0906504915**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN PROGRAM *PRECEPTORSHIP* DAN
KARAKTERISTIK PERAWAT DENGAN
PROSES ADAPTASI PERAWAT BARU
DI PKSC, RSB, DAN RSPI

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

Oleh
NURMAIDA SARAGIH
NPM. 0906504915

PEMBIMBING

Dra. JUNAITI SAHAR, S.Kp., M.App.Sc., PhD
DEWI GAYATRI, S.Kp., M.Kes

PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2011

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Dengan Judul Tesis

**HUBUNGAN PROGRAM *PRECEPTORSHIP* DAN
KARAKTERISTIK PERAWAT DENGAN
PROSES ADAPTASI PERAWAT BARU
DI PKSC, RSB DAN RSPI**

Tesis ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji
Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

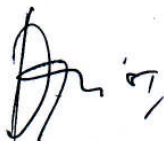
Depok, 12 Juli 2011

Pembimbing I



Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc.; PhD

Pembimbing II



Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes

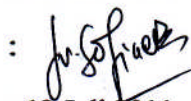
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri. Semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Nurmaida Saragih/Sr. Sofia CB

NPM : 0906504915

Tanda Tangan :



Tanggal : 12 Juli 2011




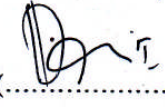
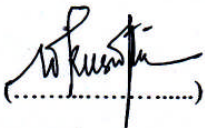

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Nurmaida Saragih/Sr. Sofia CB
NPM : 0906504915
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Hubungan Program *Preceptorship* Dan
Karakteristik Perawat dengan Proses Adaptasi
Perawat Baru di PKSC, RSB, RSPI

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia

Dewan Penguji

Pembimbing I : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., PhD (.....)
Pembimbing II : Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes (.....)
Penguji : Wida Kuswida Bhakti, S.Kp., M.Kep. (.....)
Penguji : Ns. Aat Yatnikasari, S.Kep., M.Kep (.....)

Di tetapkan di: Depok

Tanggal : 12 Juli 2011

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Nurmaida Saragih/Sr. Sofia CB

NPM : 0906504915

Mahasiswa Program : Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Tahun Akademik : 2009 / 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

Hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB dan RSPI

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 12 Juli 2011



Nurmaida Saragih/Sr. Sofia CB

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti haturkan kepada Tuhan Yang Maha Pengasih atas berkat dan karunia-Nya yang dilimpahkan kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan laporan tesis yang berjudul “hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI”.

Dengan rasa hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya, pada kesempatan ini juga peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ketua Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI (Krisna Yetti, SKp., M.App.Sc, Astuti Yuni, SKp., MN)
3. Dra Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D selaku pembimbing I dan pembimbing akademik, yang dengan sabar telah memberikan arahan dan bimbingan serta dukungan selama proses pelaksanaan penelitian dan penyusunan laporan tesis ini.
4. Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing II, yang dengan sabar telah memberikan arahan dan bimbingan selama proses pelaksanaan dan penyusunan laporan tesis ini.
5. Ibu Wida Kuswida Bhakti, S.Kp, M.Kep, selaku penguji yang telah banyak memberi masukan kepada peneliti.
6. Ns. Aat Yatnikasari, S.Kep., M.Kep, selaku penguji yang telah banyak memberi masukan kepada peneliti.
7. Dr. Markus Waseso Suharyono, MARS selaku direktur utama Pelayanan Kesehatan St. Carolus yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan pengambilan data awal dan pelaksanaan penelitian di PKSC, Jakarta.
8. Sr. Ros Isti R. CB, BSN, selaku direktur keperawatan Pelayanan Kesehatan St. Carolus, staf direktur keperawatan yang telah memfasilitasi dan memberikan dukungan dalam pengambilan data awal dan pelaksanaan penelitian ini.
9. Staf Komite Keperawatan, yang telah banyak membantu dan memfasilitasi peneliti dalam pengambilan data awal dan pelaksanaan penelitian.

10. Dr. Suryanto selaku direktur utama Rumah Sakit Santo Borromeus, Bandung yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan pengambilan data awal dan pelaksanaan penelitian di Rumah Sakit St. Borromeus.
11. Sr. Yosefine CB, MSN, selaku direktur keperawatan Rumah Sakit St. Borromeus Bandung, kepala bidang dan staf komite keperawatan yang telah memfasilitasi dan memberikan dukungan dalam pengambilan data awal dan pelaksanaan penelitian.
12. Dr. Yanwar Hadiyanto selaku CEO *Pondok Indah Healthcare Group* dan Dr. Agus Wahyudi, MBA selaku COO Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan pengambilan data awal dan pelaksanaan penelitian di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta.
13. Koordinator DIKLAT Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta yang telah membantu peneliti dalam pengambilan data awal dan pelaksanaan penelitian di RSPI, Jakarta.
14. Perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI yang telah bersedia menjadi responden
15. Keluarga Besar STIKes Santo Borromeus dan PPSB yang telah memberikan kesempatan dan dukungan yang besar bagi peneliti dalam menjalani studi S2
16. Para suster CB khususnya di Komunitas Borromeus, Bandung, Komunitas Carolus, Jakarta, Komunitas suster AK, Depok dan orang tua yang telah banyak membantu peneliti lewat doa dan dukungan selama kuliah hingga penyusunan laporan penelitian ini.
17. Teman-teman S2 Manajemen Keperawatan angkatan 2009 yang telah memberikan banyak dukungan selama dalam kebersamaan dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu – persatu.

Peneliti menyadari bahwa laporan penelitian ini masih jauh dari sempurna, untuk itu peneliti dengan rendah hati mengharapkan saran untuk kesempurnaan laporan penelitian ini. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan dan manajemen pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Depok, Juli 2011

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurmaida Saragih/Sr. Sofia CB
NPM : 0906504915
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalti Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

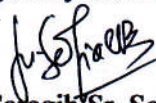
“Hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti non eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasi tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Di buat di : Depok
Pada tanggal : 12 Juli 2011

Yang menyatakan



Nurmaida Saragih/Sr. Sofia CB

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2011
Nurmaida Saragih/Sr. Sofia CB

Hubungan Program *Preceptorship* dan Karakteristik Perawat dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PKSC, RSB, dan RSPI



ABSTRAK

Program *preceptorship* adalah pendekatan efektif dalam pengajaran klinik, merupakan bagian integral dari orientasi perawat baru. Penelitian bertujuan mengetahui hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI. Desain penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian 100 perawat baru. Instrumen digunakan adalah kuesioner. Hasil penelitian adalah variabel berhubungan dengan proses adaptasi dimana nilai $p < 0,05$ adalah *self efficacy*, lama kerja, dan konflik. Faktor dominan berhubungan dengan proses adaptasi adalah *self efficacy* dengan nilai OR 6,68. Program *preceptorship* dan karakteristik perawat berhubungan dengan proses adaptasi perawat baru. Manajer keperawatan perlu menyediakan sumber dukungan *preceptor* yang kompeten untuk meningkatkan *self efficacy* perawat baru sehingga membantu proses adaptasi.

Kata Kunci: Program *Preceptorship*, Karakteristik Perawat, Proses Adaptasi, Manajemen Keperawatan.
Daftar Pustaka: 90 (1974 – 2010)

UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER OF SCIENCE IN NURSING PROGRAM
NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT SPECIALISATION
GRADUATE PROGRAM FACULTY OF SCIENCE IN NURSING

Thesis, July 2011
Nurmaida Saragih/Sr. Sofia CB

The Relationship of Preceptorship Program and the Characteristics of Nurses to the Adaptation Process of New Nurses in PKSC, RSB, and RSPI



ABSTRACT

Preceptorship program is the effective approach in clinical teaching and an integral part of the orientation of new nurses. The research aims to determine the relationship preceptorship programs and the characteristics of nurses with the adaptation process of new nurses in PKSC, RSB, and RSPI. The study design used a descriptive correlation with the cross-sectional approach. The samples 100 new nurses. The instrument used was a questionnaire. The results are the variables associated with the process of adaptation in which the p-value <0.05 was self-efficacy, length of employment, and conflict. Dominant factor related to the adaptation process is self-efficacy with the OR 6.68. Preceptorship programs and the characteristics of nurses associated with the process of adaptation of new nurses. Nursing managers need to provide a competent source of support preceptor for new nurses improve the self-efficacy so that helps the adaptation process.

Keywords: Preceptorship Program, Nurse Characteristics, Process of Adaptation, Nursing Management

Bibliography: 90 (1974 - 2010)

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
SURAT PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SKEMA/ GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang masalah	1
1.2 Rumusan masalah.....	14
1.3 Tujuan penelitian.....	16
1.4 Manfaat penelitian.....	17
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	19
2.1 Konsep Manajemen Keperawatan.....	19
2.1.1 Fungsi manajemen keperawatan.....	21
2.1.2 Manajemen SDM Keperawatan.....	22
2.2 Model bimbingan sebagai strategi pengajaran.....	27
2.2.1 <i>Mentorship</i>	28
2.2.2 <i>Internship</i>	31
2.2.3 <i>Preceptorship</i>	32
2.3 Karakteristik Perawat.....	45
2.4 Proses Adaptasi.....	48
2.5 Perawat Baru.....	54
2.6 Kerangka teori.....	57
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	60
3.1 Kerangka Konsep.....	60
3.2 Hipotesis Penelitian.....	62
3.3 Definisi Operasional.....	63

BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN.....	68
	4.1 Desaiian Penelitian.....	68
	4.2 Populasi dan Sampel.....	68
	4.3 Lokasi Penelitian.....	70
	4.4 Waktu Penelitian.....	70
	4.5 Etika penelitian.....	70
	4.6 Alat Pengumpulan Data.....	73
	4.7 Pengujian Instrumen.....	76
	4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	78
	4.9 Pengolahan dan Analisa Data.....	79
BAB 5	HASIL PENELITIAN.....	84
	5.1 Analisis Univariat.....	84
	5.1.1 Karakteristik Perawat.....	84
	5.1.2 Program <i>Preceptorship</i>	87
	5.1.3 Proses Adaptasi.....	88
	5.2 Analisis Bivariat.....	88
	5.2.1 Karakteristik Perawat.....	88
	5.2.2 Program <i>Preceptorship</i>	92
	5.3 Analisis Multivariat.....	94
	5.3.1 Pemilihan Variabel sebagai Kandidat Multivariat.....	95
	5.3.2 Pemodelan Multivariat.....	96
	5.3.3 Uji Interaksi.....	97
	5.3.4 Pemodelan Akhir.....	97
BAB 6	PEMBAHASAN.....	100
	6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	100
	6.1.1 Karakteristik Perawat.....	100
	6.1.2 Program <i>Preceptorship</i>	109
	6.1.3 Faktor yang Paling Berhubungan dengan Proses Adaptasi.....	116
	6.2 Keterbatasan penelitian.....	117
	6.3 Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian Keperawatan...	117
BAB 7	SIMPULAN DAN SARAN.....	123
	7.1 Simpulan.....	123
	7.2 Saran	124

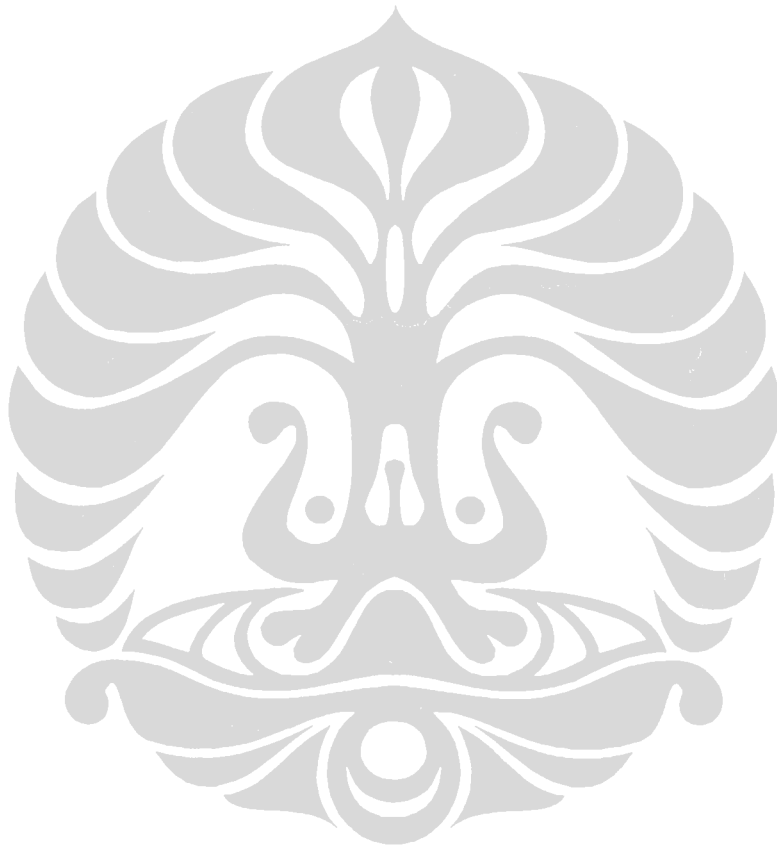
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Isi	Hlm
1 Tabel 1.1 Rekapitulasi Rekrutmen perawat baru tahun di PPKC	9
2 Tabel 1.2 Rekapitulasi Rekrutmen perawat baru tahun di RSB	12
3 Tabel 1.3 Rekapitulasi Rekrutmen perawat baru tahun di RSPI	14
4 Tabel 3.1 Definisi Operasional	66
5 Tabel 4.1 kisi-kisi kuesioner A	76
6 Tabel 4.2 Kisi-kisi kuesioner B	76
7 Tabel 4.3 Analisis Bivariat	83
8 Tabel 5.1 Distribusi rata-rata Umur dan Lama Kerja Perawat Baru di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n = 100)	86
9 Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Baru menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)	87
10 Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Baru Menurut Konflik, Strategi Koping dan <i>Self Efficacy</i> di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)	88
11 Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Persepsi tentang Program <i>Preceptorship</i> (orientasi, pembelajaran dikelas, pembimbingan klinik, rotasi, dan evaluasi) Perawat Baru di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)	89
12 Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Perawat Baru menurut Proses Adaptasi di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)	90
13 Tabel 5.6 Analisis Hubungan rata-rata Umur dan Lama Kerja dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n= 100)	90
14 Tabel 5.7 Analisis Hubungan Karakteristik Perawat (Jenis Kelamin dan tingkat pendidikan) dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)	91
15 Tabel 5.8 Analisis Hubungan Karakteristik Perawat (Konflik, strategi koping, dan <i>self efficacy</i>) dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)	92
16 Tabel 5.9 Analisis Hubungan Program <i>Preceptorship</i> (orientasi, pembelajaran dikelas, pembimbingan klinik, rotasi dan evaluasi) dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)	94
17 Tabel 5.10 Hasil Seleksi Analisis Bivariat Variabel Program <i>Preceptorship</i> dan Karakteristik Perawat dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PPKC, RSB, dan RSPI	97
18 Tabel 5.11 Hasil Regresi Logistik Tahap Awal Lama Kerja, <i>Self Efficacy</i> , Pembelajaran dikelas dan Evaluasi dengan Proses Adaptasi di PPKC, RSB, RSPI Tahun 2011 (n=100)	98
19 Tabel 5.12 Hasil Regresi Logistik Tahap Akhir <i>Self Efficacy</i> , Evaluasi dan Lama Kerja dengan Proses Adaptasi di PPKC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)	99

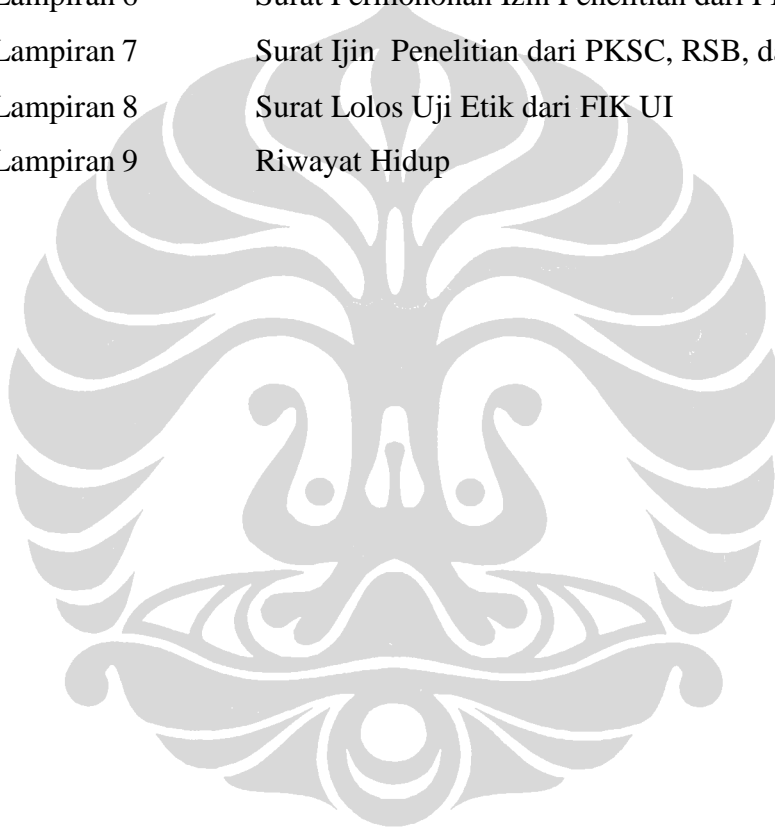
DAFTAR SKEMA

	Hlm
Skema 2.1. Adaptasi.....	55
Skema 2.2. Kerangka Teori.....	61
Skema 3.1. Kerangka Konsep.....	63



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Penelitian
Lampiran 2	Penjelasan Penelitian
Lampiran 3	Surat permohonan menjadi responden
Lampiran 4	Surat Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 5	Instrumen Penelitian
Lampiran 6	Surat Permohonan Izin Penelitian dari FIK UI
Lampiran 7	Surat Ijin Penelitian dari PKSC, RSB, dan RSPI
Lampiran 8	Surat Lolos Uji Etik dari FIK UI
Lampiran 9	Riwayat Hidup



BAB 1 PENDAHULUAN

Bab 1 ini membahas tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian dan manfaat penelitian. Latar belakang menggambarkan alasan pentingnya dilakukan penelitian. Perumusan masalah yang membandingkan fenomena dan harapan sesuai teori yang ada. Tujuan penelitian digambarkan dalam tujuan umum dan khusus pentingnya penelitian dilakukan. Sedangkan dalam manfaat penelitian membahas untuk apa dan siapa penelitian dilakukan.

1.1 Latar Belakang

Manajemen SDM menjadi hal yang sangat potensial untuk diperhatikan oleh para pimpinan rumah sakit. Ketepatan dalam pemilihan, penerimaan, dan pengembangan SDM rumah sakit merupakan kunci sukses rumah sakit untuk dapat berkembang dimasa depan. Program pendidikan dan pelatihan SDM perlu terus dilakukan untuk meningkatkan kualitas agar mampu mengelola SDM dengan sebaik-baiknya (Ilyas, 2004). SDM merupakan kunci yang sangat penting untuk keberhasilan dan kemajuan organisasi (Ilyas, 2004).

Kunci keberhasilan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan salah satu indikatornya ditentukan oleh kinerja tenaga keperawatan dalam memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan. Besarnya kontribusi ini membuat tenaga keperawatan berupaya menerapkan asuhan keperawatan profesional menuju pelayanan yang berkualitas. Gillies (1994), menjelaskan bahwa 40% – 60% pelayanan di rumah sakit atau institusi pelayanan kesehatan merupakan pelayanan keperawatan, sehingga keberhasilan keperawatan dalam memberikan pelayanan merupakan cerminan utama kesehatan di rumah sakit secara menyeluruh. Pelayanan keperawatan merupakan pemberi pelayanan 24 jam secara terus menerus, sehingga berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan (Aditama, 2003).

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta yang penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 1996). Mutu pelayanan kesehatan yang diterima pasien sebagai konsumen akan ditentukan oleh mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh berbagai profesi layanan kesehatan yang terdapat di dalam organisasi layanan kesehatan tersebut. Mutu pelayanan kesehatan juga ditentukan pula oleh mutu manajemen organisasi layanan itu. Dengan demikian, akan terdapat hubungan timbal balik antara profesi pelayanan kesehatan dengan pasien, antara profesi pelayanan kesehatan dengan manajemen pelayanan kesehatan dan antara manajemen pelayanan kesehatan dengan pasien (Pohan, 2007)

Rumah sakit sebagai suatu organisasi perlu meningkatkan mutu pelayanan keperawatannya. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dibutuhkan tenaga perawat yang kompeten dan profesional, maka manajer keperawatan perlu mengelola tenaga keperawatan dengan baik sejak dari proses awal. Proses ini dimulai sejak menetapkan kebutuhan, kriteria SDM dan memilih calon tenaga yang *qualified* sampai dengan pembinaan dan pengembangannya. Calon yang berkualitas, dipilih tenaga sesuai dengan kualifikasi yang diperlukan untuk setiap posisi dalam unit kerja, selanjutnya memberi kesempatan kepada staf baru untuk berorientasi, melatihnya dalam melaksanakan tugas-tugas melalui instruksi dan membelajarkannya melalui pekerjaan langsung kepada pasien (Kuntoro, 2010).

Setiap rumah sakit mengharapkan memiliki perawat baru yang menampilkan kinerja yang profesional. Perawat baru merupakan perawat yang memasuki pengalaman baru yang sebelumnya tidak dialami. Transisi shock muncul sebagai pengalaman dari peran yang sudah dikenal yaitu sebagai mahasiswa ke peran yang belum familiar yaitu sebagai perawat pelaksana profesional (Duchscher, 2008). Perawat baru ketika memasuki lingkungan kerja baru akan menghadapi berbagai masalah. Beberapa bulan pertama merupakan masa yang penuh tantangan dan stres bagi perawat baru menurut Chang dan Hancock (2003) dalam

penelitiannya. Lingkungan kerja merupakan hal penting bagi perawat baru untuk diketahui serta dipahami secara jelas. Proses ini akan mempermudah perawat baru menyesuaikan diri dalam melaksanakan tugas dan fungsi yang dibebankan kepadanya. Marx (2003) dalam penelitiannya mengatakan bahwa perawat baru merasa cemas mengenai seberapa baik mereka akan berprestasi dalam pekerjaan dan seberapa baik dapat bekerjasama dengan rekan sekerja.

Setiap orang mengalami sesuatu yang disebut stres sepanjang kehidupannya. Pada umumnya seseorang dapat mengadaptasi stres jangka panjang atau menghadapi stres jangka pendek sampai stres tersebut berlalu. Stres dapat menimbulkan tuntutan yang besar pada seseorang, dan jika orang tersebut tidak dapat mengadaptasi, maka dapat terjadi penyakit. Stres adalah segala situasi dimana tuntutan non-spesifik mengharuskan seorang individu untuk berespon atau melakukan tindakan (Selye, 1976 dalam Potter dan Perry, 2005). Stres dapat menyebabkan perasaan negatif dan mengganggu cara seseorang dalam mencerpap realitas, menyelesaikan masalah, berpikir secara umum, hubungan seseorang dan rasa memiliki. Persepsi atau pengalaman individu terhadap perubahan besar menimbulkan stres. Stimuli yang mengawali atau mencetuskan perubahan disebut stresor. Stresor ini bisa diklasifikasikan sebagai stresor internal dan eksternal. Dengan demikian dibutuhkan suatu proses adaptasi fisiologis terhadap stres yaitu kemampuan tubuh untuk mempertahankan keadaan relatif seimbang (Potter dan Perry, 2005).

Steward (2000) mengatakan bahwa melalui program orientasi membawa perawat baru mendapatkan pengalaman baru. Perawat baru akan memperoleh informasi, bimbingan dan penguasaan keterampilan. Program ini dirancang secara terorganisir, terstruktur dan komprehensif agar perawat baru tidak merasa bingung dengan pekerjaannya. Program pembimbingan ini akan membantu perawat baru menguasai fungsi dan tanggung jawab pekerjaannya sehingga merasa puas terhadap profesinya. Kepuasan ini akan mencegah perawat baru meninggalkan organisasi (Steward, 2000). Menurut Park dan Jones (2010) bahwa hasil dari

program orientasi adalah meningkatkan rasa percaya diri, level kompetensi serta retensi perawat baru.

Ricouer, 1984 dalam Modic et al (2009) mengatakan dalam penelitiannya bahwa tindakan yang paling abadi dalam masyarakat adalah menceritakan apa yang mereka alami. Budaya organisasi dipindahkan melalui bercerita pada kelompok individu yang memasuki suatu organisasi. Para perawat baru menghadiri suatu program orientasi untuk mendengarkan organisasi baik secara formal maupun informal. Perawat baru tersebut belajar tentang riwayat organisasi dari *preceptor* (Modic & Schoessler, 2009). Menurut penelitian Anthony et al (2005) bahwa praktek sosialisasi seperti orientasi yang baik, *precepting* dan *mentorship* adalah merupakan hal yang penting untuk dilakukan.

Brouchier (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa program orientasi perlu dirancang untuk mengurangi kecemasan para perawat baru. Orientasi adalah suatu proses penyesuaian pegawai baru dengan lingkungan kerja sehingga dia dapat berhubungan cepat dan efektif dengan lingkungan baru (Gillies, 1994). Orientasi dan pelatihan karyawan berarti memberikan informasi latar belakang perusahaan dan keterampilan yang mereka butuhkan untuk melaksanakan pekerjaan baru mereka secara sangat berhasil. Orientasi sesungguhnya merupakan satu komponen dari proses sosialisasi karyawan baru. Sosialisasi adalah proses yang terus berjalan berupa penanaman dalam diri karyawan tentang sikap, standar, nilai, dan pola perilaku yang diharapkan oleh organisasi dan departemennya (Dessler, 1997).

Pendekatan yang paling umum diambil oleh organisasi kesehatan dalam mendampingi perawat baru adalah program *preceptorship*. Organisasi menggunakan *preceptor* untuk menolong perawat baru selama masa orientasi. Kebutuhan akan *preceptor* adalah merupakan persyaratan dari konsil keperawatan untuk meningkatkan asuhan keperawatan, menurunkan tingkat kecemasan dari perawat baru, meyakinkan bahwa tanggung jawab tidak segera diberikan kepada perawat baru (Rose, 2007). Allanach dan Jennings (2006) dalam penelitiannya

mengatakan bahwa program *preceptorship* tetap penting dan merupakan intervensi yang dibutuhkan untuk memfasilitasi dan membuat peran perawat terintegrasi. Hubungan *preceptor* dengan *preceptee* (perawat baru) adalah dalam jangka waktu tidak terlalu lama (Huber, 2006). Lama program *preceptorship* itu bervariasi mulai dari delapan (8) minggu sampai dengan satu (1) tahun (Carey et al., 1999; Floyd, 2003; Mee, 1999; Salt, et al 2008).

Preceptorship adalah perawat berpengalaman yang memberikan dukungan emosional dan merupakan model peran klinis yang kuat bagi perawat baru (Marquis dan Huston, 2010). Pengertian dari *preceptorship* menggarisbawahi bahwa *preceptor* perlu mengembangkan model peran dan dukungan *preceptor*. *Preceptor* biasanya ditunjuk untuk perawat baru dalam unit keperawatan guna membantu mereka meningkatkan keterampilan keperawatan dan penilaian klinis yang diperlukan agar dapat melakukan praktik yang efektif dalam lingkungan mereka. *Preceptor* juga membantu perawat baru untuk mempelajari rutinitas, kebijakan, dan prosedur di unit tersebut. *Preceptor* penting untuk keberhasilan perkembangan seorang perawat dari pemberi perawatan pemula menjadi praktisi dan profesional ahli (Blais et al, 2007; Ohrling dan Hallberg, 2008; Smedley et al, 2009).

Program pembimbingan perawat baru sangat perlu selain untuk mempercepat proses adaptasi juga untuk mempersiapkan mereka lebih proaktif dalam mencegah dan merespon faktor-faktor seperti mendiamkan atau agresi dalam suatu institusi. Kelly dan Ahern (2009) dalam penelitiannya menyatakan bahwa perlu memberikan persepsi positif terhadap peran perawat baru bila nanti menjadi perawat teregistrasi. Lebih lanjut Kelly dan Ahern mengatakan bahwa terdapat suatu budaya “geng” dalam keperawatan, menjauhi perawat baru, dan pendampingan yang terbatas terhadap perawat baru yang menyebabkan mereka tidak siap menerima tugas yang belum dikenal dari para perawat yang lebih berpengalaman. Perputaran atau rotasi bangsal yang mereka alami juga akan menciptakan kembali perasaan yang mereka alami seperti pertama kali mulai bekerja. Hasil penelitian dari Casey, Fink, Krugman dan Propst (2004) tentang

pengalaman perawat baru bahwa perawat baru merasa tidak terampil, tidak nyaman, dan tidak percaya diri pada satu (1) tahun pertama dan membutuhkan orientasi dan program dukungan lebih lama untuk memfasilitasi kesuksesan dalam praktek.

Craven dan Broyles (1996) mengatakan bahwa peningkatan retensi perawat digambarkan sebagai suatu keuntungan dari program *preceptorship*. Melalui program ini kepuasan perawat baru meningkat dan memperbaiki retensi perawat secara keseluruhan. Neuhauser (2002) dalam penelitiannya mengatakan bahwa mempertahankan kualitas *precepting*, *coaching*, dan *mentoring*, kombinasi dengan strategi lain di organisasi dapat menciptakan budaya retensi yang tinggi. Almada et al (2004) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa perawat baru setelah menyelesaikan masa orientasi tetap membutuhkan dukungan melalui program *preceptorship* dan meningkatkan retensi perawat baru sebanyak 29 % (dari 60% ke 89%) serta 9.5% menurun angka kekosongan perawat.

Eley (2010) dalam penelitiannya mengatakan bahwa hubungan antara *preceptor* dan perawat baru tidak bisa dianggap remeh. Menjadi tanggung jawab tim kesehatan untuk menolong perawat baru untuk meningkatkan potensi mereka. Perilaku senior yang mendominasi junior tidak bisa ditoleransi. Saling menghargai dan mendukung harus terjadi dalam profesi keperawatan. Bila perilaku tersebut tidak terjadi, maka perawat baru tidak akan bertahan lama seperti yang dikemukakan *American Association of Colleges of Nursing (AACN)* (2008) dalam penelitiannya mendapatkan hasil bahwa 27% perawat lulusan baru akan meninggalkan pekerjaannya dalam tahun pertama. Pendapat ini sama dengan penemuan Kovner, dkk (2007), yang mengindikasikan bahwa 13% dari perawat baru mengganti pekerjaannya setelah 1 tahun dan 37% merasa siap untuk mengganti pekerjaan mereka. Artinya 50 % meninggalkan pekerjaan mereka pada tahun pertama jika tidak mendapatkan pendamping atau *preceptorship* yang baik.

Turnover meningkat pada perawat baru sebagai hasil dari tingginya tingkat stres lingkungan kerja dan tidak adekuatnya dukungan selama masa transisi. DeWolfe

et al (2010) dalam penelitiannya mengatakan bahwa program *preceptorship* dapat menolong retensi perawat baru. Investasi waktu dan sumber daya dapat menghasilkan keuntungan jangka panjang dari peningkatan retensi perawat. Penelitian Wyngereen et al (2010) mengatakan bahwa program *preceptorship* dapat mengurangi kekurangan tenaga perawat dan secara pasti meyakinkan bahwa pasien mendapatkan perawatan seperti yang mereka dambakan. Bumgarner dan Biggerstaff (2000) dalam penelitiannya mengatakan bahwa keuntungan yang diperoleh dari program pembimbingan ini adalah aplikasi proses keperawatan, meningkatkan berpikir kritis, menurunkan shock realitas dan memperbaiki kepuasan kerja dan retensi.

Beecroft, Dorey dan Wenten, (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa karakteristik perawat yang berpengaruh dalam keluar tidaknya perawat dalam masa orientasi adalah usia, tingkat pendidikan, masa kerja, konflik/stres (*reality shock*), strategi koping. Sedangkan menurut Palmer dan Cooper (2000) bahwa jenis kelamin juga berpengaruh dalam program *preceptorship* dan proses adaptasi. *Self efficacy* (kemantapan diri) merupakan karakteristik pribadi pendatang baru yang penting bagi suatu organisasi (Saks dan Ashforth, 1997; Cooper dan Palmer, 2000). *Self efficacy* adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk menyelesaikan tugas yang di percayakan kepadanya (Bandura, 1997 dalam Peterson, 2009).

Proses adaptasi perlu bagi perawat baru agar dapat berhubungan cepat dengan lingkungan sekitarnya. Adaptasi merupakan usaha manusia untuk menyesuaikan diri dengan tempat, dan kondisi yang berbeda. Manusia secara terus menerus berusaha menyesuaikan diri untuk meningkatkan dan mempertahankan keseimbangan fungsi-fungsi fisik, psikis, sosial, dan spiritual, sehingga individu berperilaku sebagai manusia sehat. Adaptasi juga merupakan proses dimana dimensi fisiologis dan psikososial berubah dalam berespon terhadap stresor (Taylor, 1997 dalam Potter dan Perry, 2005).

Koza (2005) dalam penelitiannya mengatakan bahwa perawat baru sering mendapati penyesuaian pada tempat kerja merupakan pengalaman yang menantang. Kesuksesan perawat baru dalam proses adaptasi pada situasi kerja mereka, sangat dipengaruhi oleh proses sosialisasi. Louis (1980) dalam penelitiannya juga mengatakan bahwa adaptasi seseorang terhadap organisasi akan terjadi bila mereka diterima menjadi bagian atau orang dalam dari organisasi. Perawat baru akan menjadi orang dalam ketika mereka di beri informasi, di dukung dan boleh meminta saran serta melakukan konseling.

Hasil penelitian Coeling (1990) mengatakan bahwa perawat senior tidak menolong perawat baru untuk mencapai proses adaptasi sehingga perawat baru merencanakan untuk meninggalkan tempat mereka bekerja. Louis (1980) juga mengatakan dalam penelitiannya bahwa bila tidak terdapat keterbukaan dan kepercayaan antara perawat lama (senior) dan perawat baru maka akan merugikan perawat baru dalam proses adaptasinya di area praktek.

Pelayanan Kesehatan St. Carolus (PKSC) merupakan rumah sakit yang awal berdirinya diprakarsai oleh kongregasi suster-suster cinta kasih Santo Carolus Borromeus. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit swasta tipe B bukan RS pendidikan. Kapasitas tempat tidur rumah sakit adalah 392 *bed* dengan jumlah perawat seluruhnya adalah 453 perawat belum termasuk perawat baru. Jenjang pendidikan juga berbeda dari SPK sampai S2 Keperawatan. Perkiraan kebutuhan tenaga pada tahun 2010 ini mencapai 70 orang namun kebutuhan tenaga tersebut tidak terpenuhi dari STIK St. Carolus yang merupakan pendidikan yang bernaung dibawah naungan St. Carolus. Kekosongan tenaga perawat ini disebabkan oleh perawat yang pensiun dan mengundurkan diri dari PKSC.

Turnover perawat di PKSC 5 tahun terakhir menurut penelitian Yusuf (2010) adalah sebanyak 2.9 - 7.5 % pertahunnya dengan alasan pensiun, pindah kerumah sakit lain dan alasan keluarga. Perawat yang pindah kerumah sakit lain adalah 0.7 – 2.4 % per tahun. Gillies (1994) mengatakan angka optimum perpindahan tenaga perawat pertahun untuk suatu organisasi adalah antara 5-10%. Target goal *turnover* adalah 0%. Walaupun secara angka bahwa *turnover* di PKSC masih

berada dalam rentang kecil namun hal ini bisa menjadi suatu potensial masalah kalau tidak di selesaikan. Sementara angka *turnover* perawat baru 3 tahun terakhir (2007-2009) adalah antara 37% - 59%. Perawat baru ini mengundurkan diri saat berada dalam masa orientasi (setelah orientasi 6 bulan) dengan berbagai alasan. Lebih jelasnya bisa dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1 Rekapitulasi Rekrutmen perawat baru tahun 2007 s/d 2010 diPKSC

Tahun	Jumlah Lolos Seleksi	Keluar Saat masa orientasi	Keluar setelah masa orientasi	Menetap
2007	28 Orang	11 Org (39%)	2 Orang	15 Orang
2008	37 Orang	22 Org (59%)	-	15 Orang
2009	19 orang	7 Org (37%)	-	12 Orang
2010	25 orang	-	-	25 orang

Sumber: Data primer Staf Direktur Keperawatan Bidang Tenaga Keperawatan PKSC

Tenaga perawat yang telah direkrut dalam tahun 2010 adalah sebanyak 25 orang. 9 orang (36%) berasal dari STIK St. Carolus dan 16 orang (64 %) dari luar STIK St. Carolus. Lebih dari sebagian perawat baru berasal dari luar lingkungan STIK St. Carolus. Hal ini tentu berdampak dalam proses adaptasi. Perawat baru dari STIK St. Carolus tidak membutuhkan waktu yang lama dalam proses adaptasinya karena selama mahasiswa sudah melakukan praktek klinik di PKSC artinya sudah mengenal lingkungan. Disamping itu, semua perawat baru ini adalah merupakan lulusan baru yang belum berpengalaman di tatanan pelayanan. Itu berarti bahwa mereka berada dalam masa transisi dari dunia pendidikan ke dunia kerja. Masa transisi ini adalah merupakan suatu masa yang menantang dan membutuhkan suatu program yang terstruktur. Kebutuhan utama meliputi kegiatan pembelajaran yang didasarkan pada pengalaman praktek, koordinasi program yang kuat, *preceptor*, dan kerangka kerja pembelajaran yang terstruktur (Adlam *et al*, 2009).

PKSC menyadari akan kondisi masa transisi ini dengan membuat suatu program pembimbingan (*preceptorship*) selama masa orientasi 12 bulan. Program ini dibuat secara terstruktur dengan menggunakan strategi androgogi atau yang disebut pembelajaran orang dewasa. Ada masa orientasi, ada target pencapaian,

evaluasi penilaian kinerja, masa rotasi setiap 3 bulan dan melakukan presentasi kasus 1 kali dalam 3 bulan dan pembelajaran dikelas. Setiap hari Sabtu perawat baru mengikuti program kelas selama 1 - 2 jam untuk sosialisasi budaya organisasi, kebijakan dan peraturan, materi yang berkaitan dengan profesi keperawatan dan menjadi wahana untuk tukar pendapat dan penyelesaian permasalahan antar perawat baru yang dihadapi di area praktek. Program *preceptorship* ini sudah diawali sejak tahun 1998. PKSC menunjuk satu perawat menjadi koordinator program *preceptorship* sementara di area praktek mereka didampingi oleh *preceptor* yang sudah di tunjuk. Program pendampingan pada para perawat baru tahun 2010 ini sudah dimulai sejak awal bulan Oktober. Harapan yang diutarakan staf direktur keperawatan bidang tenaga keperawatan adalah bahwa semoga program pembimbingan ini dapat membantu perawat baru untuk cepat beradaptasi dan tidak mengundurkan diri. (Sumber: wawancara dengan staf direktur keperawatan bidang tenaga perawat, 8 Desember 2010)

Data yang diperoleh peneliti berdasarkan wawancara pada tanggal 1 Desember 2010 pk. 11.00 WIB dengan beberapa *preceptor* yang membimbing perawat baru. Data yang diperoleh bahwa para perawat baru masih kurang trampil, belum bisa memprioritaskan tugas. Pendapat ini didukung oleh penelitian dari Lowry, Timms & Underwood, 2000; Mallory, Konradi, Campbell, & Redding, 2003; Utley-Smith, 2004 yang mengatakan bahwa perawat baru tidak kompeten dan keterampilan kurang sementara perawat baru juga tidak bisa memprioritaskan tugas (Lowry et al; Mallory et al). Data Lebih lanjut yang didapatkan dari wawancara ini adalah bahwa perawat baru memiliki semangat dan kemauan untuk belajar, rajin dan bersikap sopan namun memerlukan pendampingan khusus agar lebih cepat beradaptasi dengan lingkungan PKSC. Perawat baru merupakan lulusan baru dan sebagian besar berasal dari luar STIK St. Carolus. Proses belajar dan proses adaptasi berbeda satu dengan yang lain. Ada perawat baru yang berproses cepat tetapi juga ada yang membutuhkan waktu lebih lama dalam adaptasi. Perawat baru tetap didampingi oleh pembimbing dan tidak diberi tanggung jawab langsung untuk merawat pasien secara mandiri. Perawat baru melakukan kolaborasi dengan pembimbing dalam tugasnya.

Rumah Sakit St. Borromeus Bandung juga merupakan rumah sakit yang pada awal berdirinya dikelola oleh kongregasi suster-suster cinta kasih St. Carolus Borromeus sama seperti PKSC Jakarta, sehingga ada kemiripan dalam pengelolaan keperawatan serta mempunyai ikatan yang sangat dekat dalam sejarah berdirinya. Rumah sakit St. Borromeus atau sering disingkat menjadi RSB adalah rumah sakit swasta tipe B bukan pendidikan dengan kapasitas 416 tempat tidur. Memiliki 644 orang perawat dengan tingkat pendidikan keperawatan yang berbeda mulai dari SPK sampai S2 Keperawatan. RSB seperti PKSC juga memiliki sarana pendidikan kesehatan sendiri yang memenuhi kebutuhan tenaga keperawatannya yaitu STIKes Santo Borromeus.

Seiring dengan perkembangan 4 rumah sakit yang dikelola oleh Perkumpulan Perhimpunan Santo Borromeus (PPSB) maka lulusan STIKes Santo Borromeus tidak mampu memenuhi kebutuhan tenaga perawat untuk 4 rumah sakit. Maka Rumah Sakit St. Borromeus memenuhi kebutuhan tenaga perawat dari luar. Tahun 2010 ini kebutuhan akan perawat di RSB adalah sekitar 80 orang namun yang telah direkrut adalah 37 orang perawat. 22 (59.46%) orang perawat baru berasal dari STIKes St. Borromeus dan 15 orang (40.54%) berasal dari luar STIKes Santo Borromeus (Sumber data: data primer komite keperawatan). Artinya bahwa hampir sebagian perawat baru ini memasuki lingkungan dan tempat yang baru sama sekali. Dilain pihak, 37 orang perawat baru ini merupakan lulusan baru dimana mereka memasuki suatu masa yang disebut dengan masa transisi dari dunia pendidikan ke dunia kerja.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan peneliti dengan bagian komite keperawatan pada tgl 23 Maret 2011 Pkl 07.30 – 08.00 WIB didapatkan data bahwa perawat baru yang diterima tahun 2009 adalah sebanyak 42 orang. 24 orang di proses untuk menjadi karyawan tetap setelah mengikuti 12 bulan program *perceptorship*, 13 orang diberi perpanjangan masa pembimbingan selama 6 bulan dan 5 orang mengundurkan diri dengan alasan tidak betah, mau

melanjutkan studi, dan alasan pribadi. *Turn over* perawat baru dalam 3 tahun ini (2008-2010) adalah antara 2.6% - 14.7 %. Lebih jelasnya, lihat tabel 1.2.

Tabel 1.2 Rekapitulasi Rekrutmen perawat baru tahun 2008 s/d 2010 di RSB

Tahun	Jumlah Lolos Seleksi	Keluar Saat masa orientasi	Menetap
2008	61 Orang	9 orang (14.7%)	52 Orang
2009	42 orang	5 Orang (11.9%)	37 Orang
2010	38 orang	1 orang (2.6%)	37 Orang

Sumber: Data Primer Staf Komite Keperawatan RSB

Yayasan dalam hal ini Perkumpulan Perhimpunan Santo Borromeus (PPSB) sangat memperhatikan retensi dari perawat. Maka sejak tahun 2006 dikeluarkan Surat Keputusan (SK) untuk memberlakukan program pembinaan perawat dan bidan baru yang sering disebut dengan istilah Orientasi Perawat dan bidan magang. Program yang ada dalam pembinaan atau program *preceptorship* ini adalah mencakup orientasi umum dan khusus, pembelajaran dikelas, pembimbingan di lapangan, evaluasi (pengetahuan, keterampilan dan sikap), dan sistem rotasi. Sejak tahun 2007 sistem rotasi ini diberikan secara kasuistik. Alasannya adalah mempercepat proses adaptasi dengan lingkungan dan peran yang baru karena dinilai perawat baru mengalami kesulitan ditempat sebelumnya.

Metode pembelajaran yang digunakan di kelas untuk membantu proses adaptasi perawat baru adalah metode ceramah, simulasi, diskusi, praktik laboratorium mandiri sesuai standar yang berlaku di RSB. Materi yang diberikan pada tahap awal adalah tentang visi misi, struktur organisasi, kebijakan dan peraturan, K3RS, motivasi, etos kerja dengan nara sumber dari RSB dan dari luar. Pada tahap lanjut diberikan materi yang berhubungan dengan profesi keperawatan dan proses keperawatan. Program pembinaan ini di kelola oleh Biro SDM bagian pengembangan bekerja sama dengan komite keperawatan.

Berdasarkan wawancara lanjut yang dilakukan peneliti dengan bagian komite keperawatan pada tgl 24 Maret 2011 pkl. 07.00 – 07. 30 WIB didapatkan data

bahwa dalam 3 bulan pertama perawat baru mengalami kesulitan dalam proses adaptasi baik dalam hal budaya, sistem kerja, dan lingkungan. Kesulitan lebih dialami oleh perawat yang berasal dari luar STIKes Santo Borromeus. Selain itu didapatkan data bahwa ada diantara perawat baru yang tidak bertahan karena alasan rindu kepada keluarga, mau melanjutkan studi, di terima PNS dan dengan alasan pribadi. Lebih lanjut ketua komite keperawatan mengatakan bahwa dalam trimester kedua perawat baru sudah bisa beradaptasi dan menunjukkan kinerja yang lebih baik. Hal ini bisa dilihat dari survey tingkat kepuasan para peserta magang tahun 2009 menunjukkan nilai puas antara 81 % s/d 93% terhadap item kesejahteraan, fasilitas, keadilan, profesionalitas dan hubungan antar sesama, pengembangan dan manajerial. Walau demikian masih ditemukan perawat baru yang mengundurkan diri dengan berbagai alasan selama masa orientasi.

Rumah Sakit Pondok Indah merupakan rumah sakit swasta nasional tipe B bukan pendidikan dengan kapasitas 220 tempat tidur. Jumlah perawat keseluruhan ada 362 perawat dengan tingkat pendidikan S1 keperawatan 3, 87%, D3 Keperawatan 86,7% dan SPK 11,05%. *Bed Occupation Rate (BOR)* rata-rata 73,4% dengan *Average Length of Stay (ALOS)* 4,0 hari, *Turn Over Interval (TOI)* 1,5. Rumah sakit pondok indah dalam pelayanannya terus berusaha untuk mencapai mutu pelayanan dengan memenuhi standar rumah sakit yang ditentukan.

Tujuan rumah sakit adalah memenuhi kebutuhan pasien, berkomitmen pada keselamatan pasien, menjadikan kualitas sebagai falsafah dalam melakukan segala sesuatu, bekerja sama sebagai tim, meningkatkan kompetensi perorangan secara kontinyu, menempatkan integritas tertinggi dalam setiap tindakan. Untuk mencapai tujuan tersebut maka bidang keperawatan menggunakan sistem *preceptorship* dalam membina para perawat baru (*Preceptee*). Sistem *preceptorship* ini telah dimulai sejak tahun 2000 namun data belum terdokumentasi dengan baik. Namun sejak tahun 2004 sistem *preceptorship* dilakukan pembenahan dan sudah ada target pencapaian *preceptee* selama program. Target pencapaian ini mengacu pada mandatory yang ada di RSPI (data dari *profile* RSPI tahun 2010).

Berdasarkan data yang diperoleh dari *Nursing Educator* RSPI bahwa perawat baru yang diterima tahun 2009 adalah sebanyak 37 orang. 27 orang di proses untuk menjadi karyawan tetap setelah mengikuti 12 bulan program *perceptorship*, sebanyak 10 (27%) orang keluar dengan berbagai alasan seperti alasan keluarga, mengikuti PNS dan tidak bisa mencapai target kelulusan. Pada tahun 2010 perawat baru yang direkrut ada 51 dan perawat yang diproses adalah 46. Mengundurkan diri sebanyak 6 (14.6%) orang dengan alasan mengikuti PNS, tak ada berita, dan alasan keluarga. *Turn over* perawat baru dalam 2 tahun ini (2009-2010) adalah antara 14,6 % - 27%. Lebih jelasnya, lihat tabel 1.3

Tabel 1.3 Rekapitulasi Rekrutmen perawat baru tahun 2009 s/d 2010 di RSPI

Tahun	Jumlah Lolos Seleksi	Keluar Saat masa orientasi	Menetap
2009	37 Orang	10 orang (27%)	27 Orang
2010	51 orang	6 Orang (14.6%)	45 Orang

Data Primer dari Nursing Educator RSPI

Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “HUBUNGAN PROGRAM *PRECEPTORSHIP* DAN KARAKTERISTIK PERAWAT DENGAN PROSES ADAPTASI PERAWAT BARU DI PKSC, RSB, DAN RSPI”.

1.2 Rumusan Masalah

Perkiraan kebutuhan tenaga perawat tahun 2010 ini mencapai sekitar 70 orang. *Turnover* perawat baru dalam 3 tahun terakhir (2007-2009) di PKSC adalah antara 37% - 59%. Perawat baru mengundurkan diri saat masih berada dalam masa orientasi (triwulan ke 2) dengan alasan pribadi, pindah rumah sakit lain dan alasan keluarga. Sedangkan tenaga perawat baru yang direkrut dalam tahun 2010 adalah sebanyak 25 orang. 9 orang (36 %) diperoleh dari STIK St. Carolus dan 16 orang (64 %) dari luar STIK St. Carolus. Semua tenaga yang baru ini adalah merupakan lulusan baru yang belum berpengalaman di tatanan pelayanan.

Perkiraan kebutuhan tenaga perawat di RSB tahun 2010 ini adalah sekitar 80 orang. Kebutuhan ini di maksudkan untuk persiapan pengganti perawat lama yang akan pensiun. Namun tahun 2010 perawat yang lolos seleksi adalah 37 orang. *Turn over* perawat baru dalam 3 tahun ini (2008-2010) adalah antara 2.6% - 14.7 %. Perawat baru mengundurkan diri saat masih berada dalam masa orientasi dengan alasan pribadi, pindah rumah sakit lain dan alasan keluarga dan mau melanjutkan studi. Dari 37 perawat baru yang direkrut terdapat 22 orang perawat (59.46 %) berasal dari STIKes Santo Borromeus dan 15 orang (40,54%) dari luar STIKes Santo Borromeus. Semua tenaga yang baru ini adalah merupakan lulusan baru yang belum berpengalaman di tatanan pelayanan. Hal ini akan berdampak dalam proses adaptasi perawat baru.

Perawat baru ketika memasuki lingkungan kerja baru akan menghadapi banyak masalah. Beberapa bulan pertama merupakan masa yang penuh tantangan dan stres bagi perawat baru (Chang dan Hancock, 2003). Marx (2003) mengatakan bahwa perawat baru merasa cemas mengenai seberapa baik mereka akan berprestasi dalam pekerjaan dan bekerjasama dengan rekan sekerja. Lingkungan kerja merupakan hal penting bagi perawat baru untuk diketahui serta dipahami secara jelas. Proses ini akan mempermudah perawat baru menyesuaikan diri dalam melaksanakan tugas dan fungsi yang dibebankan kepadanya.

American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2008) dalam penelitiannya mendapatkan hasil bahwa 27% dari perawat lulusan baru akan meninggalkan pekerjaannya dalam waktu tahun pertama bila dukungan pada perawat baru tidak diberikan. Tingkat *turnover* meningkat pada perawat baru sebagai hasil dari tingginya tingkat stres lingkungan kerja dan tidak adekuatnya dukungan selama masa transisi dari mahasiswa ke perawat baru. PKSC, RSB, dan RSPI dalam membantu proses adaptasi karyawan baru membuat suatu program pembimbingan (*preceptorship*) selama 12 bulan. Program ini sudah dilakukan sejak tahun 1998 di PKSC, tahun 2006 di RSB dan tahun 2000 di RSPI. Walaupun program pembimbingan selama masa orientasi sudah dilakukan namun *turnover* perawat baru masih terjadi. Almada et al (2004) mengungkapkan bahwa

perawat baru setelah menyelesaikan masa orientasi tetap membutuhkan dukungan melalui program *preceptorship*.

Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti mengangkat permasalahan apakah ada hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah mengetahui hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk teridentifikasinya:

- 1.3.2.1 Karakteristik individu perawat baru mencakup usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, konflik/stres, strategi koping, *self efficacy* (kemantapan diri) di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.2 Program *preceptorship* mencakup orientasi, pembelajaran di kelas, pembimbingan klinik, evaluasi klinik, rotasi klinik di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.3 Proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.4 Hubungan antara usia dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.5 Hubungan antara jenis kelamin dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.6 Hubungan antara tingkat pendidikan dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.7 Hubungan antara masa kerja dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI

- 1.3.2.8 Hubungan antara konflik/stres dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.9 Hubungan antara strategi koping dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.10 Hubungan antara *Self Efficacy* (kemantapan diri) dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.11 Hubungan antara orientasi dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.12 Hubungan antara pembelajaran di kelas dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.13 Hubungan antara pembimbingan klinik dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.14 Hubungan antara rotasi dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.15 Hubungan antara evaluasi klinik dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 1.3.2.16 Variabel program *preceptorship* dan karakteristik perawat yang memiliki hubungan paling bermakna terhadap proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini mempunyai manfaat untuk institusi maupun perkembangan keperawatan. Manfaat yang teridentifikasi merupakan penjabaran dari manfaat penelitian untuk pelayanan keperawatan, pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan.

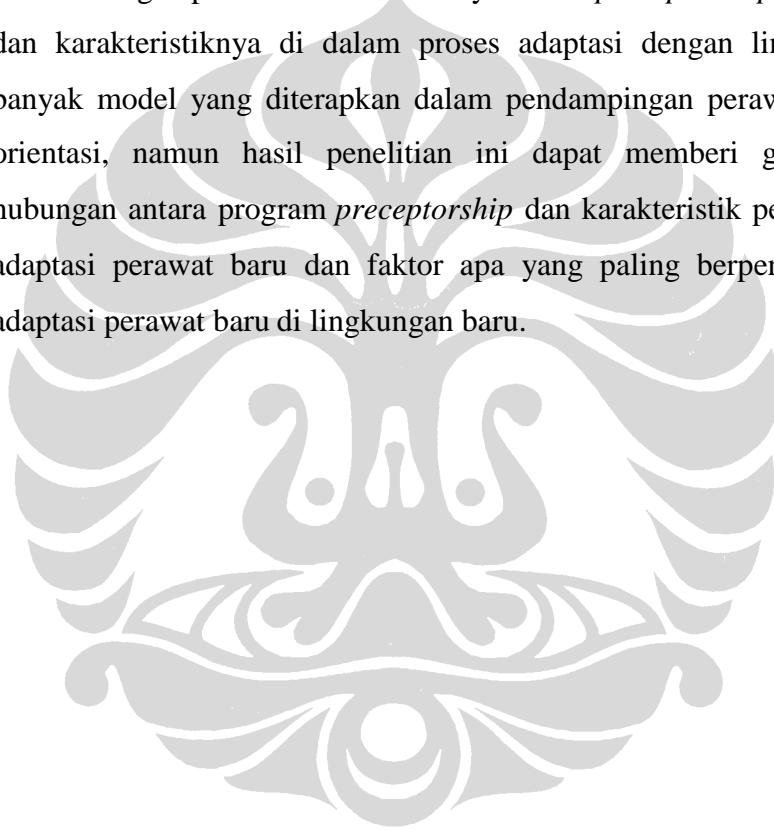
1.4.1 Manfaat pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk masukan bagi manajer keperawatan dalam rangka meningkatkan upaya mempertahankan perawat dan membantu perawat baru dalam proses adaptasi dengan lingkungan baru melalui suatu program *preceptorship*. Proses adaptasi yang cepat akan membantu perawat baru dalam belajar meningkatkan kinerja dalam memberikan asuhan keperawatan yang

berkualitas. Selain itu juga, hasil penelitian ini memberi informasi bahwa karakteristik perawat memainkan peran dalam program *preceptorship* dan proses adaptasi. Dengan demikian manajer perawat perlu mempertimbangkan karakteristik perawat dalam merencanakan tenaga keperawatan yang akan direkrut.

1.4.2 Manfaat pengembangan ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan model pembimbingan perawat baru khususnya model *preceptorship* kepada perawat baru dan karakteristiknya di dalam proses adaptasi dengan lingkungan baru. Ada banyak model yang diterapkan dalam pendampingan perawat baru dalam masa orientasi, namun hasil penelitian ini dapat memberi gambaran bagaimana hubungan antara program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru dan faktor apa yang paling berpengaruh dalam proses adaptasi perawat baru di lingkungan baru.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini berisi kajian terhadap literatur yang berkaitan dengan *preceptorship* dalam keperawatan dan proses adaptasi perawat baru. Isi bab ini menguraikan konsep manajemen keperawatan, manajemen Sumber Daya Manusia, metode bimbingan, program *preceptorship*, orientasi, proses adaptasi dan perawat baru.

2.1 Konsep Manajemen Keperawatan

Manajemen adalah ilmu atau seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya (Kuntoro, 2010). Manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada sekelompok pasien (Gillies, 1994). Manajemen keperawatan merupakan suatu proses yang dilaksanakan sesuai dengan pendekatan sistem terbuka. Oleh karena itu, manajemen keperawatan terdiri atas beberapa komponen yang tiap-tiap komponen saling berinteraksi. Pada umumnya suatu sistem dicirikan oleh lima (5) elemen, yaitu input, proses, output, kontrol dan mekanisme umpan balik.

Proses manajemen keperawatan dalam aplikasi di lapangan berada sejajar dengan proses keperawatan sehingga keberadaan manajemen keperawatan dimaksudkan untuk mempermudah pelaksanaan proses keperawatan. Tujuan dalam proses manajemen adalah pelayanan yang efektif dan ekonomis pada sekelompok pasien dan pengembangan anggota staf. Proses manajemen terdiri dari pengumpulan data, perencanaan, pengorganisasian, *staffing*, pengarahan, dan pengawasan sedangkan proses keperawatan terdiri dari pengumpulan data, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Gillies, 1994).

2.1.1 Fungsi Manajemen Keperawatan

Fungsi-fungsi manajerial keperawatan membantu mencapai tujuan perawatan klien yang berkualitas. Agar berhasil, perawat manajer harus menerapkan otoritas dan tanggung gugat dalam mengimplementasikan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pemanduan (*leading*) dan pendelegasian serta pengendalian (Blais et al, 2007).

2.1.1.1 Fungsi Perencanaan.

Kuntoro (2010) mengatakan bahwa perencanaan merupakan hal yang utama dari serangkaian fungsi dan aktifitas manajemen. Hal ini didukung oleh Blais et al (2007) yang mengatakan bahwa perencanaan merupakan fungsi manajemen pertama dan paling mendasar. Tahap perencanaan dan proses manajemen tidak hanya terdiri dari penentuan kebutuhan keperawatan pada berbagai kondisi klien, tetapi juga terdiri atas pembuatan tujuan, pengalokasian anggaran, identifikasi kebutuhan pegawai dan penetapan struktur organisasi yang diinginkan (Kuntoro, 2010). Blais, et al (2007) mengatakan bahwa perencanaan dapat membantu perawat manajer mengidentifikasi kesempatan di masa akan datang, mengantisipasi dan menghindari masalah dimasa akan datang dan menyusun strategi dan rangkaian tindakan.

Perencanaan tenaga keperawatan merupakan salah satu fungsi utama seorang pemimpin perawat. Keberhasilan suatu organisasi salah satunya ditentukan oleh kualitas sumber daya manusianya. Oleh sebab itu penetapan jumlah tenaga keperawatan harus disesuaikan dengan kategori yang dibutuhkan untuk asuhan keperawatan kepada pasien (Kuntoro, 2010).

2.1.1.2 Fungsi Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah sistem formal hubungan kerja (Blais et al, 2007) dan dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi dalam rangka mencapai tujuan. Prinsip pengorganisasian mencakup hal-hal pembagian tugas (*the division of*

work), koordinasi, kesatuan komando, hubungan staf dan lini, tanggung jawab dan kewenangan yang sesuai serta adanya rentang pengawasan (Kuntoro, 2010).

2.1.1.3 Fungsi Pemanduan (*Leading*) dan Pendelegasian

Kekuasaan merupakan satu komponen penting dari pemanduan. Kekuasaan disini didefinisikan sebagai kemampuan untuk memengaruhi atau mengendalikan keputusan dan tujuan individu, departemen, tim, atau organisasi (Hellriegel et al., 1999 dalam Blais et all, 2007). Pendelegasian merupakan penyerahan otoritas ke individu yang kompeten untuk melakukan tugas keperawatan. Fungsi pendelegasian dalam bidang keperawatan sering kompleks karena jumlah dan keragaman pemberi perawatan, jumlah pengetahuan yang berbeda dan keterampilan yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan dan seluk beluk hubungan antar staf, klien, dan lingkungan (Tappen, 1995, dalam Blais 2007).

2.1.1.4 Fungsi Pengendalian

Pengendalian adalah suatu metode untuk memastikan bahwa perilaku dan performa konsisten dengan proses perencanaan (Blais, 2007). Pengendalian dalam manajemen dilakukan untuk mengarahkan kegiatan manajemen sesuai dengan yang direncanakan. Selain itu, pengendalian dilaksanakan agar kegiatan yang dilakukan tidak banyak terjadi kesalahan yang berakibat negatif terhadap klien dan pihak yang terkait dengan manajemen (Kuntoro, 2010).

Selain itu manajemen keperawatan perlu dilaksanakan melalui penggunaan waktu yang efektif. Manajer keperawatan yang menghargai waktu akan mampu menyusun perencanaan yang terprogram dengan baik dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan waktu yang ditetapkan. Keberhasilan seorang pimpinan keperawatan bergantung pada penggunaan waktunya yang efektif (Kuntoro, 2010). Untuk melaksanakan pelayanan keperawatan yang berkualitas, maka seorang manajer perawatan perlu memberdayakan staf secara optimal. Staf harus dikelola, diatur, dipimpin, dibina, ditingkatkan dan dikembangkan melalui manajemen SDM keperawatan (Kuntoro, 2010).

2.1.2 Manajemen SDM Keperawatan

Salah satu fungsi manajemen yang terpenting yang harus dilaksanakan oleh seorang manajer adalah pengelolaan ketenagaan. Manfaat memandang individu sebagai sumber yang dapat dikembangkan dirasakan sangat penting untuk memenuhi tantangan yang dihadapi di lingkungan keperawatan kesehatan yang terus berkembang pesat (Cameron & Snyders, 1999, dalam Marquis & Huston, 2010).

Ketenagaan (*staffing*) adalah fase ketiga proses manajemen. Pada fungsi ketenagaan, manajer merekrut, memilih, memberikan orientasi, dan meningkatkan perkembangan individu untuk mencapai tujuan organisasi. Fungsi ini penting dalam proses manajemen di organisasi keperawatan dan kesehatan. Selain itu, tenaga kerja yang besar terdiri atas para profesional yang sangat terampil dan kompeten perlu dikelola dengan baik dan tepat.

2.1.2.1 Perekrutan

Perekrutan adalah proses mencari atau menarik pelamar secara aktif untuk mengisi posisi yang tersedia. Meskipun pada waktu tertentu organisasi mungkin memiliki suplai RN yang cukup untuk memenuhi kebutuhan, data yang ada menunjang gagasan bahwa perekrutan adalah proses yang berkelanjutan. Nevidjon dan Erikson (2001) dalam Marqius dan Huston, (2010) menyatakan bahwa retensi perawat dimulai dengan seberapa besar organisasi menghargai staf atau tidak.

Pekerjaan harus diselesaikan oleh kelompok dalam organisasi yang kompleks, oleh karena itu, manajer yang baik mencoba membuka diri mereka di antara orang yang mempunyai kemampuan, motivasi dan menjanjikan. Pegawai yang sempurna merefleksikan manajernya dengan baik karena mereka mencegah stagnansi dan meningkatkan produktivitas dalam organisasi tersebut. Peran kepemimpinan dalam ketenagaan mencakup mengidentifikasi, merekrut, dan mempekerjakan orang yang berbakat (Marquis dan Huston, 2010).

2.1.2.2 Wawancara

Wawancara adalah interaksi verbal antara individu untuk tujuan tertentu. Maksud dan tujuan wawancara seleksi ada tiga, antara lain: (1) pewawancara mencoba mencari informasi yang cukup untuk menentukan kesesuaian pelamar untuk posisi yang tersedia; (2) pelamar mendapatkan informasi yang memadai untuk mengambil keputusan yang cerdas apakah akan menerima pekerjaan tersebut apabila ditawarkan; dan (3) pewawancara mencoba melakukan wawancara dengan cara sedemikian rupa sehingga, tanpa memandang hasil wawancara, pelamar akan terus menghargai dan mempunyai maksud baik terhadap organisasi (Marquis dan Huston, 2010).

2.1.2.3 Seleksi

Seleksi adalah proses pemilihan individu yang memiliki kualitas terbaik atau individu untuk pekerjaan atau posisi tertentu dari banyak pelamar. Proses seleksi terdiri atas memastikan kualifikasi para pelamar, meneliti mengenai riwayat kerjanya, dan memilih apakah ada kecocokan antara kualifikasi pelamar dengan ekspektasi organisasi (Marquis dan Huston, 2010)

Keragaman pegawai sebaiknya juga dipertimbangkan dalam mengambil keputusan seleksi. Memiliki staf yang berbeda jenis kelamin, usia, budaya, etnisitas, dan bahasa bermanfaat dalam memenuhi kebutuhan populasi klien yang semakin beragam. Selain itu, memiliki staf yang beragam meningkatkan moral dan produktifitas kelompok minoritas dalam organisasi dan memperkaya keseluruhan organisasi, membawa perspektif baru dalam pemikiran dan pemecahan masalah yang berlangsung sehari-hari serta menawarkan solusi yang lebih kompleks dan kreatif (Tappen, 2001).

2.1.2.4 Penempatan

Pimpinan yang cerdas mampu menempatkan pegawai baru di posisi tempat pegawai tersebut memiliki kesempatan untuk berhasil dalam lingkup kewenangannya. Seseorang mungkin dapat menyesuaikan diri dengan baik

dengan kelompok yang telah berdiri tersebut, tetapi seseorang dengan kualifikasi yang sama mungkin juga tidak akan pernah menjadi bagian dari hal tersebut (Marquis dan Huston, 2010).

Seringkali pendatang baru merasa gagal karena penempatan yang tidak tepat dalam organisasi. Penempatan yang tepat sama pentingnya untuk fungsi organisasi dan keberhasilan pegawai baru. Penempatan yang salah dapat menyebabkan menurunnya efisiensi organisasi, meningkatnya reduksi, ancaman terhadap keutuhan organisasi, dan frustrasi pribadi serta ambisi profesional. Sebaliknya, penempatan yang benar meningkatkan pertumbuhan pribadi, memberikan iklim motivasi bagi pegawai, memaksimalkan produktifitas, dan meningkatkan kemungkinan terpenuhinya tujuan organisasi (Marquis dan Huston, 2010).

2.1.2.5 Pemberian Ajaran secara Mendalam (*Indoctrination*)

Indoktrinasi, sebagai fungsi manajemen, merujuk pada penyesuaian pegawai yang terencana dan terbimbing terhadap organisasi dan lingkungan kerja. Proses indoktrinasi mencakup tiga fase yang berbeda: induksi, orientasi, dan sosialisasi (Marquis dan Huston, 2010).

Indoktrinasi menunjukkan pendekatan yang lebih luas terhadap proses penyesuaian pegawai daripada induksi atau orientasi. Indoktrinasi mencoba untuk (1) membentuk sikap pegawai yang baik terhadap organisasi, unit, dan bagian, (2) menyediakan informasi dan pendidikan yang dibutuhkan agar berhasil dalam posisi tersebut, (3) memasukkan perasaan memiliki dan menerima. Program indoktrinasi yang efektif menghasilkan produktifitas yang lebih tinggi, pelanggaran peraturan yang lebih sedikit, pengurangan yang lebih sedikit, dan kepuasan pegawai yang lebih besar (Marquis dan Huston, 2010).

1) Induksi

Induksi, fase pertama pada indoktrinasi, berlangsung setelah pegawai terpilih, tetapi sebelum melakukan peran kerja. Proses induksi meliputi semua kegiatan

yang mendidik pegawai baru tentang organisasi dan pekerjaan serta kebijakan dan prosedur personal.

Aktivitas induksi sering dilakukan selama fungsi kepersonaliaan penempatan dan prakerja atau dapat dimasukkan pada kegiatan orientasi. Namun, induksi dan orientasi seringkali merupakan kegiatan yang terpisah, dan pegawai baru mengalami kesulitan jika materi salah satu program tersebut dihilangkan. Faktor yang paling penting adalah memberikan informasi yang memadai bagi pegawai tersebut.

Buku saku pegawai, bagian penting suatu induksi, biasanya disusun oleh departemen personalia. Manajer harus mengetahui apa isi buku tersebut dan sebaiknya memberikan masukan pada perkembangannya. Karena pegawai tidak dapat menyerap semua informasi induksi sehingga mereka perlu acuan nantinya.

Aktivitas induksi diberikan karena dua alasan. Pertama, tujuan induksi adalah membekali pendatang baru dengan informasi yang memungkinkan dia merasa kerasan di lembaga tersebut dan mengenali tujuan serta programnya. Kedua, setelah ia mulai bekerja di unit tempat ia ditugaskan, pegawai baru tersebut akan memperoleh informasi yang cukup mengenai kondisi kerja dan kebijaksanaan personil dari rekan kerjanya. Biasanya aktivitas induksi dilakukan selama dua atau tiga hari pertama (Marquis dan Huston, 2010).

2) Orientasi

Orientasi adalah proses penyesuaian bagi pekerja baru dengan lingkungan pekerjaan sehingga dia dapat berhubungan cepat dengan lingkungan sekitarnya yang baru. Maksud orientasi adalah membuat pegawai baru merasa diinginkan dan diperlukan oleh rekan sekerja serta atasan juga untuk meyakinkan dia bahwa kehadirannya dibutuhkan untuk mewujudkan cita-cita organisasi (Gillies, 1996).

Setelah kegiatan induksi selesai, pegawai sebaiknya diorientasikan kepada pekerjaan khusus yang mana karena itu ia diangkat. Ada perbedaan yang sangat tajam diantara organisasi keperawatan berkenaan dengan lama, bentuk dan isi program orientasi untuk personil perawatan pasien. dalam banyak lembaga,

orientasi dua-minggu diberikan kepada personil keperawatan yang ditugaskan di ruang operasi atau unit rawat intensif. Didalam beberapa unit kerja program orientasi tiga-bulan diberikan kepada semua perawat yang baru lulus untuk menekan “kekagetan realitas” selama masa transisi dari status siswa ke status pegawai (Minor dan Thompson, 1981) dalam Gillies (1996). Beberapa lembaga memberikan program orientasi atau masa belajar suatu keahlian selama enam bulan atau dua belas bulan (Tonges dan Jones, 1985 dalam Gillies (1996).

Bentuk program orientasi bisa sentralisasi atau desentralisasi, standarisasi atau individualisasi. Isi dari program orientasi didalam unit keperawatan, seksi, atau divisi sebaiknya dipilih oleh perawat yang praktek di dalam keahlian tersebut. Tujuan keseluruhan dari induksi dan orientasi meliputi membantu pegawai dengan menyediakan informasi yang memperlancar transisi mereka ke lingkungan kerja yang baru. Tujuan proses orientasi adalah membuat pegawai merasa bagian dari tim. Hal ini akan mengurangi gesekan dan membantu pegawai baru menjadi mandiri dalam peran baru mereka lebih cepat (Marquis & Huston, 2010).

Swanburg (2000) mengatakan bahwa tujuan utama orientasi ini adalah membantu perawat dalam menyesuaikan diri pada situasi baru. Menyiapkan suatu program induksi yang memenuhi kebutuhan pegawai dan organisasi adalah tanggung jawab bersama departemen personalia, departemen pengembangan staf, dan setiap unit layanan keperawatan. Manajer unit harus memainkan peran penting dalam orientasi pegawai baru. Program orientasi yang memadai meminimalkan kecenderungan pelanggaran peraturan, keluhan, dan kesalahpahaman; menumbuhkan perasaan memiliki dan menerima; dan meningkatkan antusiasme dan moral.

3) Sosialisasi

Sosialisasi lebih pada berbagi nilai dan sikap organisasi dengan menggunakan model peran, pembimbing dan mentor. Sosialisasi ke dalam organisasi sangat penting bagi profesional pemula, dan sosialisasi yang adekuat pada semua pegawai telah menunjukkan penurunan pengurangan tenaga kerja (Cable & Parson, 2001; Marqius, 1900) dalam Marquis dan Huston (2010). Sosialisasi

dapat didefinisikan secara sederhana sebagai proses (1) yang dipelajari seseorang untuk menjadi anggota kelompok dan masyarakat dan (2) mempelajari peraturan sosial yang membatasi hubungan yang akan mereka masuki. Sosialisasi mencakup belajar untuk berperilaku, merasakan, dan melihat dunia dalam cara yang serupa dengan orang lain yang memiliki peran sama (Hardy dan Conway, 1988 dalam Blais et al (2007).

Tidak ada satu pun teori mengenai sosialisasi. Dikalangan ahli sosiologi, fenomena sosialisasi umumnya difokuskan di seputar teori peran, yaitu mempelajari perilaku yang menyertai setiap peran dengan menggunakan dua proses simultan. Kebutuhan resosialisasi pegawai baru tidak terlalu banyak mendapat perhatian. Resosialisasi berlangsung saat (1) lulusan baru meninggalkan sosialisasi disekolah keperawatan dan memasuki dunia kerja; (2) perawat yang berpengalaman pindah lingkungan kerja, baik dalam organisasi yang sama atau di organisasi baru; dan perawat mengemban peran baru.

Resosialisasi berjalan lebih efektif saat dilakukan upaya untuk menentukan mengapa seseorang mengalami kesulitan di suatu area. Beberapa pegawai dapat beradaptasi dengan mudah terhadap proses sosialisasi, tetapi sebagian besar mengalami stres akan perubahan peran. Organisasi dapat membuat perencanaan awal untuk mengurangi stres akibat resosialisasi dengan sengaja menggunakan intervensi yang tepat (Marquis dan Huston, 2010).

2.2 Model Bimbingan Sebagai Strategi Pengajaran

Bimbingan sebagai cara untuk mengembangkan dan melatih pegawai merupakan strategi pengajaran, bukan teori belajar. Bimbingan adalah salah satu alat terpenting untuk memberdayakan pegawai, mengubah perilaku, dan membentuk tim yang kohesif. Bimbingan adalah seseorang membantu orang lain untuk mencapai tingkat performa yang optimum. Fitzpatrick (2001) dalam Marquis dan Huston (2010) mengatakan bahwa perawat pimpinan yang berhasil adalah pelatih yang baik mendukung perawat baru dan pegawai baru dengan membangun jaring keamanan untuk memastikan kenyamanan mereka. Bimbingan dapat bersifat jangka panjang atau jangka pendek. Bimbingan jangka pendek ini sering disebut

juga sebagai *perceptorship* sedangkan jangka panjang disebut dengan *mentorship* karena berhubungan dengan pengaturan karir. Selain itu terdapat juga model bimbingan yang lain yaitu *Intership*.

2.2.1 *Mentorship*

Mentoring telah secara luas digunakan sebagai strategi untuk perkembangan karir dalam keperawatan selama 20 tahun terakhir. *Mentor* adalah “profesional yang kompeten dan berpengalaman yang membina hubungan dengan pemula dengan tujuan memberikan saran, dukungan, informasi, dan umpan balik untuk mendorong perkembangan individu (Schutzenhofer, 1995 dalam Blais et al (2007). Sebagian besar literatur keperawatan menguraikan hubungan perawat-*mentor* sebagai hal yang penting untuk perkembangan karir dalam administrasi keperawatan atau pendidikan keperawatan. Melalui *mentoring*, perawat yang berpengalaman dapat juga mendukung pertumbuhan profesional lulusan baru, yang dapat memilih untuk membina mereka yang ingin mengikuti. Marriner-Tomey (2001) dalam Blais et al (2007) menguraikan tiga fase proses *mentoring*.

- 1) Tahap invitasi: pada tahap ini mentor harus mau menggunakan waktu dan energi untuk mengasuh individu yang bertujuan mau belajar, dan mempercayai *mentor* dengan rasa hormat. Perawat *mentor* mengundang perawat baru untuk berbagi pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman personal mengenai pertumbuhan profesional.
- 2) Tahap Keraguan: Pada tahap ini pemula mengalami keraguan dan takut tidak mampu untuk mencapai tujuan. *Mentor* membantu anak didik mengklarifikasi tujuan dan strategi untuk mencapainya, membagi pengalaman personal, dan berperan sebagai penasehat dan sumber dukungan selama masa keraguan.
- 3) Tahap transisi: Pada tahap ini, *mentor* membantu anak didik untuk menyadari kekuatan dan keunikan dari anak didik tersebut. Anak didik tersebut saat ini mampu membina orang lain.

Perawat yang ingin memperbaiki dan meningkatkan praktik profesionalnya, baik dalam pendidikan, administrasi, atau praktek klinik, harus mencari *mentor* untuk membantu mereka. *Mentor* biasanya memiliki jenis kelamin yang sama, berusia 8

hingga 14 tahun lebih tua, dan memiliki posisi kewenangan dalam organisasi. *Mentor* biasa memilih anak didik karena kualitas kepemimpinan atau manajerialnya. *Mentoring* adalah suatu proses yang dapat meningkatkan pertumbuhan personal dan profesional, baik *mentor* maupun anak didik (Blais et al, 2007).

Perawat teregistrasi berpengalaman melakukan pendampingan melalui orientasi untuk mengembangkan perawat yang baru. Melalui program *mentor*, perawat baru menjadi terintegrasi kedalam posisi perawat profesional pemula. *Mentor* menyediakan diri untuk mendengarkan, suara yang obyektif, pandangan yang bernilai untuk keseimbangan kerja atau hidup (Blais et al, 2007).

Koordinator *mentor* menetapkan proses, panduan untuk hubungan dan persediaan dukungan yang nyata bagaimana seorang *mentor* dapat mendampingi pengembangan karir. Koordinator *mentor* memilih *mentor* dari staf perawat yang berpengalaman, perawat praktek lanjut, pimpinan administratif, dan perawat pendidik. Koordinator *mentor* menyediakan daftar para *mentor* dengan gambaran area kepakarannya dan dari daftar ini para perawat baru memilih seorang *mentor* (Blais et al, 2007).

Mentor tidak bekerja di unit perawat yang baru, hal ini meningkatkan rasa percaya dirinya serta keobjektifan hubungan satu dengan lain. *Mentor* dan perawat baru saling mengenalkan diri dalam pertemuan mereka yang pertama, dan membuat aturan dalam hubungan mereka. Pertemuan berikutnya bisa terjadi di tempat yang berbeda. Seperti pertemuan makan siang, jam istirahat, saling bertukar e-mail, komunikasi lewat telepon, “sharing” kegiatan sosial. Koordinator *mentor* memantau dan mendukung pengembangan dari setiap hubungan melalui dukungan konsultasi, pendidikan, sumberdaya termasuk buku pegangan untuk *mentor* dan *mentee*.

Mentee sering menggambarkan *mentor* sebagai seseorang yang membuat suatu perbedaan dan selalu ada untuk merayakan pengalaman baik dan membantu mereka melewati hari-hari buruk. Banyak pelajaran yang dipelajari sejak program *mentoring* di kembangkan. Namun sebagian perawat baru memandang bahwa

pencocokan tugas ini sebagai suatu pemaksaan hubungan yang tidak menarik. Maka program *mentor* dimodifikasi untuk menuntun *mentee* dalam memilih seorang *mentor* dan mendapatkan relasi yang positif seperti suatu keterampilan karir yang penting (Blais et al, 2007).

2.2.1.1 Keuntungan *Mentorship*

Mentoring memberikan keuntungan baik bagi *mentor*, *mentee* dan juga institusi (CNA, 2004). Keuntungan bagi *mentor* adalah mencapai kepenuhan diri; peningkatan kepuasan kerja dan perasaan berharga, keterampilan, pertumbuhan diri dan pembelajaran, motivasi akan ide baru; potensial untuk peningkatan karir. Keuntungan bagi *mentee* adalah terjadinya peningkatan kompetensi, percaya diri dan rasa aman, kepuasan kerja; penurunan stres; jaringan kerja meluas; pengembangan kepemimpinan. Keuntungan yang diperoleh oleh institusi adalah peningkatan kemampuan untuk rekrutmen dan komitmen pada organisasi; perbaikan kualitas perawatan; penurunan *turnover*; pengembangan kerja sama dan pemimpin.

2.2.1.2 Peran dan Tanggung Jawab Mentor

Greene dan Puetzer (2002) dalam CNA, (2004) menggambarkan tiga peran dari mentor yaitu: (1) *Role model* yang mendampingi melalui contoh, (2) *Socializer* yang menolong untuk mengintegrasikan *mentee* dalam budaya sosial, (3) *Educator* yang mengkaji kebutuhan belajar dan merencanakan pengalaman kepada *mentee*. Tanggung jawab mentor adalah bertindak sebagai model peran profesional, percaya diri dalam praktek kompetensi, berkolaborasi dengan dan melindungi *mentee*, berkomitmen untuk belajar sendiri dan dari orang lain, simpatik, mendukung, dan menghargai, mempunyai harapan dan pendekatan yang konsisten, dan memfasilitasi pengenalan *mentee* akan organisasi, memberikan penguatan dan pendampingan bagi *mentee*, berkomunikasi dengan koordinator bila perlu (CNA, 2004).

2.2.2 Internship

Kata “intern” dibangun dari akar kata “inter” yang berarti antara, di dalam atau bersama (Neufeld & Guralnik, 1998 dalam CNA, 2004) dan dibanding dengan konotasi yang lebih netral dan lebih baik daripada istilah orientasi. *Internship* merupakan program yang formal bagi perawat lulusan baru, membantu masa transisi di tempat kerja dan posisi tertentu di area pelayanan kesehatan.

Program *internship* biasanya membutuhkan waktu beberapa bulan sampai 1 tahun tergantung pada area dimana *intern* bekerja dan level dari partisipan. Demi suksesnya program ini, beberapa institusi menggunakan pembelajaran dikelas, pengajaran satu banding satu, kelompok pendukung, pengalaman klinik secara individu, *preceptorship* atau *mentorship*, (Blanzola, Lindeman & King, 2004). Program *internship* umumnya digunakan di Amerika Serikat

Masa belajar suatu keahlian (*internship*) selama 6 atau 12 bulan diberikan kepada perawat yang diangkat langsung setelah lulus dari sekolah keperawatan. Banyak *internship* dibentuk untuk merekrut lulusan dari program keperawatan sarjana muda dan luar biasa karena terlalu sedikit pengalaman keperawatan klinis diberikan dalam program tersebut untuk memungkinkan perawat berpraktek dengan tenang dalam peran yang bebas langsung setelah lulus. Dalam menghadapi pekerjaan pertamanya setelah lulus, perawat tersebut dibanjiri oleh volume dan kompleksitas pekerjaan yang harus diselesaikan (Gillies, 1996)

Di dalam *internship* keperawatan, seorang penasihat *intern* bisa memberikan dukungan kepada enam atau lima perawat *intern*. Penasihat *intern* biasanya adalah seorang instruktur pendidikan namun bisa juga seorang staf perawat senior dengan bakat mengajar atau kepala perawat dengan komitmen pada pengembangan staf. Penasihat bertemu seminggu sekali dengan para peserta keperawatan *intern* baik secara pribadi atau dalam kelompok untuk menentukan kemajuan mereka dan masalah-masalah yang ada. Ia berunding dengan mereka yang mensupervisi *interns* selagi mereka dirotasi melalui berbagai unit atau pelayanan, menyarankan perbaikan program guna menyesuaikan kebutuhan unik masing-masing *intern*

akan pengalaman. *Intern* bisa memilih penasehat dari beberapa unit klinis tempat ia ditugaskan selama *internship* (Gillies, 1996).

Komponen program *internship* menurut Halfer (2008) meliputi pembelajaran dikelas atau keterampilan laboratorium, orientasi pembimbingan, pertukaran klinik, mentor klinik. Adapun keuntungan dalam program ini adalah pengembangan kompetensi, peningkatan kepercayaan diri dan juga retensi *intern*, (CNA, 2004).

2.2.3 Preceptorship

Preceptorship bukanlah suatu konsep yang baru dalam dunia profesi keperawatan. Ini merupakan dimensi keperawatan sejak permulaan masa Florence Nightingal (Myrick & Yonge 2003). Sejak tahun 1970an, *preceptorship* terus mendapatkan momentum dimana adanya kesulitan membuat masa transisi dari mahasiswa perawat ke staf perawat merupakan suatu fenomena sebagai “reality Shock” (Kramer, 1974). Sekarang ini, *preceptorship* telah menjadi pendekatan yang sangat efektif dalam pengajaran klinik bagi mahasiswa perawat dan suatu bagian integral dari orientasi perawat baru di lapangan praktek (Hardiman & Hickey, 2001; Myrick & Barrett, 1992; Usher, Nolan, Reser, Owens, & Tollefson, 1999).

Pada beberapa lembaga sebuah sistem *preceptor* dipakai untuk penyesuaian pegawai baru terhadap tanggung jawab pekerjaannya (Flood dan Rizzo, 1984) dalam Gillies (1996). Staf perawat yang baru diangkat dipasangkan dengan staf perawat yang berpengalaman di dalam unit yang sama. Kedua perawat tersebut dijadwalkan untuk jam kerja yang sama dan ditugaskan untuk merawat pasien yang sama. Perawat yang lebih berpengalaman bertanggung jawab atas bukti penguasaan setiap keahlian keperawatan perawat baru yang sedang dibimbingnya. Pemakaian sistem *preceptor* selama orientasi adalah berdasarkan pada prinsip pendidikan orang dewasa bahwa sebuah model peran membentuk perilaku seseorang yang sedang belajar (Blais et al, 2007).

Preceptor adalah perawat berpengalaman yang memberikan dukungan emosional dan merupakan model peran klinis yang kuat bagi perawat baru (Marquis & Huston, 2000 hlm.239) dalam Marquis dan Huston (2010). *Preceptor* biasanya ditunjuk untuk perawat yang baru dalam unit keperawatan guna membantu mereka meningkatkan keterampilan keperawatan dan penilaian klinis yang diperlukan agar dapat melakukan praktik yang efektif dalam lingkungan kerja mereka. Mereka juga membantu perawat baru mempelajari rutinitas, kebijakan, dan prosedur di unit tersebut. *Preceptor* harus sabar dan mau mengajar perawat baru, dan mereka harus bersedia menjawab pernyataan-pernyataan dan mengklarifikasi harapan peran perawat dalam lingkungan praktek (Blais et al, 2007).

Seiring dengan terbatasnya jumlah tenaga perawat akhir-akhir ini dan semakin berat pada masa yang akan datang, maka pemimpin perawat mencari suatu pendekatan yang menarik perhatian dan mempertahankan perawat generasi baru. Transisi dari mahasiswa ke perawat profesional adalah perubahan peran yang kritis (Halfer, 2007)

Desain ulang program *preceptorship* dilakukan untuk memberikan dukungan pada perawat baru baik terhadap pengembangan kompetensi maupun transisi peran dari perawat lulusan baru. Tim desain ini terdiri dari pimpinan perawat, perawat pendidik, perawat praktik lanjut, *preceptor* keperawatan, dan petugas sosial mengembangkan suatu pendekatan untuk mendukung perawat lulusan baru dalam tahun pertama mereka sebagai karyawan.

2.2.3.1 Pengertian dan Karakteristik

Preceptor adalah seorang guru atau instruktur, atau seseorang yang ahli yang memberikan pengalaman praktik dan pelatihan kepada seorang mahasiswa perawat atau kepada perawat baru. Seseorang yang pada umumnya adalah staf perawat yang mengajarkan, memberi konsultasi, memberi inspirasi, melayani sebagai model peran (*role model*) dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan seorang individu (perawat baru) dengan tujuan khusus mensosialisasikan perawat baru kedalam perannya yang baru (Rose, 2007).

Menurut Cooper dan Palmer (2000) *preceptor* adalah seorang perawat level pertama yang *qualified* dan berpengalaman yang bersedia bekerja dalam kemitraan dengan seorang perawat baru dalam rangka mendampingi dan mendukung perawat baru dalam proses belajar dan beradaptasi terhadap peran baru. Menurut Myrick (1998) *preceptor* adalah perawat yang dengan kemurahan hatinya memberikan waktu dan kepakaran mereka kepada perawat baru.

Preceptee adalah seseorang perawat praktisi baru yang bertanggung jawab dan bertanggung gugat, dan “qualified” (MHNA, 1995 dalam Rose, 2007). Disebut juga sebagai perawat lulusan baru, bidan dan tim kesehatan lain yang praktek untuk pertama kali atau juga praktisi yang memasuki lahan praktek yang berbeda (NMC, 2002 dalam Rose, 2007).

Preceptorship adalah metode pembelajaran dan pengajaran yang menggunakan perawat sebagai model peran (*role model*). Ratio yang digunakan adalah hubungan yang formal satu banding satu antara seorang perawat yang berpengalaman (*preceptor*) dengan perawat baru (*preceptee*) yang bertugas untuk mendampingi perawat baru agar dapat menyesuaikan diri dan memerankan peran barunya (CNA, 2004).

Pengalaman *preceptorship* cenderung dalam periode singkat (1 – 12 bulan). Lama waktunya tergantung ciri-ciri dari pada peserta program, kebutuhan sekelompok pasien, dan juga jenis *setting* dari tempat kerja (CNA, 2004). Menurut Beecroft, Dorey, dan Wentern (2008) bahwa program pembimbingan ini berlangsung selama 22 minggu.

2.2.3.2 Keuntungan

Program *preceptorship* dirasakan memberi keuntungan terhadap *preceptee*, *preceptor*, institusi kesehatan dan profesi keperawatan (Lockwood-Rayermann, 2003; Mahayosnand & Stigler, 1999; Neumann, et al., 2004; Wright, 2002), dan terhadap pasien (Cooper dan Palmer, 2000).

1) Bagi *Preceptee*:

Kepuasan kerja meningkat; stres berkurang, pertumbuhan kepribadian yang signifikan; rasa percaya diri meningkat; mencapai sikap yang baru, pengetahuan, dan Keterampilan

2) Bagi Institusi:

Keuntungan yang diperoleh institusi adalah terjadinya peningkatan rekrutmen perawat baru, Retensi perawat lama; Loyalitas terhadap institusi dan Produktivitas; Memperbaiki *Outcome* pasien; Biaya perawatan turun

3) Bagi Profesi:

Dukungan kepada perawat baru meningkat; Syarat kompetensi untuk praktek yang aman; Program pendampingan perawat baru untuk menjaga kompetensi; Jumlah perawat meningkat dengan keterampilan kepemimpinan dan pengajaran; Retensi perawat diperbaiki; Kebutuhan rekrutmen dan pendidikan perawat berkurang.

4) Bagi *Preceptor*:

Merasa puas dengan peningkatan percaya diri perawat baru; Tidak mudah jenuh; Harga diri berkembang; Kesadaran diri sebagai *role model* meningkat

5) Bagi Pasien:

Keuntungan yang utama dari Program *preceptorship* ini adalah bahwa dirasakan “dua kepala lebih baik daripada satu” dalam mengatasi permasalahan sehari-hari di tempat kerja. Dukungan *preceptor* mengarahkan perawat baru pada perubahan dalam praktik keperawatan. Program ini memberikan efek pada asuhan dan komunikasi pada pasien (Cooper dan Palmer, 2000).

2.2.3.3 Program dari *Preceptorship*

Halfer (2007) mengatakan bahwa Program *Preceptorship* meliputi pembelajaran di kelas, mentor klinik, *precepting* (Pembimbingan klinik), pertukaran pembelajaran klinik, dukungan transisi profesional, orientasi peraturan, sesi transisi profesional, penasehat klinik (Halfer, 2007)

1) Orientasi

Tantangan bagi *preceptor* adalah mengorientasikan *preceptee* secara aktif dan efektif (Bumgarner dan Biggerstaff, 2000 dalam Myrick dan Yonge, 2005). Orientasi dapat diasumsikan dengan berbagai bentuk dari menunjukkan sampai mengatakan, menunjukkan kekayaan dan menggunakan modul pengarahan diri sampai kepada definisi aktifitas yang baik dan spesifik. Orientasi biasanya berdasarkan pada ketersediaan waktu dan kebutuhan *preceptee* dan *preceptor*. Bumgarner dan Biggerstaff (2000) memutuskan untuk pengembangan program yang berfokus pada pasien. Kebutuhan keterampilan apa yang khusus dari *preceptor* dan *preceptee*. Keterampilan ini akan diidentifikasi dan kemudian *preceptor* mengajarkan pada *preceptee*.

Orientasi pada institusi dapat terjadi pada berbagai level. Ada orientasi umum bagi semua staf, orientasi khusus bagi mereka yang melaksanakan suatu program, lalu kemudian orientasi yang diberikan oleh *preceptor*. Orientasi secara umum dan luas terhadap rumah sakit sangat dibutuhkan melebihi orientasi dari *preceptor*.

2) Pembelajaran di Kelas

Program ini berfokus pada pengembangan kompetensi klinik untuk mendukung pelayanan keperawatan yang berpusat pada keluarga dalam setting keperawatan tersier. Tujuannya adalah untuk meningkatkan pengalaman praktik klinik dari perawat baru dan membangun pengetahuan yang diperoleh dari perkuliahan. Kurikulum inti kira-kira 80 jam untuk konten kelas termasuk topik keperawatan berpusat pada keluarga, pendidikan pasien/keluarga, pengkajian fisik, *patient safety*, manajemen nyeri,

manajemen sedasi, kekerasan dan penelantaran anak, perbedaan budaya (Halfer, 2007).

Kursus ini di ajarkan oleh perawat yang lebih berpengalaman, perawat klinik ahli, dan anggota tim yang lain yang merupakan tim kesehatan. Hari-hari kelas ini dijadwalkan selama dua minggu pertama dari orientasi dengan jarak waktu 1 bulan, 2 bulan, 6 bulan dan 1 tahun. Kurikulum khusus diberikan sekitar 32 sampai 72 jam (Halfer, 2007)

3) Sesi Transisi Profesional

Membagikan pengalaman yang berbeda-beda, para profesional mengadakan diskusi kelompok transisi dengan memberikan lingkungan yang aman dan terjaga kerahasiannya bagi para *mentee*. Pertemuan dengan teman dalam kelompok kecil, perawat baru belajar keterampilan pengelolaan dalam penyesuaian ke peran profesional barunya. Sesi ini memungkinkan mereka berbagi tentang keprihatinan dan berbicara tentang perasaan ketika mereka membuat kesalahan. Mereka dapat saling bertukar dan membandingkan perasaan mereka satu dengan lain dan menemukan bahwa perasaan-perasaan mereka adalah normal.

Memberikan informasi yang berharga dan komentar yang mendukung satu dengan yang lain, anggota kelompok sering mengembangkan ikatan hubungan yang dekat dan mencapai persahabatan selama satu tahun orientasi. Sesi transisi selama 90 menit ini di jadwalkan selama enam kali setahun selama tahun pertama perawat (Halfer, 2007). Sukses tidaknya sesi transisi ini berhubungan dengan pengalaman dari fasilitator dan aktifitas yang menyenangkan bagi perawat baru. Sebagian besar perawat baru mendapatkan keuntungan kelompok.

4) Pertukaran Pembelajaran Klinik/Rotasi

Pertukaran pembelajaran klinik memberikan perawat baru suatu kesempatan untuk mengembangkan suatu pendekatan yang holistik. Perawat baru belajar tentang pengalaman pasien/keluarga secara langsung melalui rotasi ke area

yang spesifik dari semua populasi pasien. Pertukaran klinik juga membangun hubungan kerja melalui rumah sakit yang di temukan dari perawat baru dan dari berbagai departemen. Setelah pengalaman ini, perawat baru akan bisa menjelaskan siapa orang dibalik suatu percakapan pertelepon dan memahami kebutuhan pemberian pelayanan keperawatan. Perawat baru melihat bahwa pertukaran klinik/rotasi merupakan suatu kesempatan yang penting untuk melihat secara nyata apa yang dialami pasien/keluarga selama mereka dirawat atau selama mereka berkunjung ke bagian rawat jalan. Rotasi ini diatur oleh pendidik klinik keperawatan berbasis area (Halfer, 2007). Menurut Myrick dan Yonge (2005) bahwa rotasi dilakukan sebaiknya saat rumah sakit atau kegiatan di RS dalam keadaan tenang dan tidak sibuk.

Untuk membantu perawat baru agar kompeten dalam berbagai pengalaman klinik, maka program merencanakan rotasi melalui beberapa area (seperti area penyakit dalam, bedah, perawatan kritis, rawat jalan, atau unit gawat darurat). Tiga artikel yang mengenalkan ide dari perputaran/rotasi ini sebagai satu metode dalam praktik klinik (Blanzola et al., 2004; Dilorio et al., 2001; Halfer, 2007).

5) Evaluasi

Evaluasi kinerja klinik merupakan suatu pokok pembicaraan bagi para *preceptor* (Neary, 2001 dalam Myrick dan Yonge 2005). *Tool* atau alat dari evaluasi belum ada yang terstandar. *Preceptor* menggunakan *tool* yang bervariasi. Ditemukan suatu kesulitan untuk mengevaluasi *preceptee* bila sudah berada ditempat yang berubah (rotasi). Harapan dari *preceptor* terhadap *preceptee* adalah *preceptee* semakin mandiri dalam waktu dan praktek. Persepsi dari *preceptor* terhadap *preceptee* harus di cek sebelumnya. Pada awal program sudah harus jelas apa yang dievaluasi dan bagaimana *preceptor* mengevaluasinya. Evaluasi program pelaksanaan bisa dilakukan secara harian, pada pertengahan atau di bagian akhir. Evaluasi bisa dilakukan secara formal yang mencakup kompetensi (sikap, keterampilan dan pengetahuan). Evaluasi secara informal dilakukan dengan memberikan umpan balik secara verbal. Bila kinerja dari *preceptee* dipandang buruk maka

preceptor bisa merekomendasi untuk pemutusan kontrak atau perpanjangan masa pembinaan.

6) Orientasi *Preceptor* Secara Individual/Pembimbingan klinik

Preceptor keperawatan mendampingi perawat baru dalam pembelajaran keterampilan klinik dan pengembangan hubungan tim. *Preceptor* membimbing perawat baru untuk memperoleh keterampilan klinik dan tanggung jawab. *Preceptor* juga memainkan peran penting dalam mensosialisasikan perawat baru dengan memperkenalkan perawat baru kepada anggota tim dan rutinitas unit. *Preceptor* dipandang sebagai mentor unit yang membantu perawat baru mengembangkan kepercayaan diri dan kompetensi (Halfer, 2007).

Perawat baru lebih senang bekerja dengan satu *preceptor* pada awalnya, namun seiring dengan pertumbuhan kepercayaan diri mereka, mereka sering menikmati penemuan akan pengalaman dan pandangan dari *preceptor* lain. Beberapa unit mungkin mempunyai perawat baru yang banyak dalam waktu yang bersamaan dan ini akan menimbulkan dan meningkatkan beban kerja. Untuk mencegah kelelahan *preceptor*, maka dikenalkan suatu fase model *preceptor*. Dengan model ini perawat baru di kelompokkan dengan pendidik klinik (*clinical educator*) yang akan mengorientasikan mereka pada prosedur unit, peralatan, dan pendokumentasian. Kemudian perawat baru dipasangkan dengan seorang *preceptor* yang mungkin pengalamannya kurang dari pendidik klinik tetapi dia dapat membimbing perawat baru dalam memberikan pelayanan keperawatan yang aman (Halfer, 2007).

Sekali perawat baru sukses menemukan kompetensi dasar, dia akan bekerja dengan *preceptor* yang lebih berpengalaman yang mengajarkan mereka bagaimana perawat baru mengembangkan keterampilan penilaian klinik sementara mereka memberikan perawatan pada pasien yang kompleks. Pendidik klinik unit memasangkan perawat baru dengan *preceptor*, memonitor perkembangan kompetensi perawat baru dan melayani sebagai nara sumber baik untuk *preceptor* maupun untuk perawat baru. Umpan balik

secara verbal maupun tertulis dari *preceptor* dan *preceptee* diberikan kepada pendidik klinik unit sehubungan dengan pengalaman orientasi. Jika pasangan *preceptor* dan *preceptee* tidak sukses maka pendidik klinik akan ikut campur dan menugaskan *preceptor* baru (Halfer, 2007).

Faktor yang mempengaruhi lingkungan pembelajaran dan pengajaran dalam pembimbingan ini adalah iklim organisasi, iklim emosi dan lingkungan fisik (Myrick dan Yonge, 2005).

(1) Iklim organisasi: Beban kerja dan dukungan memberikan efek yang kuat pada energi dan waktu yang diberikan kepada *preceptee*. Maka *preceptor* harus mengenal secara baik siapa itu *preceptee*. Dengan rasa saling percaya yang tercipta membuat *preceptee* secara jujur mengakui apa yang mereka ketahui dan tidak, apa yang dapat mereka lakukan dan tidak dapat dilakukan. Bila *preceptor* terbuka dengan *preceptee*, maka mereka merasa tidak tertekan dan yakin bahwa mereka tidak dinilai secara jelek ketika mereka membutuhkan pendampingan dari *preceptor*.

(2) Iklim emosional: ketika institusi mengalami kesulitan dalam merekrut atau mempertahankan staf perawat, hasil akhirnya adalah dapat meningkatkan stres pada perawat yang ada. Bekerja dengan jumlah staf yang terbatas, perubahan struktur, atau perbedaan antara tuntutan kerja dengan sumber daya juga berdampak pada iklim (Lovgren et al, 2002 dalam Myrick dan Yonge, 2005). Penelitian Stordeur et al mendapatkan bahwa 22 % perawat mengalami kelelahan emosional. Maka perawat *preceptor* harus merefleksikan apakah dia mengalami kelelahan secara emosional atau tidak, sebelum menerima tugas sebagai *preceptor*. Dilain pihak, *preceptee* sebagai pembelajar, mereka merasa takut akan membuat kesalahan. Kadang juga takut terhadap *preceptor*. Karena *preceptee* selalu hadir bersama *preceptor* didalam kerja sesuai shift, maka ini dapat menjadi suatu masalah pada permulaan karena *preceptee* membutuhkan banyak perhatian dan pengarahan. Maka dalam hal ini *preceptor* juga membutuhkan dukungan dari pihak manajemen.

(3) Lingkungan fisik: sebagai perawat, haruslah menerima lingkungan fisik pekerjaan. Perawat memperlakukan lingkungan kerja sebagai sesuatu yang diberikan. Entah itu suasana ribut, terang, berdebu, sesak, dan sebagainya perawat menerima kondisi itu apa adanya dan bekerja dengan segala kondisi tersebut. Iklim kerja tidak hanya berdampak pada kenyamanan dan kesejahteraan karyawan tetapi juga pada kemampuan inovasi di dalam institusi tersebut (Lovgren et al, 2002 dalam Myrick dan Yonge, 2005). Institusi dengan lingkungan fisik yang tidak baik mungkin tidak bisa mengakomodasi para pembelajar yang berbeda latar belakangnya (Myrick dan Yonge, 2005).

King dan Bernick (2002 dalam Myrick dan Yonge, 2005) menggambarkan program *preceptor* yaitu bahwa *preceptor* menghadiri workshop orientasi, memberikan bimbingan satu banding satu dalam program, ada ceklis orientasi, pertemuan refleksi mingguan, akses pada sumber, pengakuan terhadap *preceptor*, evaluasi formatif dan sumatif.

Neumann et al, (2004) memberikan gambaran rinci tentang pengembangan program *preceptor* termasuk level sesi orientasi, pertimbangan biaya, pendekatan untuk memberikan pengakuan dan ide dukungan *preceptor* yang berkelanjutan. Materi *preceptorship* lainnya seperti panduan gaya pembelajaran, lembar temuan, format evaluasi, *tool* kinerja *preceptor* (Hill, 2003).

Park dan Jones (2010) dalam penelitiannya mengatakan bahwa komponen umum dari program adalah lamanya program, metode pengajaran terstruktur, *preceptorship*, sistem dukungan, evaluasi. Program yang di kaji ulang terdiri dari dua bagian penting yaitu (a) pembelajaran di kelas, dan (b) pengalaman klinik dengan *preceptor*. Selama aktifitas di kelas, metode yang digunakan adalah konferensi, seminar, diskusi kelompok, studi kasus, dan pelatihan berbasis komputer.

Isi dari program *preceptorship* bervariasi termasuk *mentoring*, *one-to-one preceptorship* (Beecroft et al.; Dear, Celentano, Weisman & Keen, 1982;

DeSimone; Halfer; Rosenfeld et al), simulasi laboratorium (Beyea, von Reyn & Slattery, 2007), dan pengalaman rotasi klinik (Beecroft et al.; DeSimone; Halfer; Rosenfeld et al). Brasler, 1993 dan Beecroft et al, 2008 mengatakan bahwa komponen dalam program *preceptorship* adalah terdiri dari lamanya orientasi, jumlah/aktifitas di kelas, dan rotasi klinik.

2.2.3.4 Kompetensi *Preceptorship*

Kompetensi adalah pengetahuan, keterampilan, penilaian, dan atribut pribadi yang disyaratkan untuk seorang untuk praktek secara aman dan etis dalam menjalankan perannya di tempat kerja. Kompetensi perawat dikembangkan pada waktu masuk, pada level khusus dan level praktek lebih lanjut (CNA, 2002, p.15).

1) Beberapa alasan pengembangan kompetensi untuk *preceptorship* dan *mentoring*: Untuk meningkatkan pengakuan pentingnya peran *preceptor* dan *mentoring* dalam profesi; Untuk mempromosikan pengembangan profesional perawat dengan peningkatan kepemimpinan; Untuk memberikan suatu mekanisme identifikasi potensial *mentor* perawat; Memberikan suatu mekanisme promosi kompetensi berkelanjutan diantara perawat; Meningkatkan kepuasan peran dari *preceptor*, *preceptee*, *mentor*, dan *mentee*; Meningkatkan kualitas dari lingkungan kerja bagi perawat, kualitas asuhan keperawatan.

2) Kompetensi *Preceptor*

Daftar kompetensi *preceptor* dibagi dalam lima (5) kategori utama: (CNA, 2004) yaitu:

- (1) Kolaborasi: berkolaborasi dengan *preceptee* pada semua tahap *preceptorship*, membuat dan mempertahankan hubungan kolaborasi dengan manajer dan rekan lain (rekan kerja, profesi kesehatan lain, pasien), membuat jejaring dengan *preceptor* lain untuk saling berbagi praktek terbaik, mendampingi *preceptee* secara tepat untuk menginterpretasikan perannya terhadap individu, keluarga, komunitas dan masyarakat.

- (2) Atribut pribadi: menunjukkan antusiasme dan keinginan dalam pendampingan, menampakkan ketertarikan yang tulus dalam kebutuhan pembelajaran dan perkembangan *preceptee*, membangun lingkungan pembelajaran yang positif, mengadaptasi perubahan, melakukan keterampilan komunikasi yang efektif dengan pasien dan rekan kerja, melakukan keterampilan penyelesaian masalah secara efektif, menunjukkan kesiapan dan keterbukaan akan proses belajar bersama dengan *preceptee*, menampakkan penghargaan terhadap perbedaan *preceptee* (latar belakang pendidikan, ras, budaya), mengintegrasikan *preceptee* ke dalam budaya sosial institusi, memiliki kesabaran dan kepercayaan diri, mengenali keterbatasan dan berkonsultasi dengan yang lain bila perlu.
- (3) Memfasilitasi pembelajaran: kaji kebutuhan belajar *preceptee* (kaji ulang kompetensi utama, diskusikan hasil yang diharapkan, kaji pengalaman yang lalu tentang pengetahuan dan keterampilan *preceptee* dengan rasa hormat, identifikasi kesempatan belajar/memberi penugasan), merencanakan aktifitas pembelajaran, mengimplementasikan aktifitas pembelajaran klinik di area klinik, evaluasi keluaran pembelajaran klinik.
- (4) Praktik Profesional: praktik secara mandiri dan berkesinambungan sesuai dengan standar keperawatan, bekerja sesuai standar nasional/internasional yang terbaru, mendampingi *preceptee* mencapai pengetahuan, keterampilan dan penilaian praktek sesuai standar keperawatan, jelaskan peran, hak, dan tanggung jawab sehubungan dengan pembimbingan dengan cara yang tepat.
- (5) Penguasaan terhadap area/*setting*: dapat memahami isi dasar dari institusi (Misi, Filosofi; metode asuhan keperawatan; kebijakan dan prosedur; lingkungan fisik; peran dan fungsi antar disiplin ilmu; format, dokumentasi dan mekanisme pelaporan; sumber pembelajaran), melakukan peran perawat dalam tim multidisiplin, mengkaji ulang pedoman pendidikan institusi untuk *preceptor* dan *preceptee*.

Kualitas dari *preceptor* yang efektif menurut Rose (2007) adalah keterampilan komunikasi yang baik, *role model* yang profesional, rela memberikan waktu

bagi *preceptee*, seorang pendengar dan pengelola masalah yang baik, peka terhadap kebutuhan dan ketidakpengalaman *preceptee*, mengenal teori dan praktik terbaru, kompeten dan percaya diri dalam peran sebagai *preceptor*.

3) Kebutuhan akan *precept*:

Persyaratan dari konsil keperawatan dan kebidanan, meningkatkan asuhan pada pasien, menurunkan tingkat stres yang dialami perawat baru, memastikan bahwa tanggung jawab tidak langsung segera dibebankan kepada perawat baru, meminimalkan resiko baik terhadap perawat baru maupun pasien di pelayanan yang membutuhkan keamanan yang tinggi (Rose, 2007). Menurut Hardyman dan Hickey (2001) dalam survey terhadap perawat baru di Inggris bahwa 97 % dari 1595 sampel responden mengatakan bahwa perawat baru menginginkan mempunyai *preceptor* saat mendapat tugas pertamanya.

4) Harapan dalam Praktek

Preceptor mempunyai pengetahuan untuk membantu *preceptee* mengidentifikasi kebutuhan belajar; *preceptor* mempunyai pengalaman dan kompetensi untuk membantu *preceptee* mengaplikasikan pengetahuan dalam praktek; *preceptor* memahami bagaimana *preceptee* sebaiknya terintegrasi kedalam area praktek yang baru dan mendampingi *preceptee* didalam proses; *preceptor* memahami dan akan mendampingi *preceptee* dalam menghadapi masalah selama masa transisi; *preceptor* dan *preceptee* memformulasikan sasaran pembelajaran untuk mendampingi transisi; *preceptor* mendemonstrasikan keterampilan dalam penyelesaian masalah, pembuatan keputusan, delegasi dan tanggung gugat; *preceptor* akan memfasilitasi sosialisasi profesional ke dalam peran; *preceptor* akan memberikan masukan secara periodik dan berlanjut dalam perkembangan *preceptee*; *preceptor* akan menjadi sumber dukungan pribadi dan profesional; *preceptor* akan membantu *preceptee* mengkaji memvalidasi, dan mendokumentasikan pencapaian kompetensi klinik (Rose, 2007).

2.3 Karakteristik Perawat

2.3.1 Usia

Semakin tua usia seseorang semakin kecil kemungkinan untuk keluar dari pekerjaan, karena semakin kecil memiliki peluang alternatif pekerjaan. Disamping itu, semakin tua usia berkemungkinan kecil untuk mengundurkan diri dibanding usia yang lebih muda (Robbins, 2006).

Karyawan dengan usia lebih tua akan semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa dalam arti semakin bijaksana. Semakin mampu berpikir rasional, mengendalikan emosi, toleran, terhadap pandangan perilaku yang berbeda darinya dan semakin dapat menunjukkan kematangan intelektual dan psikologisnya (Tjokrodipo, 1999).

Beecroft, Dorey dan Wenten, (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa karakteristik perawat yang berpengaruh dalam keluar tidaknya perawat dalam masa orientasi adalah usia.

2.3.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor demografi yang berhubungan dengan komitmen. Tidak terdapat perbedaan yang penting antara wanita dan pria yang akan mempengaruhi kinerja mereka. Juga tidak terdapat perbedaan yang konsisten pada pria dan wanita dalam hal kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, pendorong persaingan, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar (Robbins, 2006).

Hasil beberapa penelitian psikologis menunjukkan bahwa wanita lebih bersedia mematuhi wewenang sedangkan pria lebih agresif dan berkemungkinan lebih besar memiliki harapan atas keberhasilan. Jika dihubungkan dengan tingkat kemangkiran dan keluar masuknya karyawan, beberapa hasil penelitian mengatakan bahwa tidak ada perbedaan yang mencolok antara pria dan wanita (Robbins, 2006). Cooper dan Palmer (2000) dalam penelitiannya mengatakan bahwa jenis kelamin juga berpengaruh dalam proses adaptasi.

2.3.3 Tingkat Pendidikan

Pendidikan yang dimiliki individu dalam suatu organisasi merupakan salah satu ukuran dalam proses penempatan. Individu akan merasa senang dan puas jika pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan pendidikan dan keterampilan yang dimiliki. Pendidikan merupakan suatu indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan (Hasibuan, 2007).

Beecroft, Dorey dan Wenten (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa karakteristik perawat yang berpengaruh dalam keluar tidaknya perawat dalam masa orientasi adalah tingkat pendidikan.

2.3.4 Lama Kerja

Pekerjaan yang ditunjukkan oleh setiap individu dipengaruhi oleh pengalaman dalam kurun waktu tertentu. Semakin lama masa kerja individu dalam organisasi, maka pengalaman kerja yang didapatkan semakin bertambah dan mudah untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan kerjanya. Semakin lama seseorang berada dalam pekerjaan, semakin kecil kemungkinan ia mengundurkan diri (Robbins, 2006).

Wang, Sermsri, Sirisook dan Sawangdee (2003) dalam penelitiannya mengatakan bahwa lama kerja mempunyai hubungan dengan kepuasan kerja karena perawat yang mempunyai masa kerja lama, lebih mudah mengerti dan beradaptasi dengan lingkungan kerjanya. Masa kerja merupakan pengalaman kerja karyawan yang meliputi lama waktu bekerja (Sopiah, 2008).

2.3.5 Konflik/Stres

Beecroft, Dorey dan Wenten, (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa karakteristik perawat yang berpengaruh dalam keluar tidaknya perawat dalam masa orientasi adalah konflik/stres (*reality shock*).

Mengenali konflik yang mungkin timbul antara *preceptor* dan *preceptee* juga menjadi sesuatu yang penting (Mamchur dan Myrick, 2003). Program orientasi

harus memberikan beberapa pandangan dan pendekatan baik terhadap *preceptor* maupun *preceptee* bagaimana mengenali dan menyelesaikan masalah. Koordinator program dan/atau penasehat pendidik dapat memfasilitasi bila dibutuhkan.

Pengalaman *preceptorship* dapat menyebabkan stres pada *preceptee* (Yonge, Myrick, & Haase, 2002) dan dapat mengarah pada kekecewaan terhadap profesi perawat. Tanggung jawab dan tanggung gugat mereka sebagai perawat baru untuk merawat pasien membuat mereka stres (Amos, 2001; Boychuk Duchscher, 2001; Charnley, 1999; Gerrish, 2000; Jasper, 1996; Kelly, 1998; Maben & Macleod Clark, 1998; O'Shea & Kelly, 2007). Ketidak pastian sehubungan dengan harapan akan peran baru mereka dapat mengarah pada kebingungan peran dan itu dirasakan sebagai suatu stresor di awal pengalaman mereka sebagai perawat baru (Chang & Hancock, 2003). Maka saling dan mempertahankan informasi secara terbuka sangat penting antara *preceptor* dan *preceptee*. *Preceptor* ingin tahu bagaimana mengenali stres pada *preceptee*, bagaimana mendampingi mereka dalam mengelola stres dan kemana mencari bantuan atau konseling bila dibutuhkan.

2.3.6 Strategi Koping

Strategi koping merupakan karakteristik perawat yang berpengaruh dalam keluar tidaknya perawat dalam masa orientasi menurut penelitian Beecroft, Dorey dan Wenten (2008). Strategi koping adalah cara yang digunakan oleh seseorang dalam menghadapi stressor. Adapun cara-cara yang digunakan seseorang dalam mengatasi stressor meliputi konfrontasi, menjauh, kontrol diri, mencari dukungan sosial, menerima tanggung jawab, melarikan diri-menghindar, penyelesaian masalah terencana, dan penilaian secara positif (Folkman & Lazarus, 1988).

Beecroft, Dorey dan Wenten (2008) dalam penelilitiannya mengatakan bahwa mencari dukungan sosial sebagai strategi koping meningkat. Penggunaan yang meningkat akan strategi ini merupakan usaha perawat baru untuk menghadapi stress transisi termasuk penyesuaian dengan tugas baru, penguasaan keterampilan klinis, menjadi anggota tim, mencari teman baru dan menghadapi ujian.

2.3.7 *Self Efficacy*

Self efficacy (kemantapan diri) merupakan karakteristik pribadi pendatang baru yang penting bagi suatu organisasi (Saks dan Ashforth, 1997; Cooper dan Palmer, 2000). *Self efficacy* adalah persepsi seseorang yang dapat menghasilkan suatu tindakan yang mengarah pada suatu hasil. *Self efficacy* adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk menyelesaikan tugas yang di percayakan kepadanya (Bandura, 1997 dalam Peterson, 2009).

Perawat baru didapati merasa tidak adekuat dan tidak kompeten selama tahun pertama melakukan praktek. Seringkali dilaporkan bahwa mereka tidak memiliki keterampilan dan pengetahuan yang di persyaratkan bagi mereka (Casey et al, 2004; Amos, 2001; Boychuck Dushcher, 2001; Clark dan Holmes, 2007). Fakta empiris juga mendukung bahwa pentingnya *self efficacy* bagi karyawan baru. *Self efficacy* awal menunjukkan bahwa ada hubungan antara training dengan penyesuaian pada karyawan baru (Saks, 1997). Ketidakpastian dan kepercayaan diri yang rendah dari perawat baru akan kemampuannya merupakan suatu fakta yang terus menerus terdapat dalam literatur (Peterson, 2009). Dalam 6 bulan setelah perawat baru diterima, sebagian besar mereka memperoleh kepercayaan diri dan merasa bahwa mereka siap melaksanakan praktek secara mandiri (Clark dan Holmes, 2007).

2.4 Proses Adaptasi

2.4.1 Konsep Stres

Setiap orang mengalami sesuatu yang disebut stres sepanjang kehidupannya. Stres dapat memberi stimulus terhadap perubahan dan pertumbuhan dan dalam hal ini, suatu stres adalah positif dan bahkan diperlukan. Namun demikian, terlalu banyak stres dapat mengakibatkan penyesuaian yang buruk, penyakit fisik, dan ketidakmampuan untuk mengatasi atau koping terhadap masalah. Sejumlah dengan berbagai kelainan fisik dan psikiatrik (Yatkin dan Labban, 1992 dalam Potter dan Perry, 2005). Stres adalah fenomena yang mempengaruhi semua dimensi dalam kehidupan seseorang.

Pada umumnya seseorang dapat mengadaptasi stres jangka panjang atau menghadapi stres jangka pendek sampai stres tersebut berlalu. Stres dapat menimbulkan tuntutan yang besar pada seseorang, dan jika orang tersebut tidak dapat mengadaptasi, maka dapat terjadi penyakit. Stres adalah segala situasi dimana tuntutan non-spesifik mengharuskan seorang individu untuk berespon atau melakukan tindakan (Selye, 1976 dalam Potter dan Perry, 2005). Stres dapat menyebabkan perasaan negatif dan mengganggu cara seseorang dalam mencerpap realitas, menyelesaikan masalah, berpikir secara umum; dan hubungan seseorang dan rasa memiliki. Stres dapat mengakibatkan kelelahan dan hilangnya energi yang berdampak pada menurunnya kesehatan fisik dan berakibat negatif pada produktifitas kerja (Passmore, 2010).

Faktor utama penyebab stres menurut *Health and Safety Executive (HSE)*, 2004/2005 dalam Passmore, (2010) adalah beban kerja, target waktu pekerjaan, kurangnya dukungan, dan adanya perasaan terancam di tempat kerja. Persepsi atau pengalaman individu terhadap perubahan besar menimbulkan stres. Stimuli yang mengawali atau mencetuskan perubahan disebut stresor. Stresor ini bisa diklasifikasikan sebagai stresor internal dan eksternal.

Koza (2005) dalam penelitiannya mengatakan bahwa perawat baru sering mendapati penyesuaian pada tempat kerja merupakan pengalaman yang menantang. Kesuksesan perawat baru dalam proses adaptasi pada situasi kerja mereka, sangat dipengaruhi oleh proses sosialisasi. Louis (1980) dalam penelitiannya juga mengatakan bahwa adaptasi seseorang terhadap organisasi akan terjadi bila mereka diterima menjadi bagian atau orang dalam dari organisasi. Perawat baru akan menjadi orang dalam ketika mereka di beri informasi, di dukung dan boleh meminta saran serta melakukan konseling.

Hasil penelitian Van Ess Coeling (1990) mengatakan bahwa perawat senior tidak menolong perawat baru untuk mencapai proses adaptasi sehingga perawat baru merencanakan untuk meninggalkan tempat mereka bekerja. Louis (1980) juga mengatakan dalam penelitiannya bahwa bila tidak terdapat keterbukaan dan

kepercayaan antara perawat lama (senior) dan perawat baru maka akan merugikan perawat baru dalam proses adaptasinya di area praktek.

Model adaptasi Roy melihat bahwa seseorang merupakan sistem adaptif dalam berinteraksi dengan lingkungan internal dan eksternal. Lingkungan adalah sumber bermacam-macam stimuli, maka tugas seseorang adalah untuk mempertahankan integritas dalam menghadapi stimulus lingkungan. Integritas adalah tingkat keutuhan yang dicapai melalui adaptasi perubahan kebutuhan (Roy dan Anderson, 1999 dalam Aligood dan Tomey, 2006).

Tipe stimulus menurut Roy adalah fokal, kontekstual atau residual. Stimulus fokal artinya stimulus internal dan eksternal yang paling menantang dalam proses adaptasi seseorang. Fenomena yang paling menarik perhatian seseorang. Stimulus kontekstual adalah stimulus lain yang ada dalam situasi yang memperkuat pengaruh stimulus fokal. Stimulus residual adalah setiap fenomena yang timbul dari lingkungan internal atau eksternal seseorang yang mungkin mempengaruhi stimuli fokal tetapi pengaruhnya tidak jelas. Tiga jenis stimulus ini secara bersama-sama mempengaruhi model level adaptasi yang mana adalah kemampuan seseorang merespon secara positif terhadap situasi (Roy dan Anderson, 1999 dalam Alligood dan Tomey, 2006).

Roy menggambarkan level adaptasi seseorang sebagai integrasi, kompensatori, dan kompromis. Level adaptasi diatur oleh mekanisme koping dan proses kontrol seseorang. Roy mengkatagorikan mekanisme koping ini sebagai subsistem regulator dan kognator. Mekanisme koping subsistem regulator terjadi melalui proses neural, kemikal dan endokrin sementara subsistem kognator terjadi melalui proses kognitif-emosi (Roy dan Anderson, 1999 dalam Alligood dan Tomey, 2006).

2.4.2 Adaptasi Fisiologis

Adaptasi fisiologis terhadap stres yaitu kemampuan tubuh untuk mempertahankan keadaan relatif seimbang (Potter dan Perry, 2005). Kemampuan adaptif ini adalah

bentuk dinamik dari equilibrium lingkungan internal tubuh. Lingkungan internal secara konstan berubah, dan mekanisme adaptif tubuh secara kontinu berfungsi untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan ini dan untuk mempertahankan equilibrium, atau homeostasis. Homeostasis dipertahankan oleh mekanisme fisiologis yang mengontrol fungsi tubuh dan memantau organ tubuh. Untuk sebagian besar mekanisme ini dikontrol oleh sistem saraf dan endokrin dan tidak mencakup perilaku sadar.

2.4.3 Model Adaptasi

Model adaptasi menunjukkan bahwa empat faktor menentukan apakah suatu situasi adalah menegangkan (Mechanic, 1962 dalam Potter dan Perry, 2005). Kemampuan untuk menghadapi stres, faktor pertama, biasanya bergantung pada pengalaman seseorang dengan stresor serupa, sistem dukungan, dan persepsi keseluruhan terhadap stres.

Faktor kedua berkenaan dengan praktik dan norma kelompok sebaya individu. Jika kelompok sebaya memandang normal untuk membicarakan tentang stresor tertentu, klien mungkin berespon dengan mengeluhkan tentang stresor tersebut atau mendiskusikannya. Respon ini dapat membantu beradaptasi terhadap stres, atau klien meresponnya dengan cara yang sederhana untuk menyesuaikan diri dengan perilaku kelompok sebaya (Potter dan Perry, 2005)

Faktor ketiga adalah dampak dari lingkungan sosial dalam membantu seorang individu untuk beradaptasi terhadap stressor. Faktor terakhir mencakup sumber yang dapat digunakan untuk mengatasi stresor. Kedua faktor ini akan mempengaruhi bagaimana ia mengakses sumber tersebut untuk membantu mengatasi stresor fisiologis (Potter dan Perry, 2005).

2.4.4 Adaptasi terhadap stresor

Adaptasi merupakan usaha manusia untuk menyesuaikan diri dengan tingkat, tempat, dan kondisi yang berbeda. Manusia secara terus menerus berusaha menyesuaikan diri untuk meningkatkan dan mempertahankan keseimbangan fungsi-fungsi fisik, psikis, sosial, dan spiritual, sehingga individu berperilaku

sebagai manusia sehat. Adaptasi juga merupakan proses dimana dimensi fisiologis dan psikososial berubah dalam berespon terhadap stresor (Taylor, 1997 dalam Potter & Perry, 2005) Karena banyak stresor tidak dapat dihindari, promosi kesehatan sering difokuskan pada adaptasi individu, keluarga atau komunitas terhadap stres.

Ada banyak bentuk adaptasi. Adaptasi fisiologis memungkinkan homeostasis fisiologis. Namun demikian mungkin terjadi proses yang serupa dalam dimensi psikososial dan dimensi lainnya. Suatu proses adaptif terjadi ketika stimulus dari lingkungan internal dan eksternal menyebabkan penyimpangan keseimbangan organisme. Roy mengatakan bahwa adaptasi fisiologis merujuk pada cara seseorang merespon secara fisik terhadap rangsangan dari lingkungan (Roy dan Anderson, 1999 dalam Alligood dan Tomey, 2006).

Dengan demikian adaptasi adalah suatu upaya untuk mempertahankan fungsi yang optimal. Adaptasi melibatkan reflek, mekanisme otomatis untuk perlindungan, mekanisme koping dan idealnya dapat mengarah pada penyesuaian atau penguasaan situasi (Selye, 1976; Mosen, Floyd dan Brookman). Stresor yang menstimulasi adaptasi mungkin berjangka pendek, seperti demam atau berjangka panjang seperti paralysis dari anggota gerak tubuh. Agar dapat berfungsi optimal, seseorang harus mampu berespon terhadap stresor dan beradaptasi terhadap tuntutan atau perubahan yang dibutuhkan. Adaptasi membutuhkan respon aktif dari seluruh individu.

Adaptasi ini dipengaruhi oleh faktor-faktor herediter, mekanisme pertahanan diri, kesediaan dibantu, dan persepsi terhadap stres. Faktor yang mempengaruhi reaksi stres antara lain sifat stresor, Kondisi individual atau perawat meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, suku, budaya pengalaman masa lalu, tingkat perkembangan, variabel dalam kondisi individu., status ekonomi dan kondisi fisiknya (Taylor, 1997 dalam Potter & Perry, 2005).

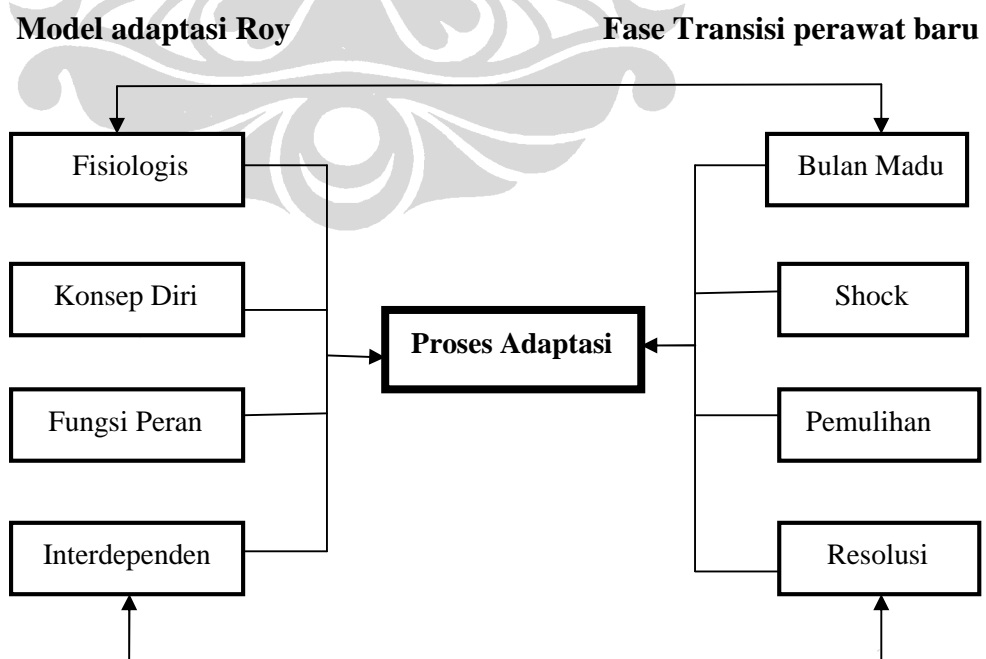
2.4.5 Empat Model Adaptif Roy

Sistem adaptif Roy terdiri dari dua sub-sistem yang saling berhubungan yaitu sub-sistem primer dan sub-sistem sekunder. Sub-sistem primer adalah suatu proses

kontrol internal atau fungsional yang terdiri dari regulator dan kognator. Sub-sistem sekunder adalah suatu sistem efektor yang menunjukkan aktifitas kognator dan regulator. Sub-sistem sekunder ini terdiri dari empat model adaptif yaitu (1) Model fisiologis mencakup kebutuhan fisiologis dasar tubuh dan cara beradaptasi terkait dengan cairan dan elektrolit, aktifitas dan istirahat, sirkulasi dan oksigen, nutrisi dan eliminasi, perlindungan, indera, dan fungsi neurologi dan endokrin, (2) Model konsep diri mencakup dua komponen: diri *fisik*, yang mencakup sensasi dan citra tubuh, dan diri *pribadi*, yang mencakup ideal diri, konsistensi diri, dan etika moral diri, (3) Model fungsi peran ditentukan oleh kebutuhan akan integritas sosial dan mengacu pada pelaksanaan tugas yang berlandaskan pada posisi yang diberikan dalam masyarakat, (4) Model interdependen melibatkan hubungan seseorang dengan orang dekat dan sistem pendukung yang memberikan bantuan, kasih sayang, dan perhatian (Blais et al, 2007).

Bila digambarkan dalam suatu diagram keterkaitan antara empat model adaptasi Roy dengan empat fase transisi perawat baru menurut Schmalenberg dan Kramer (1979) bisa dilihat dalam skema 2. 1.

Skema 2.1
Proses Adaptasi



Model adaptasi Roy dan fase transisi perawat baru saling berhubungan satu sama lain. Menurut pengertian dari masing-masing model dan fase disimpulkan bahwa tidak bisa dipisah antara satu dengan yang lain karena saling berkaitan.

2.5 Perawat Baru

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Permenkes, 2010). Perawat baru adalah perawat lulusan baru yang memasuki lingkungan kerja setelah melalui proses rekrutmen dalam suatu instansi pelayanan kesehatan.

Ketakutan dan kesulitan khusus dalam beradaptasi dengan lingkungan kerja adalah hal yang umum dialami perawat lulusan baru dan menyebut ketakutan ini sebagai *reality shock* karena terjadi sebagai akibat konflik antara ekspektasi lulusan baru terhadap peran keperawatan dan kenyataan peran sesungguhnya (Kramer, 1974) dalam Marquis dan Huston (2010). Setelah penelitian Kramer diterbitkan bahwa banyak rumah sakit mulai memandang metode yang digunakan dalam program orientasinya untuk mengurangi shock akibat memasuki dunia nyata keperawatan. Beberapa rumah sakit menyusun periode orientasi yang lebih lama untuk lulusan baru yang berlangsung mulai dari enam minggu hingga enam bulan. Orientasi yang berkelanjutan atau pelatihan ini, sangat berbeda dengan rutinitas orientasi selama satu sampai dua minggu yang biasanya dilakukan untuk pegawai yang lain. Selama masa ini, perawat baru lulus biasanya ditugaskan bekerja dengan pembimbing dan secara bertahap mengelola pasien yang sama banyak dengan pembimbing tersebut (Marquis dan Huston, 2010)

Beberapa rumah sakit menghentikan program pelatihan karena biayanya, tetapi tetap melanjutkan konsep bimbingan pembentukan tim satu orang lulusan baru dengan perawat lain. Selain memberikan orientasi dan sosialisasi untuk lulusan baru, pembimbing memberikan penghargaan untuk perawat yang berpengalaman yang menunjukkan kemampuannya dengan sangat baik.

Potensi hambatan program pelatihan dan bimbingan dapat diatasi dengan (1) memilih pembimbing dengan cermat, (2) memilih pembimbing yang mempunyai niat yang kuat untuk menjadi model peran, (3) mempersiapkan pembimbing

menjalani peran mereka dengan memberikan kelas formal mengenai konsep belajar orang dewasa dan konsep belajar/sosial lainnya, dan (4) meminta petugas pengembangan staf yang berpengalaman untuk memantau pembimbing dan lulusan baru secara ketat untuk memastikan bahwa hubungan yang terjadi antara pembimbing dan lulusan baru terus menghasilkan manfaat dan pertumbuhan bagi keduanya (Marquis dan Huston, 2010).

Transisi dari mahasiswa ke perawat baru terpilih dan perawat yang bertanggung jawab merupakan masa dalam kecemasan dan ketidakpastian (Palmer, 2000). Kramer (1974) dalam Marquis (1998); Catalano (2009) memberi nama “reality shock” terhadap fenomena dari pengalaman disorientasi perawat baru terpilih. Berbagai macam upaya dibuat untuk mengelola transisi karir lebih efektif. Menurut Palmer (2000) bahwa mendemonstrasikan efektifitas dari *preceptorship* akan membantu perawat praktisi baru untuk beradaptasi.

Schmalenberg dan Kramer, 1979 dalam Marquis (2003) menyatakan bahwa ada empat (4) fase transisi peran mahasiswa menjadi staf perawatan yakni fase bulan madu, yang diikuti dengan fase *syock*, fase pemulihan dan resolusi.

2.5.1 Fase bulan madu:

Terjadi pada minggu pertama perawat baru mulai bekerja. Selama perawat pemula diterima dengan tulus di lingkungan kerja, perawat baru tersebut hanya sedikit mengalami kesulitan di fase bulan madu. Pada fase ini, perawat akan menikmati suasana yang baru yaitu pertama kali mulai bekerja setelah peralihan dari dunia pendidikan. Peran pembimbing adalah sebagai pengamat dan pendorong sehingga motivasi perawat baru dalam bekerja akan meningkat.

2.5.2 Fase *shock*

Fase *shock* terjadi kira-kira sebulan setelah memasuki dunia pekerjaan. Pada fase ini terjadi *shock* terhadap realita, seringkali muncul konflik personal yang berat karena perawat menemukan bahwa banyak nilai di sekolah keperawatan tidak dihargai ditempat kerja. Konflik bathin terjadi antara harapan di dunia pendidikan dengan kenyataan di lapangan kerja. Pembimbing sebaiknya menyadari adanya tanda dan gejala fase *shock* pada transisi peran; mereka harus melakukan

intervensi dengan mendengarkan keluhan lulusan baru dan membantu mereka menghadapi dunia yang sesungguhnya. Pembimbing memberikan dukungan emosional kepada perawat baru serta menjadi tempat bertanya dan konsultasi jika menemukan kesulitan, membangun kesempatan untuk berbagi dan memperjelas nilai dan sikap mengenai peran keperawatan pada program orientasi, dengan demikian perawat baru diharapkan dapat melalui fase *shock* terhadap realita. Peran pembimbing adalah sebagai *role model*, nara sumber dan pendorong.

2.5.3 Fase Pemulihan dan Resolusi

Fase ini adalah fase terakhir yang akan dilalui oleh perawat baru, dimana mereka akan berusaha menyeimbangkan dunia pendidikan dengan dunia kerja. Pada fase ini perawat baru telah menemukan jati dirinya sebagai perawat. Perawat baru akan dapat mengatasi segala permasalahan yang dihadapi dalam pekerjaan apabila organisasi dan atasannya menciptakan suasana yang kondusif terutama pada fase pemulihan dan resolusi. Fase ini terjadi dalam waktu lebih kurang satu tahun. Peran pembimbing dalam fase ini adalah sebagai *role model*, pengamat, nara sumber, pendorong, demonstrator dan pemberi umpan balik. Duchscher, (2001) dalam studinya tentang lulusan keperawatan menyimpulkan bahwa pimpinan keperawatan harus mengenali intensitas pengalaman praktik perawat baru, mendorong mereka menjalani hidup yang seimbang, menumbuhkan lingkungan kerja yang saling toleransi, dan berupaya menciptakan model hubungan kerja yang meningkatkan interdependen antara dokter dan staf keperawatan.

Dilain pihak, pimpinan keperawatan juga sebaiknya memastikan bahwa sebagian nilai perawat baru didukung dan didorong sehingga nilai-nilai kerja dan akademik dapat berpadu. Perawat baru perlu memahami sifat umum transisi peran dan tahu bahwa hal ini tidak hanya dialami oleh perawat. Resosialisai lulusan baru juga dapat dibantu dengan menyelenggarakan kelas mengenai transisi peran (Marquis dan Huston, 2010).

Dari semua fase yang telah diuraikan di atas, lama periode setiap fase tergantung dari individu perawat baru dalam menjalani fase-fase tersebut dan bagaimana mereka beradaptasi dengan lingkungan pekerjaan baru. Salah satu cara yang

dapat digunakan dalam membantu perawat baru dalam proses adaptasi adalah orientasi. Metode yang dapat digunakan dalam orientasi ini adalah antara lain *mentorship, internship dan preceptorship*.

2.6 Kerangka Teori

Manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada sekelompok pasien (Gillies, 1994). Fungsi manajemen keperawatan adalah perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan dan pengendalian. Manajer keperawatan di dalam pengelolaan SDM keperawatan tak terlepas dari kelima fungsi manajemen terlebih fungsi perencanaan. Perencanaan tenaga keperawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan dan tujuan pelayanan keperawatan (Kuntoro, 2010).

Salah satu fungsi manajemen yang terpenting yang harus dilaksanakan oleh seorang manajer adalah pengelolaan ketenagaan. Pada fungsi ketenagaan, manajer merekrut, memilih, memberikan orientasi, dan meningkatkan perkembangan individu untuk mencapai tujuan organisasi. Tenaga kerja yang terdiri atas para profesional perlu dikelola dengan baik dan tepat. (Cameron & Snyders, 1999 dalam Marquis dan Huston, 2010. Orientasi adalah proses penyesuaian bagi pekerja baru dengan lingkungan pekerjaan sehingga dia dapat berhubungan cepat dengan lingkungan sekitarnya yang baru. Salah satu metode pembimbingan dalam masa orientasi ini adalah program *preceptorship*. Program *preceptorship* meliputi orientasi, pembelajaran di kelas, pembimbingan klinik, rotasi klinik, dan evaluasi klinik. (Halfer, 2007).

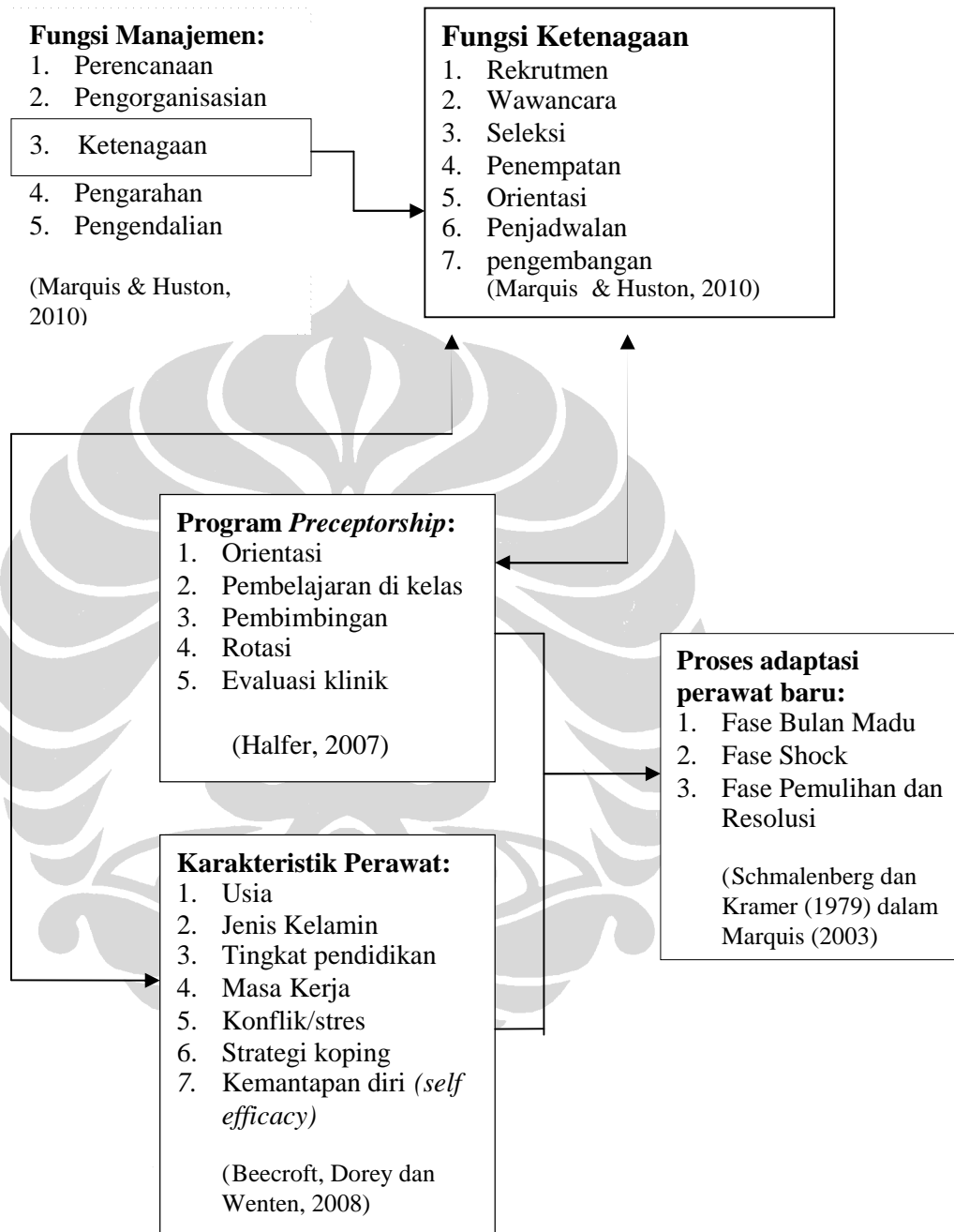
Bimbingan adalah salah satu alat terpenting untuk memberdayakan pegawai, mengubah perilaku, dan membentuk tim yang kohesif. Pada beberapa lembaga, sebuah sistem *preceptor* dipakai untuk penyesuaian pegawai baru terhadap tanggung jawab pekerjaannya (Flood dan Rizzo, 1984) dalam Gillies (1996). Staf perawat yang baru diangkat dipasangkan dengan staf perawat yang berpengalaman di dalam unit yang sama.

Beecroft, Dorey dan Wenten, (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa karakteristik perawat yang berpengaruh dalam keluar tidaknya perawat dalam masa orientasi adalah usia, tingkat pendidikan, masa kerja, konflik/stres (*reality shock*), strategi koping. Sedangkan menurut Palmer dan Cooper (2000) bahwa jenis kelamin juga berpengaruh dalam program *preceptorship* dan proses adaptasi. *Self efficacy* (kemantapan diri) merupakan karakteristik pribadi pendatang baru yang penting bagi suatu organisasi (Saks dan Ashforth, 1997; Cooper dan Palmer, 2000). *Self efficacy* adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk menyelesaikan tugas yang di percayakan kepadanya (Bandura, 1997 dalam Peterson, 2009). *Self Efficacy* memainkan peranan penting dalam pencapaian perawat baru dan juga retensi (Myrick dan Yonge, 2005).

Proses adaptasi perlu bagi perawat baru agar dapat berhubungan cepat dengan lingkungan sekitarnya. Adaptasi merupakan usaha manusia untuk menyesuaikan diri dengan tingkat, tempat, dan kondisi yang berbeda. Manusia secara terus menerus berusaha menyesuaikan diri untuk meningkatkan dan mempertahankan keseimbangan fungsi-fungsi fisik, psikis, sosial, dan spiritual, sehingga individu berperilaku sebagai manusia sehat. Adaptasi juga merupakan proses dimana dimensi fisiologis dan psikososial berubah dalam berespon terhadap stresor (Taylor, 1997 dalam Potter dan Perry, 2005).

Berdasarkan pemaparan tersebut maka kerangka konsep yang diajukan dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 2.2

Skema 2.2
Kerangka Teori



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional dari variabel-variabel dalam penelitian.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah suatu skema pada suatu penelitian tentang konsep yang akan diteliti dan timbul dari kerangka teori (Polit dan Hungler, 1999). Kerangka konsep ini menjelaskan hubungan atau keterkaitan antara variabel-variabel dalam penelitian. Pada penelitian ini, isi kerangka konsep diuraikan sesuai teori yang di jelaskan pada bab 2.

Salah satu fungsi manajemen yang terpenting yang harus dilaksanakan oleh seorang manajer adalah pengelolaan ketenagaan. Pada fungsi ketenagaan, manajer merekrut, memilih, memberikan orientasi, dan meningkatkan perkembangan individu untuk mencapai tujuan organisasi. Tenaga kerja yang terdiri atas para profesional perlu dikelola dengan baik dan tepat. (Cameron dan Snyder, 1999) dalam Marquis dan Huston, 2010. Orientasi adalah proses penyesuaian bagi pekerja baru dengan lingkungan pekerjaan sehingga dia dapat berhubungan cepat dengan lingkungan sekitarnya yang baru. Salah satu metode pembimbingan dalam masa orientasi ini adalah program *preceptorship*. Program *preceptorship* meliputi orientasi, pembelajaran di kelas, pembimbingan klinik, rotasi klinik, dan evaluasi klinik. (Halfer, 2007).

Beecroft, Dorey dan Wenten, (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa karakteristik perawat yang berpengaruh dalam keluar tidaknya perawat dalam masa orientasi adalah usia, tingkat pendidikan, masa kerja, konflik/stres (*reality shock*), strategi koping. Sedangkan menurut Palmer dan Cooper (2000) bahwa jenis kelamin juga berpengaruh dalam program *preceptorship* dan proses adaptasi. *Self efficacy* (kemantapan diri) merupakan karakteristik pribadi pendatang baru yang penting bagi suatu organisasi (Saks dan

Ashforth, 1997; Cooper dan Palmer, 2000). *Self efficacy* adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk menyelesaikan tugas yang di percayakan kepadanya (Bandura, 1997 dalam Peterson, 2009).

Perawat baru perlu mengalami proses adaptasi agar dapat berhubungan cepat dengan lingkungan sekitarnya. Adaptasi merupakan usaha manusia untuk menyesuaikan diri dengan tingkat, tempat, dan kondisi yang berbeda. Manusia secara terus menerus berusaha menyesuaikan diri untuk meningkatkan dan mempertahankan keseimbangan fungsi-fungsi fisik, psikis, sosial, dan spiritual, sehingga individu berperilaku sebagai manusia sehat. Adaptasi juga merupakan proses dimana dimensi fisiologis dan psikososial berubah dalam berespon terhadap stresor (Taylor, 1997 dalam Potter dan Perry, 2005). Berdasarkan pemaparan tersebut maka kerangka konsep yang diajukan dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1

Skema 3.1

Kerangka konsep penelitian hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI.

Variabel Independen

Program Preceptorship:

1. Orientasi,
2. Pembelajaran di kelas,
3. Pembimbingan,
4. Rotasi,
5. Evaluasi

Karakteristik Perawat:

1. Usia
2. Jenis Kelamin
3. Tingkat pendidikan
4. Lama kerja Kerja
5. Konflik/stres
6. Strategi koping
7. Kemantapan diri (*self efficacy*)

Variabel Dependen

Proses Adaptasi Perawat Baru:

(Fase Bulan Madu, Shock, Pemulihan dan Resolusi)

Berdasarkan kerangka konsep pada diagram 3.1 dapat dijelaskan bahwa variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 3.1.1 Variabel Bebas (*Independent*) adalah Program *preceptorship* (orientasi, Pembelajaran di kelas, Pembimbingan klinik, Rotasi, Evaluasi klinik) dan karakteristik perawat (Usia, Jenis Kelamin, Tingkat pendidikan, Masa kerja, Konflik/stres, Strategi koping dan kemandirian diri (*self efficacy*)).
- 3.1.2 Variabel terikat (*dependent*) adalah proses adaptasi perawat baru

3.2 Hipotesis Penelitian

Hasil suatu penelitian pada hakikatnya adalah suatu jawaban atas pernyataan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian. Untuk mengarahkan kepada hasil penelitian ini maka dalam perencanaan penelitian perlu dirumuskan jawaban sementara dari penelitian. Jawaban sementara dari suatu penelitian biasanya disebut hipotesis. Hipotesis di dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara, patokan duga atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis dalam penelitian ini terdiri dari dua jenis yaitu hipotesis mayor dan minor.

3.2.1 Hipotesis Mayor

Hipotesis mayor dalam penelitian ini adalah:

3.2.1.1 Ada hubungan antara program *preceptorship* dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI

3.2.1.2 Ada hubungan antara karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI

3.2.2 Hipotesis minor dari hipotesa mayor ke-1

3.2.2.1 Ada hubungan antara orientasi dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI

- 3.2.2.2 Ada hubungan antara pembelajaran dikelas dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
 - 3.2.2.3 Ada hubungan antara pembimbingan klinik dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
 - 3.2.2.4 Ada hubungan antara rotasi dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
 - 3.2.2.5 Ada hubungan antara evaluasi klinik dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
- 3.2.3 Hipotesis minor dari hipotesa mayor ke-2
- 3.2.3.1 Ada hubungan antara usia dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
 - 3.2.3.2 Ada hubungan antara jenis kelamin dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
 - 3.2.3.3 Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
 - 3.2.3.4 Ada hubungan antara lama kerja dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
 - 3.2.3.5 Ada hubungan antara konflik/stres dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
 - 3.2.3.6 Ada hubungan antara strategi koping dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI
 - 3.2.3.7 Ada hubungan antara *Self Efficacy* (kemantapan diri) dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI

3.3 Definisi Operasional

Defenisi operasional disusun untuk memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang di ukur dan untuk menentukan metode penelitian yang digunakan dalam analisis data, maka dibuat definisi operasional dari masing-masing variabel yang dapat dilihat pada tabel 3.1

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel /Subvariabel	Defenisi operasional	Cara ukur dan alat ukur	Hasil Ukur	Skala
Dependen:					
1	Proses Adaptasi	Usaha perawat baru untuk menyesuaikan diri dengan situasi dan kondisi yang berbedadi rumah sakit.	Diukur dengan cara kuesioner C yang terdiri dari 16 item. memakai skala Likert yaitu: 1: Sangat Tidak Setuju 2: Tidak Setuju 3: Setuju 4. Sangat Setuju Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	Total Skor antara 16 – 64. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang dipakai adalah <i>Median</i> : 0= Kurang Baik (< 50) 1= Baik (≥ 50)	Nominal
Independen:					
	Program Preceptor Ship	Pelaksanaan dari kegiatan orientasi, pembelajaran di kelas, pembimbingan klinik, rotasi dan evaluasi klinik terhadap perawat baru	Diukur dengan Kuesioner B yang terdiri dari 30 item. Memakai skala Likert yaitu: 1: Sangat Tidak Setuju 2: Tidak Setuju 3: Setuju 4. Sangat Setuju Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	Total Skor antara 30 - 120. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang dipakai adalah <i>Median</i> 0= Kurang Baik (< 94) 1= Baik (≥ 94)	Nominal
2	Orientasi	Proses kegiatan penyesuaian perawat baru dengan lingkungan pekerjaan sehingga dia dapat berhubungan cepat dengan lingkungan sekitarnya yang baru	Diukur dengan Kuesioner B yang terdiri dari 6 item. Memakai skala Likert yaitu: 1: Sangat Tidak Setuju 2: Tidak Setuju 3: Setuju 4. Sangat Setuju Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	Total Skor antara 6 - 24. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang dipakai adalah <i>Median</i> 0= Kurang Baik (< 18) 1= Baik (≥ 18)	Nominal

No	Variabel /Subvariabel	Defenisi operasional	Cara ukur dan alat ukur	Hasil Ukur	Skala
3	Pembelajaran di kelas	Segala kegiatan perawat baru yang ada di kelas selama program orientasi sesuai kurikulum	Diukur dengan Kuesioner B yang terdiri dari 6 item. Memakai skala Likert yaitu: 1: Sangat Tidak Setuju 2: Tidak Setuju 3: Setuju 4. Sangat Setuju Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	Total Skor antara 6 – 24. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang dipakai adalah <i>Median</i> 0= Kurang Baik (<19) 1= Baik (≥ 19)	Nominal
4	Pembimbing an	Pengajaran atau pembelajaran perawat baru melalui pembimbing sebagai contoh peran (<i>Role Model</i>)	Diukur dengan Kuesioner B yang terdiri dari 6 item. Memakai skala Likert yaitu: 1: Sangat Tidak Setuju 2: Tidak Setuju 3: Setuju 4. Sangat Setuju Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	Total Skor antara 6 - 24. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang dipakai adalah <i>Median</i> 0= Kurang Baik (< 21.50) 1= Baik (≥ 21.50)	Nominal
5	Rotasi	Perpindahan yang dialami perawat baru dari satu ruang ke ruangan lain di rumah sakit	Diukur dengan Kuesioner B yang terdiri dari 6 item. Memakai skala Likert yaitu: 1: Sangat Tidak Setuju 2: Tidak Setuju 3: Setuju 4. Sangat Setuju Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	Total Skor antara 6 – 24. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang dipakai adalah <i>Mean</i> 0= Kurang Baik (< 17.10) 1= Baik (≥ 17.10)	Nominal
6	Evaluasi klinik	Penilaian terhadap perawat baru atas proses pembelajaran klinik	Diukur dengan Kuesioner B yang terdiri dari 6 item. Memakai skala Likert yaitu: 1: Sangat Tidak Setuju	Total Skor antara 6 – 24. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang dipakai adalah	Nominal

No	Variabel /Subvariabel	Defenisi operasional	Cara ukur dan alat ukur	Hasil Ukur	Skala
			2: Tidak Setuju 3: Setuju 4. Sangat Setuju Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	<i>Median</i> 0= Kurang Baik (< 18) 1= Baik (\geq 18)	
Karakteristik Perawat					
7	Usia	Umur perawat baru dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuisisioner	Mengajukan Pernyataan tanggal, bulan dan tahun berapa responden dilahirkan Alat Ukur: Kuisisioner A	Jumlah usia dalam tahun	Interval
8	Jenis Kelamin	Ciri seksual secara biologis yang menjadi identitas responden sejak lahir	Cara ukur: Peneliti mengisi format sesuai dengan hasil yang ditulis responden Alat Ukur: Kuisisioner A	Pengelompokan 1: Laki-laki 2: Perempuan	Nominal
9	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal perawat baru yang terakhir diikuti dan telah selesai dibuktikan dengan tanda lulus dari institusi pendidikan tersebut.	Diukur dengan Kuesioner A	Pengelompokan 1: D3 Kep. 2: S1 Kep.	Nominal
10	Masa kerja	Lama kerja perawat baru di instansi rumah sakit sampai saat ini	Diukur dengan Kuisisioner A	Pengelompokan 1: < 7 bulan 2: \geq 7 bulan	Nominal
11	Konflik	Suatu masalah yang mana mengharuskan perawat baru untuk berespon/	Diukur dengan kuisisioner A yang terdiri dari 3 item. memakai skala Likert yaitu: 1: Tidak Pernah	Total Skor antara 3 – 12. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang	Nominal

No	Variabel /Subvariabel	Defenisi operasional	Cara ukur dan alat ukur	Hasil Ukur	Skala
		melakukan tindakan	2: Kadang-kadang 3: Sering 4. Selalu Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	dipakai adalah <i>Mean</i> 0= Konflik (< 9.19) 1= Tidak konflik (≥ 9.19)	
12	Strategi Koping	Cara yang digunakan oleh perawat baru dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.	Diukur dengan cara kuesioner A yang terdiri dari 3 item. memakai skala Likert yaitu: 1: Tidak Pernah 2: Kadang-kadang 3: Sering 4. Selalu Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	Total Skor antara 3 – 12. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang dipakai adalah <i>Mean</i> 0= Kurang baik (< 9.05) 1= Baik (≥ 9.05)	Nominal
13	Kemantapan diri (<i>self efficacy</i>)	Keyakinan diri dari perawat baru akan kemampuan dan keterampilan dalam menyelesaikan tugas yang di tugaskan.	Diukur dengan cara kuesioner A yang terdiri dari 6 item. memakai skala Likert yaitu: 1: Tidak Pernah 2: Kadang-kadang 3: Sering 4. Selalu Untuk pernyataan negatif kategori nilai berlaku terbalik	Total Skor antara 6 – 24. Berdasarkan hasil uji statistik maka nilai <i>cut of point</i> yang dipakai adalah <i>Mean</i> 0= Kurang Baik (< 19.30) 1= Baik (≥ 19.30)	Nominal

BAB 4 METODE PENELITIAN

Bab 4 menguraikan langkah-langkah penelitian. Rangkaian tahap penelitian, tahap pelaksanaan penelitian

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pernyataan penelitian (Sastroasmoro, 2010). Desain mengacu pada pengukuran dan analisis. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross-sectional* (Notoatmodjo, 2010).

Dalam penelitian *cross-sectional*, peneliti melakukan pengukuran variabel pada satu saat tertentu. Peneliti tidak melakukan tindak lanjut terhadap pengukuran yang dilakukan. Dalam penelitian *cross-sectional* peneliti mencari hubungan variabel bebas dengan variabel terikat (Kountur, 2005; Notoatmodjo, 2010; Sastroasmoro, 2010). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI.

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah suatu kumpulan menyeluruh dari suatu objek yang merupakan perhatian peneliti (Kountur, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat baru di Pelayanan Kesehatan St. Carolus (PKSC), Rumah Sakit St. Borromeus (RSB) dan Rumah Sakit Pondok Indah (RSPI) yang mengikuti program *preceptorship* yang berjumlah 100 orang.

Sampel adalah bagian dari populasi (Kountur, 2005). Sampel dalam penelitian ini adalah perawat baru yang mengikuti program *preceptorship* di PKSC, RSB, dan RSPI berjumlah 100 orang. Teknik sampling yang di

gunakan adalah teknik total sampling atau sampling jenuh. Total sampling merupakan pengambilan seluruh populasi sebagai bagian sampel pemilihan (Notoatmodjo, 2010). Penggunaan teknik ini dimaksudkan untuk memperoleh gambaran utuh program *preceptorship*, karakteristik perawat dan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI.

Kriteria inklusi sampel pada penelitian ini adalah: Perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI; Berada dalam masa orientasi selama 1 tahun; Masa kerja dalam rentang satu (1) bulan sampai satu (1) tahun di PKSC, RSB, dan RSPI; Sedang mengikuti program *preceptorship*; Bersedia menjadi responden.

Peneliti menggunakan rumus standar minimal penghitungan sampel yaitu rumus estimasi proporsi (Ariawan, 1998):

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 PQ}{d^2}$$

Keterangan:

n = Besar Sampel

d = Presisi mutlak /Tingkat kepercayaan: 12 % (0,12) / 95%

α = Tingkat Kemaknaan (1,96)

Q = 1 – P

P = Proporsi Keadaan *turn over* perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI 30 %
(0,30)

Maka besar sampel adalah:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,30 \cdot 0,70}{(0,12)^2} \quad n = 56,02 = 57$$

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Pelayanan Kesehatan St. Carolus (PKSC) Jakarta, Rumah Sakit St. Borromeus (RSB) Bandung dan Rumah Sakit Pondok Indah (RSPI). Tiga rumah sakit ini mempunyai tipe yang sama yaitu tipe B non pendidikan, rumah sakit swasta nasional dan telah lulus akreditasi 16 bidang. Ketiga rumah sakit ini mempunyai sistem pengelolaan keperawatan yang mirip dan sama-sama menggunakan program *preceptorship* dalam pembinaan perawat baru. Penelitian ini ditujukan kepada para perawat baru yang masih dalam tahap mengikuti program *preceptorship* dengan masa kerja 1 bulan sampai 1 tahun.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian adalah pada bulan Februari sampai dengan bulan Juli tahun 2011. Jadwal penelitian lebih lanjut dapat dilihat pada tabel 4.1 (Terlampir). Pelaksanaan penelitian telah dilakukan pada minggu terakhir dalam bulan Mei 2011 lalu.

4.5 Etika Penelitian

Pelaku penelitian dalam melakukan penelitian hendaknya memegang teguh sikap ilmiah serta berpegang teguh pada etika penelitian, meskipun penelitian yang dilakukan tidak akan merugikan atau membahayakan bagi subyek penelitian. Ada tiga (3) prinsip yang harus dipegang teguh menurut Komite Etik Penelitian Kesehatan Nasional (KNEPK-BPPK, 2004) yakni:

4.5.1 *Respect for Person* (Menghormati harkat dan martabat seseorang).

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian. Peneliti juga memberi kebebasan kepada subyek untuk memberikan informasi atau tidak memberikan informasi. Peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subjek (*inform consent*) yang mencakup penjelasan manfaat penelitian, penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang ditimbulkan, penjelasan manfaat yang didapatkan, persetujuan peneliti dapat menjawab pernyataan yang diajukan subjek berkaitan dengan prosedur penelitian,

persetujuan subjek dapat mengundurkan diri sebagai objek penelitian kapan saja, jaminan anonimitas dan kerahasiaan terhadap identitas dan informasi yang diberikan oleh responden (Notoatmodjo, 2010).

4.5.2 Prinsip *Beneficence* (Manfaat)

Peneliti memperhatikan bahwa manfaat penelitian semakin besar, resiko semakin kecil (*Primum non nocere*). Rancangan dari penelitian harus memenuhi syarat ilmiah. Peneliti mampu melaksanakan penelitian demi menjaga kesejahteraan subjek. *Do no harm* atau *non maleficence* merupakan syarat yang harus dipenuhi (KEPK-BPPK 2004).

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya, dan subjek penelitian pada khususnya. Peneliti hendaknya berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan subjek. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, stres maupun kematian subjek penelitian (Notoatmodjo, 2010).

4.5.3 Keadilan dan inklusivitas/keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu lingkungan penelitian dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan jender, agama, etnis, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Perlakuan yang sama pada setiap orang dengan moral yang benar dan layak dalam memperoleh haknya (KNEPK-BPPK 2004).

4.5.4 Aplikasi Prinsip Etik Penelitian

Prinsip etik yang diterapkan pada penelitian ini meliputi prinsip kemanfaatan (*beneficence*), prinsip menghormati harkat dan martabat seseorang (*respect for*

human dignity), prinsip keadilan (*justice*), tanpa nama (*anonimity*) dan kerahasiaan (*confidentiality*).

Prinsip kemanfaatan (*Beneficence*) diaplikasikan dengan meyakinkan responden bahwa informasi yang diberikan tidak akan dieksploitasi. Selain itu juga peneliti menginformasikan manfaat penelitian bagi manajemen keperawatan di rumah sakit. Dijelaskan juga bagi responden bahwa penelitian ini secara langsung tidak bermanfaat bagi responden tetapi informasi yang diberikan akan sangat membantu dalam penelitian ini. Tidak merugikan responden dengan memprioritaskan kenyamanan responden.

Prinsip menghormati martabat seseorang (*respect for human dignity*) di laksanakan dengan memberikan kebebasan kepada perawat baru untuk menjadi responden yang terlibat dalam penelitian ini. Peneliti menghormati otonomi (*self determination*) dari responden melalui keputusan menolak atau menerima sebagai responden.

Peneliti tidak membedakan perlakuan terhadap perawat baru satu dengan yang lainnya. Peneliti berlaku adil terhadap semua perawat baru sesuai kriteria inklusi dimana semua berhak mendapat kesempatan untuk menjadi responden. Menginformasikan kepada responden bahwa responden berhak sewaktu-waktu untuk mengundurkan diri tanpa mendapatkan sangsi.

Kerahasiaan informasi dari responden serta identitas responden sangat di jaga dalam penelitian ini. Responden tidak perlu mencantumkan identitas dalam mengisi lembar kuesioner yang didistribusikan. Peneliti menjamin kebebasan dari kerugian dan eksploitasi. Peneliti cukup memberikan kode responden sehingga memudahkan peneliti dalam pengolahan data.

Persetujuan sebelum penelitian (*informed consent*) mutlak di lakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan perawat baru sesuai dengan program kelas mereka (sebelumnya berkoordinasi dengan komite keperawatan masing-masing rumah sakit) lalu menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian yang dilakukan kepada perawat baru sebagai responden. Selanjutnya

peneliti menyerahkan lembar persetujuan menjadi responden dalam penelitian untuk diisi dan ditanda tangani perawat baru yang telah bersedia menjadi responden. Sebelum peneliti mendistribusikan kuesioner kepada responden, peneliti terlebih dahulu menjelaskan cara pengisiannya. Responden diberi waktu selama lebih kurang 40 menit untuk mengisi kuesioner.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data dalam penelitian ini adalah instrumen berupa kuesioner. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner tertutup. Kuesioner ini diklasifikasikan dalam kuesioner A, B, dan C.

4.6.1 Kuesioner A

Kuesioner A merupakan kuesioner yang berisi faktor individu yaitu data karakteristik perawat baru yang merupakan data primer yang dibuat sendiri oleh peneliti yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, masa kerja, konflik/stres, strategi koping, dan kemantapan diri (*self efficacy*). Pernyataan di sertakan menjadi satu dalam lembaran kuesioner yang tersedia. Hasil pengumpulan data untuk variabel umur dan masa kerja tidak di katagorikan pada analisis univariat dan bivariat sementara pada analisis multivariat masa kerja dikatagorikan menjadi < 7 bulan dan ≥ 7 bulan. Variabel pendidikan dikatagorikan menjadi D3 Keperawatan dan S1 Keperawatan sementara jenis kelamin dikatagorikan Laki-laki dan perempuan.

Kuesioner A bagian konflik/stres dan *Self Efficacy* di modifikasi dari Kuesioner Peterson (2009). Sementara bagian strategi koping dimodifikasi dari Instrumen *The Ways of Coping Revised (WOCR)* Folkman dan Lazarus (1988). Variabel konflik memiliki 3 pernyataan variabel strategi koping 3 pernyataan dan variabel *self efficacy* 6 pernyataan. Jawaban pada kuesioner A bagian konflik/stres, Strategi koping, dan *Self efficacy* menggunakan skala Likert 1 – 4. Kriteria penilaian tergantung pada pernyataan positif. Nilai 1 menyatakan tidak pernah, nilai 2 menyatakan kadang-kadang, nilai 3

menyatakan sering dan nilai 4 menyatakan selalu. Kisi-kisi kuesioner bisa dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1
Kisi-kisi Kuesioner Karakteristik Perawat (konflik, strategi koping, *self efficacy*) sebelum dan sesudah uji instrumen

Variabel	<i>Favorable</i>		<i>Unfavorable</i>		Jumlah	
	sebelum	sesudah	sebelum	sesudah	sebelum	sesudah
Konflik	1,3,5	3	2,4,6	4,6	6	3
Strategi Koping	8,9,10,13	8,10	7,11,12	12	7	3
<i>Self Efficacy</i>	14,15,16,19	14,15,16,19	17,18,20	18,20	7	6
Jumlah					20	12

4.6.2 Kuesioner B

Kuesioner B merupakan kuesioner tentang program *preceptorship* meliputi orientasi, pembelajaran di kelas, pembimbingan klinik, rotasi klinik dan evaluasi. Kuesioner B (pernyataan no.1 - 30) dikembangkan peneliti berdasarkan tinjauan pustaka yang ada. Kuesioner B terdiri dari 20 pernyataan *favorable* dan 10 item pernyataan *unfavorable*. Jawaban pada kuesioner B menggunakan skala Likert 1 – 4. Kriteria penilaian tergantung pada pernyataan positif. Nilai 1 menyatakan sangat tidak setuju, nilai 2 menyatakan tidak setuju, nilai 3 menyatakan setuju dan nilai 4 menyatakan sangat setuju.

Tabel 4.2
Kisi-kisi kuesioner Program *Preceptorship* (orientasi, pembelajaran, pembimbingan, rotasi, evaluasi) sebelum dan sesudah uji instrumen

Variabel	<i>Favorable</i>		<i>Unfavorable</i>		Jumlah	
	sebelum	sesudah	sebelum	sesudah	sebelum	sesudah
Orientasi	1,2,3,4	1,2,3,4	5, 6	5,6	6	6
Pembelajaran	7,8,9,13	7,8,9,13	10,11,12	10,11	7	6
Pembimbingan	14,15,17,19, 20	14,15,19,20	16,18,21	18,21	8	6
Rotasi	22,25,26,28	22,25,26,28	23,24,27	23,24	7	6
Evaluasi	29,30,31,32	29,30,31,32	33,34,35	34,35	7	6
Jumlah					35	30

4.6.3 Kuesioner C

Kuesioner C terdiri dari 24 pernyataan sebelum di lakukan uji instrument. Setelah uji (pengambilan data) ada 8 pernyataan yang tidak valid sehingga tertinggal 16 pernyataan tentang proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI. Kuesioner C terdiri dari 10 item pernyataan *favorable*, 6 pernyataan *unfavorable*. Kuesioner proses adaptasi perawat baru di susun dan dikembangkan dari teori Schmalenberg dan Kramer (1979) dan Teori adaptasi Roy. Jawaban pada kuesioner C menggunakan skala Likert 1 – 4. Kriteria penilaian tergantung pada pernyataan positif. Nilai 1 menyatakan sangat tidak setuju, nilai 2 menyatakan tidak setuju, nilai 3 menyatakan setuju dan nilai 4 menyatakan sangat setuju.

4.6.4 Uji Coba Instrumen

Instrumen (kuesioner A, B, dan C) yang digunakan pada penelitian ini sedianya dilakukan uji coba di RS. Pondok Indah, Jakarta dengan alasan RS tersebut adalah rumah sakit swasta non pendidikan tipe B, telah menggunakan program *preceptorship* dalam pembinaan perawat baru. Karakteristik ini hampir sama dengan karakteristik rumah sakit yang akan menjadi tempat penelitian ini dilakukan.

Berdasarkan terbatasnya jumlah responden perawat baru maka dalam penelitian ini tidak menggunakan uji coba instrumen karena menggunakan sampel terpakai. Peneliti disini berdasarkan masukan dan bimbingan dari pembimbing langsung melakukan pengumpulan data. Setelah semua data terkumpul dari 3 rumah sakit, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen. Artinya pernyataan yang valid dan reliabel itulah yang bisa diolah. Sementara pernyataan yang tidak valid dan reliabel dibuang. Maka jumlah item pernyataan mengalami pengurangan namun masih bisa mewakili variabel yang diteliti. Untuk lebih jelas bisa dilihat pada kisi-kisi kuesioner yang sudah mengalami perubahan.

4.7 Pengujian Instrumen: Validitas dan Reliabilitas

Suatu instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Notoatmodjo, 2010). Uji validitas dalam penelitian ini adalah meliputi pengujian terhadap validitas konstruksi (*construct validity*), validitas isi (*content validity*)

4.7.1 Pengujian Validitas Konstruksi (*Construct Validity*)

Pengujian validitas konstruksi menggunakan pendapat dari ahli (*judgment expert*). Setelah instrumen dikonstruksi tentang aspek yang akan diukur dengan berlandaskan teori tertentu, maka selanjutnya dikonsultasikan dengan ahli. Para ahli diminta pendapatnya tentang instrumen yang telah disusun. Setelahnnya dilanjutkan dengan uji coba instrumen sekaligus pengumpulan data. Dalam penelitian ini, instrumen yang telah dibuat, diukur dan dikonsultasikan dengan pembimbing. Instrumen yang telah di uji validitas konstruksinya adalah kuesioner A bagian b, kuesioner B dan C. Setelah melakukan uji coba, maka data ditabulasikan dan pengujian validitas konstruksi dilakukan dengan analisis faktor dengan mengkorelasikan antar skor item instrumen dalam suatu faktor, lalu mengkorelasikan skor faktor dengan skor total.

Tehnik korelasi yang telah digunakan dalam menguji validitas kuesioner dalam penelitian ini adalah korelasi *Pearson product moment* dengan cara membandingkan antara r hitung dengan r tabel dengan tingkat kepercayaan 95%. Kuesioner memiliki validitas jika setiap pernyataan dalam kuesioner memiliki nilai r hasil $>$ r tabel. Karena penelitian ini menggunakan sampel terpakai dengan jumlah responden 100 maka bila dilihat nilai r tabel adalah 0,205. Nilai ini dianggap terlalu kecil untuk mengukur suatu validitas instrumen. Berdasarkan konsultasi dengan pembimbing maka disepakati menggunakan nilai validitas adalah 0,3. Hal ini sesuai juga dengan pendapat dari Sugiyono (2009) bila harga suatu korelasi dibawah 0,30 maka dapat disimpulkan bahwa butir instrumen tersebut tidak valid sehingga harus diperbaiki atau dibuang.

4.7.2 Pengujian Validitas Isi (*Content Validity*)

Pengujian validitas isi untuk instrumen yang berbentuk test dapat dilakukan dengan membandingkan antara isi instrumen dengan materi pembelajaran yang telah diajarkan. Untuk instrumen yang akan mengukur efektifitas program, pengujian validitas isi dapat dilakukan dengan membandingkan antara isi instrumen dengan isi atau rancangan yang telah ditetapkan (Sugiyono, 2009).

Secara teknis pengujian validitas konstruksi dan isi dapat dibantu dengan menggunakan kisi-kisi instrumen atau matrik pengembangan instrumen. Setelah mengkonsultasikan instrumen dengan ahli selanjutnya di uji cobakan dan dianalisis item. Analisis item dilakukan dengan menghitung korelasi antara skor butir instrumen dengan skor total (Sugiyono, 2009).

Pada penelitian ini, peneliti telah membuat kisi-kisi instrumen. Instrumen yang dibuat telah dikonsultasikan dengan pembimbing dan telah dilakukan uji coba bersamaan dengan pengumpulan data karena menggunakan sampel terpakai.

4.7.3 Reliabilitas

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2010). Reliabilitas berhubungan dengan konsistensi. Suatu instrumen dikatakan reliabel apabila instrumen tersebut konsisten dalam memberikan penilaian atas apa yang diukur (Sugiyono, 2009).

Pada penelitian ini pengujian secara eksternal tidak dilakukan. Penelitian ini menggunakan pengujian reliabilitas dengan *internal consistency*. Dalam penelitian ini uji reliabilitas yang telah dilakukan adalah uji *Internal consistency yaitu* pengujian reliabilitas yang dilakukan dengan cara mencobakan instrumen sekali saja dan sekaligus mengumpulkan data, karena menggunakan sampel terpakai kemudian hasil yang diperoleh dianalisis. Teknik analisis yang digunakan adalah *Alfa Cronbach* dengan cara membandingkan nilai r hasil dengan nilai r tabel. Nilai r hasil dilihat dari nilai *Cronbach's Alpha*, bila r Alpha $>$ r tabel, maka pernyataan dalam kuisioner

dinyatakan reliabel. Untuk kuesioner A nilai reliabilitas yang diperoleh adalah 0,729, kuesioner B nilai reliabilitasnya adalah 0,891, sedangkan untuk kuesioner C nilai reliabilitasnya adalah 0,829.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses penetapan subjek dan pengumpulan data yang diperlukan untuk penelitian. Langkah nyata dalam pengumpulan data bersifat khusus untuk tiap penelitian dan tergantung pada desain serta teknik pengukuran (Hamid, 2007). Prosedur pengumpulan data yang telah dilaksanakan dalam penelitian ini oleh peneliti adalah:

4.8.1 Administratif.

Pengambilan data ke lokasi penelitian dilakukan setelah peneliti mendapatkan ijin penelitian, baik dari pembimbing penelitian, uji etik oleh Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) maupun ijin pelaksanaan dari PKSC, RSB, dan RSPI.

4.8.2 Teknis.

Secara teknis langkah-langkah pengumpulan data yang telah dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

4.8.2.1 Setelah peneliti mendapatkan ijin dari RSPI, maka tanggal 11-13 Mei 2011 peneliti bekerja sama dengan diklat RSPI dan kepala ruang untuk menyebarkan kuesioner. Rencana semula adalah mengumpulkan perawat baru di kelas namun tidak memungkinkan. Kuesioner terkumpul kembali tanggal 13 Mei 2011. Sementara di PKSC, setelah peneliti mendapat ijin pelaksanaan penelitian, kemudian peneliti meminta ijin kepada staf direktur keperawatan bidang ketenagaan dan komite keperawatan untuk mensosialisasikan alur kerja dalam penelitian kepada perawat baru. Semula direncanakan untuk mengumpulkan perawat baru di kelas tetapi ternyata juga tidak memungkinkan. Peneliti akhirnya dibantu oleh Komite keperawatan PKSC dalam mendistribusikan kuesioner

tanggal 23 Mei 2011 dan mengumpulkan kuesioner kembali tanggal 25 Mei 2011. Sedangkan untuk RSB, setelah mendapat ijin pelaksanaan penelitian, peneliti meminta ijin kepada komite keperawatan untuk mensosialisasikan alur kerja penelitian kepada perawat baru di RSB, Bandung. Komite keperawatan dan kepala bidang keperawatan mengumpulkan perawat baru dalam ruangan kelas tanggal 28 Mei 2011. Pada hari yang sama kuesioner dapat dikumpulkan kembali oleh peneliti.

- 4.8.2.2 Dengan tehnik sampling yang sudah direncanakan selanjutnya peneliti menentukan responden sesuai dengan kriteria inklusi.
- 4.8.2.3 Menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur dari penelitian yang dilakukan kepada responden
- 4.8.2.4 Meminta kesediaan perawat baru untuk menjadi responden dengan menanda tangani *informed consent* secara sukarela
- 4.8.2.5 Melakukan pengambilan data dengan membagikan kuesioner yang telah disiapkan.

4.9 Pengolahan dan Rencana Analisis Data

Kegiatan analisis data terdiri dari pengolahan data dan metode analisis data.

4.9.1 Pengolahan Data

Pengolahan data telah dilakukan berdasarkan 4 tahapan pengolahan data. Data yang sudah terkumpul diolah secara manual dan dengan menggunakan komputer. Langkah-langkah pengolahan data menurut Hastono (2007) adalah sebagai berikut:

4.9.1.1 *Editing* (Pemeriksaan data).

Setelah data dikumpulkan, peneliti memeriksa mengenai ketepatan, kesesuaian, dan kelengkapan data untuk memudahkan peneliti dalam pengolahan data selanjutnya.

4.9.1.2 *Coding* (Pemberian Tanda atau kode pada data).

Masing-masing data hasil observasi diberi kode angka sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan pada definisi operasional.

4.9.1.3 *Entry* (Pemindahan data ke komputer).

Setelah data terkumpul, kemudian peneliti melakukan pengolahan data dengan menggunakan perangkat lunak komputer.

4.9.1.4 *Cleaning* (Pembersihan data).

Setelah semua data dimasukkan, maka peneliti melakukan pengecekan ulang untuk mengetahui apakah terdapat kesalahan pada data yang telah dimasukkan.

4.9.2 Analisis Data

Data yang sudah terkumpul dianalisis dan diinterpretasi lebih lanjut untuk menguji hipotesa dengan bantuan perangkat lunak komputer dan hasilnya ditampilkan dalam bentuk tabel.

4.9.2.2 Analisis Univariat

Hastono, (2007) mengemukakan bahwa analisis univariat digunakan untuk memperoleh gambaran karakteristik variabel yang diteliti. Bentuknya tergantung dari jenis datanya, untuk analisis terhadap data numerik disajikan dalam bentuk *Mean, Median, Standar Deviasi*, nilai minimal dan maksimal, dan 95% CI. Untuk data katagorik yaitu menjelaskan angka atau nilai jumlah dan presentasi masing-masing kelompok. Variabel penelitian dengan data numerik pada penelitian ini yaitu umur dan masa kerja. Data katagorik adalah jenis kelamin, pendidikan, konflik/stres, strategi koping dan *self efficacy*. Uji kenormalan data dilakukan dengan menggunakan panduan dari Hastono (2007).

4.9.2.3 Analisis Bivariat.

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis bivariat dilakukan untuk

menguji hipotesis. Sebelum menentukan jenis analisis bivariat yang digunakan, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas. Analisis pada variabel independen terhadap variabel dependen digunakan dengan *Chi Square* kecuali untuk usia dan masa kerja digunakan uji T independen. Lebih jelas lihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3
Analisis Bivariat

No	V. Independen	V. Dependen	Cara Analisis
	Karakteristik perawat		
1	Usia dan Masa Kerja	Proses adaptasi perawat baru	Uji T. Inde.
2	Jenis Kelamin, Pendidikan, konflik/stres, strategi koping, <i>Self Efficacy</i>	Proses adaptasi perawat baru	<i>Chi Square</i>
3	Program <i>Preceptorship</i> : Orientasi, Pembelajaran di kelas, pembimbingan klinik, rotasi klinik, dan evaluasi klinik	Proses adaptasi perawat baru	<i>Chi Square</i>

4.9.2.4 Analisis Multivariat

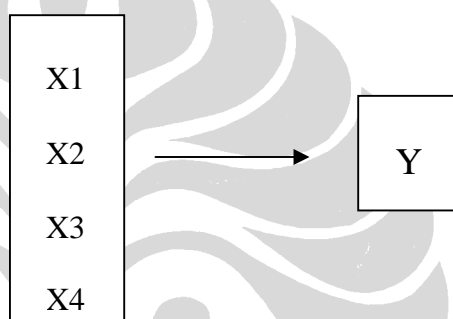
Analisis multivariat merupakan tehnik analisis perluasan atau penggabungan dari analisis bivariat. Kalau analisis bivariat melihat hubungan atau keterkaitan dua variabel maka tehnik analisis multivariat bertujuan melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2007).

Proses analisis multivariat dengan menghubungkan beberapa variabel independen dengan variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Hasil analisis multivariat dapat mengetahui variabel independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen, apakah variabel independen berhubungan dengan variabel dependen dipengaruhi oleh variabel lain atau tidak, bentuk hubungan beberapa variabel independen dengan variabel dependen apakah berhubungan langsung atau tidak. Prosedur pengujian

bergantung dari jenis data yang diuji, apakah katagorik atau numerik. Bila jenis data variabel dependennya numerik maka analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi logistik. Bila jenis data variabel dependennya katagorik maka menggunakan analisis regresi logistik ganda (Hastono, 2007).

Pada penelitian ini, jenis data variabel dependen adalah katagorik yang dikotom (proses adaptasi perawat baru) sehingga uji analisis yang telah lakukan adalah analisis regresi logistik ganda.

Bentuk kerangka konsep model regresi



Tahap pemodelan adalah sebagai berikut:

Hastono (2007) mengatakan bahwa agar diperoleh model regresi yang kuat dan mampu menjelaskan hubungan variabel independen dan dependen dalam populasi, diperlukan prosedur pemilihan variabel sebagai berikut:

- 1) Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $P < 0.25$ dan Nilai $p > 0.25$ maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat
- 2) Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai Nilai $p < 0.05$ dan mengeluarkan variabel yang Nilai $p > 0.05$. Pengeluaran dimulai dari variabel Nilai p terbesar dan dilakukan secara bertahap.
- 3) Identifikasi linearitas variabel numerik dengan tujuan untuk menentukan apakah variabel numerik dijadikan variabel katagorik atau tetap variabel

numerik. Proses pelaksanaannya yaitu dengan mengelompokkan variabel numerik kedalam empat kelompok berdasarkan nilai kuartilnya, selanjutnya melakukan analisis logistik dan menghitung nilai OR. Jika nilai OR menunjukkan bentuk garis lurus pada masing-masing kelompok maka variabel numerik dapat di pertahankan dan apabila hasilnya menunjukkan adanya patahan maka dapat di pertimbangkan dirubah dalam bentuk katagorik.

4) Tahap terakhir setelah memperoleh model variabel-variabel penting adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui pertimbangan logika substantif. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabelnya mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

4.9.3 Model Prediksi

Pemodelan dilakukan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian pada variabel independen yakni program *preceptorship* yang terdiri dari orientasi, pembelajaran dikelas, pembimbingan, rotasi, evaluasi dan karakteristik perawat yang dianggap terbaik memprediksi kejadian variabel dependen.

$$= \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

(Regresi logistik
Ganda)

Apabila nilai Z dimasukkan pada fungsi Z, maka rumus fungsi Z adalah

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i)S}}$$

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan dan menjelaskan tentang hasil penelitian tentang hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB dan RSPI. Penelitian ini dilakukan pada minggu kedua sampai minggu terakhir bulan Mei 2011. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 100 responden. Hasil penelitian ini disajikan secara berurutan mulai dari analisis univariat, bivariat dan multivariat.

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat akan menjelaskan tentang variabel independen dan variabel dependen. Program *preceptorship* dan karakteristik perawat sebagai variabel independen sedangkan proses adaptasi sebagai variabel dependen. Dibawah ini akan diuraikan tentang analisis univariat terhadap variabel yang diteliti yaitu variabel independen dan dependen.

5.1.1 Karakteristik Perawat.

Karakteristik perawat mencakup umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, konflik, strategi koping dan *self efficacy*.

5.1.1.1 Umur dan Lama Kerja

Tabel 5.1

Distribusi rata-rata Umur dan Lama Kerja Perawat Baru di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n = 100)

Variabel	Mean/ Median	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Umur	23,46 22,00	2,74	20 – 35	22,92 – 24,00
Lama Kerja	7,38 7,00	2,32	1 – 12	6,92 - 7,84

Hasil analisis didapatkan rata-rata umur perawat baru adalah 23,46 tahun, dengan standar deviasi 2,74 tahun. Umur termuda 20 tahun dan umur tertua adalah 35 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat baru adalah diantara 22,92 sampai dengan 24,00 tahun. Rata-rata lama kerja perawat baru adalah 7,38 bulan dengan standar deviasi 2,32 bulan. Lama kerja termuda 1 bulan dan lama kerja tertinggi adalah 12 bulan. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata lama kerja perawat baru adalah antara 6,92 bulan sampai dengan 7,84 bulan.

5.1.1.2 Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Baru menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)

Karakteristik Perawat	Frekuensi	Prosentase %
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	6	6,0
Perempuan	94	94,0
Total	100	100,0
Tingkat Pendidikan		
D3 Keperawatan	91	91,0
S1 Keperawatan A	9	9,0
Total	100	100,0

Berdasarkan Tabel 5.2 menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan (94%), dengan tingkat pendidikan adalah mayoritas D3 Keperawatan 91 %.

5.1.1.3 Stres/konflik, Strategi Koping dan *Self Efficacy*

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Baru Menurut Konflik, Strategi Koping dan *Self Efficacy* di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)

Variabel	Frekuensi	Prosentase%
Konflik/stress		
Konflik	58	58,0
Tidak Konflik	42	42,0
Strategi Koping		
Kurang Baik	64	64,0
Baik	36	36,0
<i>Self Efficacy</i>		
Kurang Baik	56	56,0
Baik	44	44,0

Berdasarkan Tabel 5.3 menunjukkan bahwa lebih dari sebagian perawat baru (58%) mempersepsikan mengalami konflik, 64,0% mempersepsikan strategi koping kurang baik sedangkan yang mempersepsikan *self efficacy* kurang baik adalah 56,0% atau lebih dari sebagian.

5.1.2 Program *Preceptorship*

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Persepsi tentang Program *Preceptorship* (orientasi, pembelajaran dikelas, pembimbingan klinik, rotasi, dan evaluasi) Perawat Baru di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)

Program <i>Preceptorship</i>	Frekuensi	Prosentase%
Program <i>Preceptorship</i>		
Kurang Baik	47	47,0
Baik	53	53,0
Orientasi		
Kurang Baik	14	14,0
Baik	86	86,0
Pembelajaran dikelas		
Kurang Baik	45	45,0
Baik	55	55,0
Pembimbingan Klinik		
Kurang Baik	50	50,0
Baik	50	50,0
Rotasi		
Kurang Baik	50	50,0
Baik	50	50,0
Evaluasi		
Kurang Baik	12	12,0
Baik	88	88,0

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan bahwa hampir sebagian responden memiliki persepsi kurang baik terhadap program *preceptorship* (47%) yang meliputi komponen orientasi (14%), pembelajaran dikelas (45%), Evaluasi (12%) sementara komponen pembimbingan dan rotasi antara yang mempersepsikan baik dan kurang baik masing-masing 50%.

5.1.3 Proses Adaptasi

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Perawat Baru menurut Proses Adaptasi di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)

Variabel	Kategori	Frekuensi	Prosentase%
Proses Adaptasi	Kurang Baik	46	46,0
	Baik	54	54,0
Total		100	100,0

Berdasarkan Tabel 5.5 menunjukkan bahwa hampir sebagian perawat baru (46%) mempersepsikan kurang baik dalam proses adaptasi.

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mendapatkan jawaban dari hipotesis yang telah di buat yaitu melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen adalah program *preceptorship* dan karakteristik perawat sedangkan variabel dependen adalah proses adaptasi perawat baru

5.2.1 Karakteristik Perawat (umur dan lama kerja) dengan Proses Adaptasi Perawat Baru

Tabel 5.6
Analisis Hubungan rata-rata Umur dan Lama Kerja dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n= 100)

Karakteristik Perawat	Proses Adaptasi	Mean	SD	SE	P Value	N
Umur	Kurang Baik	23,00	2,44	0,360	0,121	46
	Baik	24,02	3,18	0,485		54
Lama Kerja	Kurang Baik	8,09	1,89	0,28	0,004*	46
	Baik	6,78	2,49	0,34		54

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa rata-rata umur responden yang mempersepsikan adaptasi kurang baik adalah 23,00 tahun dengan standar deviasi 2,44. Hasil Uji T didapatkan nilai $p = 0,121$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan

yang signifikan rata-rata umur perawat baru antara yang mempersepsikan proses adaptasi baik dan kurang baik.

Tabel 5.6 diatas juga menunjukkan bahwa rata-rata lama kerja responden yang mempersepsikan proses adaptasi kurang baik sedikit lebih lama dibanding dengan yang mempersepsikan proses adaptasinya baik. Uji T independen didapatkan nilai $p = 0,004$ berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama kerja perawat baru antara yang mempersepsikan proses adaptasi kurang baik dengan yang mempersepsikan proses adaptasi baik.

Tabel 5.7
Analisis Hubungan Karakteristik Perawat (Jenis Kelamin dan tingkat pendidikan) dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)

Karakteristik Perawat	Proses Adaptasi				Total		OR 95% CI	P Value
	Baik		Kurang		n	%		
	N	%	n	%				
Jenis Kelamin								
Laki-Laki	4	66,7	2	33,3	6	100	1 0,568 (0,09 – 3,25)	0,684
Perempuan	50	53,2	44	46,8	94	100		
Tingkat Pendidikan								
D3 Kep	49	53,8	42	46,2	91	100	1 1,071 (0,27 – 4,25)	1,000
S1 Kep	5	55,6	4	44,4	9	100		

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan hasil analisis antara jenis kelamin dengan proses adaptasi diperoleh bahwa sebanyak 66,7% perawat baru laki-laki yang proses adaptasinya baik. Sedangkan diantara perawat baru perempuan ada 53,2% yang proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,684$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan proses adaptasi pada perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 0,568$, artinya

perawat baru laki-laki mempunyai peluang 0,568 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru perempuan.

Tabel 5.7 juga menunjukkan hasil analisis antara tingkat pendidikan dengan proses adaptasi diperoleh bahwa ada sebanyak 49% perawat D3 Keperawatan yang proses adaptasinya baik. Sedangkan diantara perawat baru S1 Keperawatan ada 55,6% yang proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 1,000$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 1,071$, artinya perawat baru D3 keperawatan mempunyai peluang 1,071 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru S1 keperawatan.

5.2.3 Karakteristik Perawat (Konflik, strategi koping, *self efficacy*) dengan Proses Adaptasi Perawat Baru

Tabel 5.8
Analisis Hubungan Karakteristik Perawat (Konflik, strategi koping, dan *self efficacy*) dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)

Karakteristik Perawat	Proses Adaptasi				Total		OR 95% CI	P Value
	Baik		Kurang		n	%		
	N	%	n	%				
Konflik								
Tidak Konflik	33	78,6	9	21,4	42	100	1	0,000*
Konflik	21	36,2	37	63,8	58	100	6,460 (2,59 – 16,06)	
Strategi Koping								
Baik	27	75,0	9	25,0	36	100	1	0,003*
Kurang Baik	27	42,2	37	57,8	64	100	4,111 (1,67 – 10,14)	
Self Efficacy								
Baik	35	79,5	9	20,5	44	100	1	0,000*
Kurang Baik	19	33,9	37	66,1	56	100	7,57 (3,02 – 18,96)	

*Bermakna pada $\alpha \leq 0.05$

Berdasarkan Tabel 5.8 menunjukkan hasil analisis antara konflik dengan proses adaptasi diperoleh bahwa ada sebanyak 78,6% perawat baru yang mempersepsikan tidak konflik memiliki proses adaptasi baik. Sedangkan diantara perawat baru yang mempersepsikan mengalami konflik ada 36,2% proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,000$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara konflik dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 6,460$, artinya perawat baru yang mempersepsikan tidak mengalami konflik mempunyai peluang 6,460 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan mengalami konflik.

Tabel 5.8 juga menunjukkan hasil analisis antara strategi koping dengan proses adaptasi diperoleh bahwa ada sebanyak 75,0% perawat baru yang mempersepsikan strategi koping baik proses adaptasinya baik. Sedangkan diantara perawat baru yang mempersepsikan strategi koping kurang baik ada 42,2% proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,003$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara strategi koping dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 4,111$, artinya perawat baru yang mempersepsikan strategi kopingnya baik mempunyai peluang 4,111 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan strategi kopingnya kurang baik.

Selain itu juga Tabel 5.8 menunjukkan hasil analisis antara *self efficacy* dengan proses adaptasi diperoleh bahwa 79,5% perawat yang mempersepsikan *self efficacy* baik proses adaptasinya baik. Sedangkan diantara perawat baru yang mempersepsikan *self efficacy* kurang baik ada 33,9% proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,000$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara *self efficacy* dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 7,573$, artinya perawat baru yang mempersepsikan *self efficacy* baik mempunyai peluang 7,573 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan *self efficacy* kurang baik.

5.2.4 Program *Preceptorship* (orientasi, pembelajaran dikelas, pembimbingan klinik, rotasi dan evaluasi) dengan Proses Adaptasi Perawat Baru.

Tabel 5.9

Analisis Hubungan Program *Preceptorship* (orientasi, pembelajaran dikelas, pembimbingan klinik, rotasi dan evaluasi) dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)

Program <i>Preceptorship</i>	Proses Adaptasi				Total		OR 95% CI	P Value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	n	%				
Program <i>Preceptorship</i>								
Baik	37	69,8	16	30,2	53	100	1	0,002*
Kurang Baik	17	36,2	30	63,8	47	100	4,081 (1,77 – 9,41)	
Orientasi								
Baik	49	57,0	37	43,0	86	100	1	0,159
Kurang Baik	5	35,7	9	64,3	14	100	2,384 (0,73 – 7,71)	
Pembelajaran								
Baik	35	63,6	20	36,4	55	100	1	0,053
Kurang Baik	19	42,2	26	57,8	45	100	2,395 (1,07 – 5,37)	
Pembimbingan								
Baik	32	64,0	18	36,0	50	100	1	0,071
Kurang Baik	22	44,0	28	56,0	50	100	2,263 (1,01 – 5,05)	
Rotasi								
Baik	30	60,0	20	40,0	50	100	1	0,316
Kurang Baik	24	48,0	26	52,0	50	100	1,625 (0,73 – 3,59)	
Evaluasi								
Baik	52	59,1	36	40,9	88	100	1	0,011*
Kurang Baik	2	16,7	10	83,3	12	100	7,222 (1,49 – 34,94)	

*Bermakna pada $\alpha \leq 0.05$

Berdasarkan Tabel 5.9 menunjukkan hasil analisis antara program *preceptorship* dengan proses adaptasi diperoleh bahwa ada sebanyak 69,8% perawat baru yang

mempersiapkan program *preceptorship* baik proses adaptasinya baik. Sedangkan diantara perawat baru yang mempersiapkan program *preceptorship* kurang baik ada 36,2% proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,002$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara program *preceptorship* dengan proses adaptasi perawat baru. Hasil analisis diperoleh nilai $OR = 4,081$, artinya perawat baru yang mempersiapkan program *preceptorship* baik mempunyai peluang 4,081 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersiapkan program *preceptorship* kurang baik.

Berdasarkan Tabel 5.9 menunjukkan hasil analisis antara orientasi dengan proses adaptasi diperoleh bahwa ada sebanyak 57,0% perawat baru yang mempersiapkan orientasi baik proses adaptasi baik. Sedangkan diantara perawat baru yang mempersiapkan orientasi kurang baik ada 35,7% proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,159$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara orientasi dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 2,384$, artinya perawat baru yang mempersiapkan orientasi baik mempunyai peluang 2,384 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersiapkan orientasi kurang baik.

Tabel 5.9 juga menunjukkan hasil analisis antara pembelajaran dikelas dengan proses adaptasi diperoleh bahwa ada sebanyak 63,6% perawat yang mempersiapkan pembelajaran dikelas baik proses adaptasi baik. Sedangkan diantara perawat baru yang mempersiapkan pembelajaran dikelas kurang baik ada 42,2% proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,053$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pembelajaran dikelas dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 2,395$, artinya Perawat baru yang mempersiapkan pembelajaran dikelas baik mempunyai peluang 2,395 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersiapkan pembelajaran dikelas kurang baik.

Tabel 5.9 juga menunjukkan hasil analisis antara pembimbingan klinik dengan proses adaptasi diperoleh bahwa ada sebanyak 64,0% perawat baru yang mempersiapkan pembimbingan klinik baik proses adaptasi baik. Sedangkan

diantara perawat baru yang mempersepsikan pembimbingan klinik kurang baik ada 44,0% proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,071$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pembimbingan klinik dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 2,263$ artinya perawat baru yang mempersepsikan pembimbingan klinik baik mempunyai peluang 2,263 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan pembimbingan klinik kurang baik.

Tabel 5.9 juga menunjukkan hasil analisis antara rotasi dengan proses adaptasi diperoleh bahwa ada sebanyak 60,0% perawat baru yang mempersepsikan rotasi baik proses adaptasi baik. Sedangkan diantara perawat baru yang mempersepsikan rotasi kurang baik ada 48,0% proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,316$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara rotasi dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 1,625$ artinya perawat baru yang mempersepsikan rotasi baik mempunyai peluang 1,625 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan rotasi kurang baik.

Selain itu juga Tabel 5.9 menunjukkan hasil analisis antara evaluasi dengan proses adaptasi diperoleh bahwa ada sebanyak 59,1% perawat baru yang mempersepsikan evaluasi baik proses adaptasi baik. Sedangkan diantara perawat baru yang mempersepsikan evaluasi kurang baik ada 16,7% proses adaptasinya baik. Dari uji *chi square* diperoleh nilai $p = 0,011$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara evaluasi dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 7,222$, artinya perawat baru yang mempersepsikan evaluasi baik mempunyai peluang 7,222 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan evaluasi kurang baik.

5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui keeratan hubungan antara variabel independen (program *preceptorship* yang meliputi orientasi, pembelajaran, pembimbingan, rotasi dan evaluasi) dan karakteristik perawat

(umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, konflik, strategi koping dan *self efficacy*) yang berhubungan dengan variabel dependen proses adaptasi. Tahapan analisis multivariat meliputi pemilihan variabel kandidat multivariat, pemodelan multivariat. Uji yang dilakukan menggunakan uji regresi logistik.

5.3.1 Pemilihan Variabel sebagai Kandidat Multivariat

Tahap pemilihan kandidat multivariat dilakukan analisis bivariat antara variabel independen yaitu program *preceptorship* meliputi orientasi, pembelajaran dikelas, pembimbingan klinik, rotasi, evaluasi dan karakteristik perawat yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama kerja, konflik, strategi koping, *self efficacy* dengan variabel dependen yaitu proses adaptasi. Variabel yang mempunyai nilai $p < 0,25$ maka dijadikan variabel kandidat untuk pemodelan multivariat. Bila variabel mempunyai nilai $p > 0,25$ maka variabel tersebut tidak dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat kecuali bila secara substansi penting. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik ganda. Hasil seleksi analisis bivariat pada penelitian ini tampak pada Tabel 5.10

Tabel 5. 10
Hasil Seleksi Analisis Bivariat Variabel Program *Preceptorship* dan Karakteristik Perawat dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PKSC, RSB, dan RSPI

Variabel	P Value
Umur	0.109*
Jenis Kelamin	0.516
Tingkat Pendidikan	0.922
Lama Kerja/masa kerja	0.004*
Konflik	0.000*
Strategi Koping	0.001*
<i>Self Efficacy</i>	0.000*
Orientasi	0.138*
Pembelajaran di kelas	0.032*
Pembimbingan	0.044*
Rotasi	0.228*
Evaluasi	0.004*

Ket: *kandidat terpilih dalam multivariat

Hasil analisis seleksi bivariat diatas menunjukkan bahwa subvariabel yang bisa dimasukkan ke dalam uji multivariat adalah yang memiliki nilai $p < 0,25$ yaitu umur, lama kerja, konflik, strategi koping, *self efficacy*, orientasi, pembelajaran di kelas, pembimbingan klinik, dan evaluasi. Sedangkan yang tidak bisa masuk ke dalam uji multivariat adalah tingkat pendidikan dan jenis kelamin.

5.3.2 Pemodelan multivariat

Pemodelan multivariat dilakukan dengan cara memasukkan semua variabel yang terpilih. Variabel yang mempunyai nilai $p < 0,05$ dipertahankan dan mengeluarkan variabel yang nilai $p > 0,05$. Pengeluaran variabel bertahap mulai dari variabel yang memiliki nilai p tertinggi. Hasil analisis pemodelan multivariat pertama dapat dilihat pada Tabel 5.11

Tabel 5.11
Hasil Regresi Logistik Tahap Awal Lama Kerja, *Self Efficacy*, Pembelajaran dikelas dan Evaluasi dengan Proses Adaptasi di PKSC, RSB, RSPI Tahun 2011 (n=100)

Variabel	B	Wald	P Value	OR	OR (95% CI)
Constanta: 1,185					
Lama Kerja	-0,350	8,241	0,004*	0,705	0,555 - 0,895
Konflik	1,389	6,662	0,010*	4,010	1,397 - 11,513
<i>Self Efficacy</i>	1,799	10,897	0,001*	6,046	2,077 - 17,598
Pembimbingan	0,660	1,680	0,195	1,936	0,713 - 5,254

*Bermakna pada $\alpha < 0,05$

Tabel 5.11 diatas menunjukkan bahwa dalam pemodelan tersebut terdapat variabel yang nilai $p > 0,05$ yaitu pembimbingan dengan nilai p 0,195 sehingga pemodelan dilakukan lagi dengan mengeluarkan variabel pembelajaran dikelas. Dari semua variabel yang dikeluarkan tidak terdapat perubahan OR lebih dari 10% sehingga variabel-variabel tersebut tidak dipertahankan dalam model akhir.

5.3.3 Uji Interaksi

Hasil uji interaksi antara ketiga variabel diatas terhadap proses adaptasi adalah sebagai berikut:

1. Hasil uji interaksi antara konflik dan lama kerja didapatkan nilai $p = 0,159$ ($\alpha = 0,05$), artinya tidak ada interaksi antara konflik dan lama kerja dengan proses adaptasi.
2. Hasil uji interaksi antara *self efficacy* dengan lama kerja didapatkan nilai $p = 0,676$ ($\alpha = 0,05$), artinya tidak ada interaksi antara *self efficacy* dan lama kerja dengan proses adaptasi.
3. Hasil uji interaksi antara konflik dan *self efficacy* didapatkan nilai $p = 0,163$ ($\alpha = 0,05$), artinya tidak ada interaksi antara evaluasi dan lama kerja dengan proses adaptasi.

5.3.4 Pemodelan Akhir

Berdasarkan hasil analisis multivariat diatas maka dapat ditentukan bahwa model terakhir penentu proses adaptasi perawat baru dapat dilihat pada Tabel 5. 12 berikut:

Tabel 5.12
Hasil Regresi Logistik Tahap Akhir *Self Efficacy*, Evaluasi dan Lama Kerja dengan Proses Adaptasi di PKSC, RSB, dan RSPI Tahun 2011 (n=100)

Variabel	B	SE	Wald	P Value	OR (95% CI)
Konstanta: 1,915					
<i>Self Efficacy</i>					
Baik	1,899	0,539	12,425	0,000*	1
Kurang Baik					6,678 (2,323 –19,194)
Konflik					
Tidak Konflik	1,593	0,538	8,870	0,003*	1
Konflik					4,921 (1,715 –14,118)
Lama Kerja					
< 7 bulan	-1,812	0,606	8,947	0,003*	1
≥7 bulan					0,163 (0,050 –0,535)

*Bermakna pada $\alpha < 0,05$

Berdasarkan Tabel 5.12 di atas menunjukkan bahwa *self efficacy* adalah variabel yang paling dominan berhubungan antara *self efficacy* dengan proses adaptasi karena memiliki nilai p yang paling rendah (*nilai p* = 0,000) dengan nilai OR 6,678 yang berarti bahwa perawat baru yang *self efficacy* baik berpeluang sebesar 6,678 kali berproses adaptasi baik dibanding dengan perawat baru yang mempersepsikan *self efficacy* kurang baik (CI: 2,323 –19,194).

Tabel 5.12 juga menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara konflik dengan proses adaptasi dengan nilai p = 0,003. Dimana perawat baru yang tidak konflik dapat berpeluang 4,921 kali berproses adaptasi baik dibanding dengan perawat baru yang mengalami konflik (CI: 1,715 –14,118).

Tabel 5.12 Juga menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan proses adaptasi dengan nilai p = 0,003. Dimana perawat baru mempunyai lama kerja < 7 bulan dapat berpeluang 0,163 kali berproses adaptasi baik dibanding dengan perawat baru yang lama kerja \geq 7 bulan (CI: 0,050 – 0,535).

Tabel 5.12 juga menunjukkan bahwa *self efficacy* mempunyai nilai OR 6,68, konflik mempunyai nilai OR 4,92, sedangkan lama kerja mempunyai nilai OR 0,16 sehingga disimpulkan bahwa *self efficacy* merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan proses adaptasi perawat baru.

Hasil akhir uji statistik logistik tahap akhir yang diperoleh kemudian dimasukkan dalam persamaan multivariat sebagai berikut:

$$\text{Adaptasi} = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3$$

$$\text{Adaptasi} = 1,915 + 1,899 \text{ self efficacy} + 1,593 \text{ konflik} + -1,812 \text{ lama kerja}$$

$$P(X) = \frac{e^{-z}}{1 + e^{-z}}$$

$$P(X) = \frac{e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3)}}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3)}}$$

Pemodelan diatas dapat menentukan kode bahwa *self efficacy* yang sudah baik = 1 dan kurang baik = 0, persepsi tidak konflik = 1 dan konflik = 0, lama kerja <7 bulan = 1 dan lama kerja \geq 7 bulan = 0. Model aplikasi persamaan multivariat yang telah ditentukan kemudian dapat diterapkan sebagai berikut:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(1,915 + 1,899 + 1,593 \text{ konflik} + -1,812 \text{ lama kerja})}}$$

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(1,915 + (1,899 \cdot 1) + (1,593 \cdot 1) + (-1,812 \cdot 1))}}$$

$$= 0,97 = 97\%$$

Hasil aplikasi pemodelan multivariat menunjukkan bahwa perawat baru di PKSC, RSB dan RSPI yang mempersepsikan *self efficacy* baik, mempersepsikan tidak konflik dan memiliki lama kerja < 7 bulan mempunyai peluang 97 % untuk beradaptasi baik.

Perawat baru yang memiliki *self efficacy* kurang baik, persepsi tidak konflik dan lama kerja < 7 bulan maka peluang untuk berproses adaptasi baik adalah:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(1,915 + (1,899 \cdot 0) + (1,593 \cdot 1) + (-1,812 \cdot 1))}}$$

$$= 0,84 = 84 \%$$

Hasil aplikasi pemodelan multivariat menunjukkan bahwa perawat baru di PKSC, RSB dan RSPI yang mempersepsikan *self efficacy* kurang baik, mempersepsikan tidak konflik dan memiliki lama kerja < 7 bulan mempunyai peluang 84 % untuk beradaptasi baik.

BAB 6 PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan dan menjelaskan tentang interpretasi data yang dihasilkan, keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian baik terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Gambaran secara umum tentang variabel independen dan dependen telah diuraikan secara jelas pada bab sebelumnya. Pembahasan yang dijelaskan peneliti meliputi hubungan antara variabel yang telah diteliti yaitu hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru.

6.1.1 Karakteristik Perawat

6.1.1.1 Umur

Rata-rata umur perawat baru dalam penelitian ini adalah 23,46 tahun. Hal ini menjelaskan bahwa rata-rata perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI berada pada umur dewasa muda. Menurut penelitian Beecroft, Dorey dan Wenten, (2008) mengatakan bahwa karakteristik perawat yang berpengaruh dalam keluar tidaknya perawat dalam masa orientasi adalah usia.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa rata-rata umur perawat baru yang kurang baik dalam proses adaptasinya adalah 23 tahun dengan standar deviasi 2,44. Dari nilai $p = 0,121$ yang diperoleh tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata umur perawat baru antara yang proses adaptasinya baik dengan yang kurang baik.

Robbins (2006) mengatakan bahwa semakin tua usia seseorang semakin kecil kemungkinan untuk keluar dari pekerjaan, karena semakin kecil memiliki peluang alternatif pekerjaan, sehingga kemungkinan kecil untuk mengundurkan diri dibanding usia yang lebih muda.

Usia 20 – 40 tahun adalah tahap dewasa muda yang merupakan perkembangan puncak dari kondisi fisik dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki (Robbins, 2006). Hal ini diperkuat oleh Masdani dalam Wahjudi (2008) yang mengatakan bahwa dalam tahap ini setiap individu memiliki kemampuan kognitif dan penilaian moral yang lebih kompleks. Sopiah (2008) mengatakan bahwa usia juga menentukan kemampuan seseorang untuk bekerja termasuk bagaimana merespon stimuli.

Peneliti berpendapat bahwa sebagian besar perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI berada pada usia yang produktif dan dewasa muda artinya pada usia ini memungkinkan perawat baru berada dalam masa kedewasaan dan kematangan sehingga mampu beradaptasi secara optimal. Umur menurut peneliti bukan menjadi patokan utama dalam menentukan seseorang mampu beradaptasi atau tidak.

Meskipun hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa umur tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI namun ada kecenderungan perawat baru kurang komitmen dalam organisasi rumah sakit. Maka perlu disediakan pendampingan yang baik bagi perawat baru sehingga mereka yang berada dalam masa adaptasi bisa membangun komitmen dan bertahan bekerja di institusi sehingga dapat lebih produktif.

6.1.1.2 Lama Kerja

Rata-rata lama kerja perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI adalah 7,38 bulan. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa rata-rata lama kerja perawat baru yang kurang baik dalam proses adaptasinya adalah 8,09 bulan dengan standar deviasi 1,89. Dari nilai $p = 0,004$ yang diperoleh terdapat hubungan antara lama kerja dengan proses adaptasi perawat baru.

Pendapat di atas kurang senada dengan pendapat Clark dan Holmes (2007) yang dalam penelitiannya mengatakan bahwa dalam 6 bulan setelah perawat baru diterima, sebagian besar mereka memperoleh kepercayaan diri dan merasa bahwa

mereka siap melaksanakan praktek secara mandiri. Hasil penelitian ini menunjukkan perawat baru yang proses adaptasinya kurang baik namun lama kerjanya lebih lama dibanding mereka yang proses adaptasinya baik. Perbedaan ini menurut pendapat peneliti bisa terjadi karena semakin lama perawat baru bekerja semakin banyak tanggung jawab yang dilimpahkan dan semakin dituntut untuk mandiri dan ini berpengaruh dalam proses adaptasi.

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan teori yang ada yaitu pekerjaan yang ditunjukkan oleh setiap individu dipengaruhi oleh pengalaman dalam kurun waktu tertentu. Semakin lama masa kerja individu dalam organisasi, maka pengalaman kerja yang didapatkan semakin bertambah dan mudah untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan kerjanya. Hasil penelitian menggambarkan perawat baru semakin lama bekerja semakin proses adaptasinya kurang baik ini bisa disebabkan karena beban kerja dan tanggung jawab yang di berikan cukup tinggi. Selain itu juga bisa disebabkan karena ketenagaan yang ada mungkin kurang sebanding dengan jumlah dan klasifikasi pasien. Perawat baru kemungkinan sudah diperhitungkan sebagai tenaga inti sehingga antara harapan perawat baru dan kenyataan dilapangan dapat membuat mereka kecewa dan jenuh. Namun tidak semua perawat baru semakin lama bekerja semakin kurang baik proses adaptasinya. Menurut peneliti perawat baru yang proses adaptasinya baik karena memiliki motivasi dan komitmen yang tinggi dalam pelayanan sebagai perawat.

Ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama kerja antara perawat baru yang proses adaptasinya baik dengan perawat baru yang proses adaptasinya kurang dan ini sesuai dengan pendapat Wang, dkk (2003) perawat yang mempunyai masa kerja lama, lebih mudah mengerti dan beradaptasi dengan lingkungan kerjanya. Semakin lama masa kerja perawat, pengalaman mereka semakin banyak dan lebih memahami pekerjaannya serta dapat beradaptasi dalam menghadapi situasi di tempat kerja (*workplace*). Sopiah (2008) menyatakan bahwa semakin lama seorang karyawan bekerja, semakin rendah keinginan karyawan untuk meninggalkan pekerjaannya. Kondisi ini dapat diasumsikan bahwa perawat tersebut telah mampu beradaptasi dan memiliki motivasi yang tinggi.

6.1.1.3 Jenis Kelamin

Rata-rata perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI adalah berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 94 %. Artinya bahwa profesi perawat merupakan profesi yang didominasi oleh perempuan. Profesi perawat merupakan profesi yang bersifat *mothership* maka perempuan jumlahnya lebih banyak.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa 66,7% perawat laki-laki beradaptasi baik sedangkan perawat perempuan terdapat 53,2% yang beradaptasi baik. Dari nilai $p = 0,684$ yang diperoleh tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan proses adaptasi perawat baru. Perawat laki-laki lebih mampu beradaptasi dibanding perawat perempuan namun uji *chi square* tidak menunjukkan adanya hubungan. Hal ini dapat terjadi karena proporsi perempuan jauh lebih banyak dibanding laki-laki. Perbedaan tidak semata karena proses adaptasi tetapi perbedaan proporsi antar kedua jenis kelamin tersebut. Nilai $OR = 0,568$ disimpulkan bahwa perawat baru berjenis kelamin laki-laki mempunyai peluang 0,568 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru perempuan. Data ini menunjukkan peluang yang kecil

Hal diatas senada dengan apa yang diungkapkan oleh Robbins (2006) bahwa jenis kelamin bila dihubungkan dengan tingkat kemangkiran dan keluar masuknya karyawan. Beberapa hasil penelitian mengatakan bahwa tidak ada perbedaan yang mencolok antara pria dan wanita. Juga tidak terdapat perbedaan yang konsisten pada pria dan wanita dalam hal kemampuan menyelesaikan masalah, keterampilan analisis, pendorong persaingan, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar (Robbins, 2006).

6.1.1.4 Tingkat Pendidikan

Mayoritas perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI berpendidikan D3 keperawatan sebanyak 91%. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa 53,8% perawat baru dengan pendidikan D3 keperawatan memiliki proses adaptasi baik. 55,6 % perawat S1 proses adaptasinya baik. Artinya bahwa perawat S1 lebih dapat beradaptasi dibanding D3. Dari Uji *chi square* menunjukkan tidak ada hubungan

antara tingkat pendidikan dengan proses adaptasi perawat baru. meskipun hasil analisis diperoleh nilai $OR = 1,071$, artinya Perawat baru S1 keperawatan mempunyai peluang 1,071 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru D3 keperawatan namun peluangnya kecil. Menurut analisis peneliti hal ini bisa disebabkan oleh jumlah proporsi perawat S1 dengan D3 keperawatan yang tidak sebanding sehingga tidak dapat memberikan gambaran yang sesungguhnya.

Senada dengan pendapat Hasibuan (2007) pendidikan merupakan suatu indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan. Individu akan merasa senang dan puas jika pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan pendidikan dan keterampilan yang dimiliki. Beecroft, Dorey dan Wenten (2008) dalam penelitiannya mengatakan bahwa karakteristik perawat yang berpengaruh dalam keluar tidaknya perawat dalam masa orientasi adalah tingkat pendidikan.

Meskipun hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan dengan proses adaptasi dan tidak ada perbedaan proporsi kejadian proses adaptasi antara perawat baru dengan pendidikan D3 keperawatan dan S1 keperawatan namun perlu diingat bahwa perawat dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya menyebabkan orang mampu dan bersedia menerima posisi dan tanggung jawab terhadap tugas (Gibson, 1996).

6.1.1.5 Konflik/Stres

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa ada 58% perawat baru yang mempersepsikan mengalami konflik. Artinya bahwa proporsi perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI yang mengalami konflik lebih besar sedikit dibanding perawat yang tidak mengalami konflik. Hal ini senada dengan pendapat Kramer (1974) dalam Marquis dan Huston (2010) ketakutan dan kesulitan khusus dalam beradaptasi dengan lingkungan kerja adalah hal yang umum dialami perawat lulusan baru dan ketakutan ini adalah sebagai *reality shock* karena terjadi sebagai akibat konflik antara ekspektasi lulusan baru terhadap peran keperawatan dan kenyataan peran sesungguhnya di lapangan kerja.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada 78,6% perawat baru yang tidak mengalami konflik dan proses adaptasinya baik sementara 36,2% mengalami konflik. Dari nilai $p = 0,000$ yang diperoleh menyimpulkan bahwa ada hubungan antara konflik dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 6,460$, artinya perawat baru yang mempersepsikan tidak mengalami konflik mempunyai peluang 6,460 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan mengalami konflik.

Dari sebaran item pernyataan mengenai konflik/stres bahwa ada 17 orang perawat baru mempersepsikan sering dan 66 orang perawat baru mempersepsikan kadang-kadang mengalami ketakutan akan terjadi kesalahan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Gerrish (2000) mengatakan bahwa perawat baru melaporkan suatu ketakutan akan membuat kesalahan dan ketakutan apabila dilihat sebagai seseorang yang tidak kompeten atau bodoh.

11 orang perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI mempersepsikan bahwa sering mengalami kesulitan mendapatkan kesempatan untuk mengungkapkan permasalahan kepada pembimbing sementara 62 orang perawat baru mempersepsikan kadang-kadang kesulitan mendapatkan kesempatan untuk mengungkapkan permasalahan kepada pembimbing. Hal ini senada dengan apa yang diungkapkan oleh HSE (2004/05) bahwa penyebab utama stres adalah beban kerja, target waktu pekerjaan, kurangnya dukungan, dan adanya perasaan terancam di tempat kerja. Menurut pendapat peneliti bahwa perawat baru yang mengalami kesulitan mendapatkan kesempatan untuk mengungkapkan permasalahannya mungkin disebabkan oleh beban kerja dari pembimbing yang tinggi sehingga perawat baru merasa segan untuk mengatakan apa yang dialami.

Mamchur dan Myrick (2003) mengatakan bahwa koordinator dari program *preceptorship* penting untuk mengenali konflik yang mungkin timbul antara *preceptor* dan *preceptee*. Konflik antara dan antar manusia mempunyai banyak penyebab. Sumber utama dari konflik (dan stres) pada pekerjaan berhubungan dengan tempat bekerja serta konflik ini juga bisa berasal dari situasi dimana

seseorang harus melakukan pemilihan antara dua tuntutan atau harapan yang saling bersaing (DuBrin, 2009). Maka saling dan mempertahankan informasi secara terbuka sangat penting antara *preceptor* dan *preceptee*. Hal ini senada dengan apa yang dikatakan oleh Yonge, Myrick, & Haase (2002) pengalaman *preceptorship* juga dapat menyebabkan stres pada *preceptee* dan dapat mengarah pada kekecewaan terhadap profesi perawat apabila antara *preceptor* dan *preceptee* tidak cocok. Tanggung jawab dan tanggung gugat mereka sebagai perawat baru untuk merawat pasien juga membuat mereka stres (Amos, 2001; Boychuk Duchscher, 2001; Charnley, 1999; Gerrish, 2000; Jasper, 1996; Kelly, 1998; Maben & Macleod Clark, 1998; O'Shea & Kelly, 2007).

6.1.1.6 Strategi Koping

Lebih dari sebagian besar (64%) dari perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI mempersepsikan strategi kopingnya kurang baik. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada sebanyak 75% perawat baru yang mempersepsikan strategi koping baik dan proses adaptasinya baik sementara 42,2% mempersepsikan strategi koping kurang baik. Dari nilai $p = 0,003$ yang diperoleh menyimpulkan bahwa ada hubungan antara strategi koping dengan proses adaptasi perawat baru. Hasil analisis menunjukkan nilai $OR = 4,111$, artinya bahwa perawat baru yang mempersepsikan strategi kopingnya baik mempunyai peluang 4,111 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan strategi kopingnya kurang baik.

Folkman dan Lazarus (1988) mengatakan strategi koping adalah cara yang digunakan oleh seseorang dalam menghadapi stressor. Adapun cara-cara yang digunakan seseorang dalam mengatasi stressor meliputi konfrontasi, menjauh, kontrol diri, mencari dukungan sosial, menerima tanggung jawab, melarikan diri-menghindar, penyelesaian masalah terencana, dan penilaian secara positif

Terdapat 64 Perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI yang mempersepsikan kadang-kadang saja melibatkan diri dalam penyelesaian suatu masalah ditempat kerjanya. Artinya menurut analisis peneliti bahwa perawat baru berusaha untuk

menghindar dari permasalahan yang ada di tempat kerjanya. Hal ini senada dengan apa yang di ungkapkan oleh DuBrin (2009) bahwa salah satu gaya dari bagaimana mengatasi konflik adalah menghindari permasalahan. Orang yang menghindar adalah kombinasi dari seseorang yang tidak kooperatif dan tidak asertif.

Peneliti berpendapat bahwa perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI masih perlu mengenali, memahami dan mempraktekkan berbagai macam cara/strategi melalui pembelajaran dikelas dan saat pembimbingan di lapangan secara individu dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi sehubungan dengan peran barunya sebagai perawat. Dengan demikian perawat baru bisa menjalankan tugasnya dengan baik. Peluang untuk dapat beradaptasi dengan baik adalah 4,1 kali artinya strategi koping yang baik memungkinkan perawat baru beradaptasi dengan baik.

6.1.1.7 *Self Efficacy*

Lebih dari sebagian (56,0%) perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI mempersepsikan *self efficacy* kurang baik. Artinya bahwa sebagian perawat baru masih kurang yakin diri atau kurang mantap diri akan kemampuannya. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa 79,5% perawat baru yang mempersepsikan *self efficacy* baik dan proses adaptasinya baik sementara 33,9% mempersepsikan *self efficacy* kurang baik. Dari nilai $p = 0,000$ yang diperoleh menyimpulkan bahwa ada hubungan antara *self efficacy* dengan proses adaptasi perawat baru. Dari nilai $OR = 7,573$ yang diperoleh artinya bahwa perawat baru yang mempersepsikan *self efficacy* baik mempunyai peluang 7,573 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan *self efficacy* kurang baik. Menurut pendapat peneliti bahwa peluang ini besar.

Dari sebaran item pernyataan kuesioner mengenai *self efficacy* terdapat 28 orang perawat baru yang kadang-kadang merasa yakin atau percaya diri dengan kemampuannya. 19 orang mempersepsikan penampilan kerjanya kadang-kadang baik, 15 orang kadang-kadang bangga dengan keterampilan yang dimiliki. 42 orang mempersepsikan kadang-kadang merasa terancam ketika perawat lain

menyaksikan pekerjaannya. Peneliti menyimpulkan bahwa perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI kurang yakin/mantap akan kemampuan yang dimilikinya.

Hal diatas senada dengan apa yang diungkapkan oleh Bandura (1997) bahwa persepsi *efficacy* akan meningkat seiring dengan pencapaian kinerja yang sukses dan mencapai hasil yang diharapkan. Perawat baru di temukan merasa tidak adekuat dan tidak kompeten selama tahun pertama melakukan praktek. Seringkali dilaporkan bahwa mereka tidak memiliki keterampilan dan pengetahuan yang di persyaratkan bagi mereka (Casey et al, 2004; Amos, 2001; Boychuck Dushscher, 2001; Clark dan Holmes, 2007). Ketidakpastian dan kepercayaan diri yang rendah dari perawat baru akan kemampuannya merupakan suatu fakta yang terus menerus terdapat dalam literatur (Peterson, 2009).

Self efficacy adalah keyakinan/kemantapan diri akan kemampuannya dalam melaksanakan tugas yang dipercayakan kepadanya. Berbagai studi telah menunjukkan bahwa mereka yang dengan rasa percaya/yakin diri yang tinggi cenderung untuk memiliki kinerja yang baik. Menjadi yakin diri itu penting dalam karir. Pribadi tersebut akan menetapkan tujuan yang tinggi terhadap diri mereka. Implikasi langsung dari *self efficacy* adalah bahwa orang tersebut berpikir bahwa mereka dapat mengerjakan tugas mereka dengan baik (DuBrin, 2009).

Saks (1997) berpendapat *self efficacy* awal menunjukkan bahwa ada hubungan antara training dengan penyesuaian diri pada karyawan baru. Dalam 6 bulan setelah perawat baru diterima, sebagian besar mereka memperoleh kepercayaan diri dan merasa bahwa mereka siap melaksanakan praktek secara mandiri (Clark dan Holmes, 2007). Salah satu sumber dari keyakinan diri menurut penelitian Hollenbeck dan Hall (2004) adalah dari sumber pertama yaitu pengalaman nyata atau hal yang telah di kerjakan. Telah menyelesaikan suatu pekerjaan sebelumnya dan sukses adalah cara yang paling ampuh untuk membangun keyakinan diri. Juga bisa belajar dari sumber yang ke dua yaitu cara *modeling* atau pengalaman orang lain.

Perawat baru bisa belajar untuk membangun keyakinan diri dari contoh yang diberikan oleh pembimbing klinik yang mendampingi. Selain itu juga bisa di bangun keyakinan diri perawat baru dari sumber persuasi sosial atau proses

peneguhan dari orang lain. Jika pembimbing klinik meyakinkan perawat baru bahwa mereka bisa melakukan suatu tugas maka perawat baru akan sering menerima dorongan besar dalam *self efficacy* untuk selalu mencoba melakukan tugas. Jika peneguhan ini disertai dengan pembimbingan bagaimana mengerjakan tugas dengan baik maka keyakinan diri akan diperoleh semakin tinggi. Jadi, menurut peneliti betapa peran dari seorang pembimbing klinik sangat besar dalam meningkatkan keyakinan diri perawat baru. *Self efficacy* sangat berhubungan dengan proses adaptasi bila dilihat dari nilai p dan nilai OR.

6.1.2 Program *Preceptorship*

6.1.2.1 Orientasi

Sebagian kecil (14%) perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI mempersepsikan orientasinya kurang baik. Hasil analisis bivariat menunjukkan 57% perawat baru mempersepsikan orientasinya baik dan proses adaptasinya baik sementara 35,7% mempersepsikan orientasi kurang baik. Dari nilai $p = 0,159$ yang diperoleh menyimpulkan tidak ada hubungan antara orientasi dengan proses adaptasi perawat baru. Nilai OR = 2,384, artinya perawat baru yang mempersepsikan orientasi baik mempunyai peluang 2,384 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan orientasi kurang baik.

Dari sebaran item pernyataan di dapatkan 8 orang perawat baru yang mempersepsikan setuju dan 4 orang sangat setuju tujuan dan sasaran dari orientasi tidak diterangkan dengan jelas, 5 orang mempersepsikan tidak setuju telah mengenal koordinator program orientasi, 3 orang perawat baru mempersepsikan tidak setuju bahwa program orientasi di terangkan dengan jelas. Peneliti berpendapat bahwa sebagian kecil perawat baru menjalankan orientasinya tanpa mengerti tujuan dan sasaran dari orientasi.

Dick dan Cragg (2003) dalam penelitiannya mengatakan bahwa perawat baru tidak familiar dengan lingkungan kerjanya yang baru dan segera membutuhkan suatu orientasi. Orientasi yang baik akan membantu perawat baru dalam proses adaptasinya. Bila program orientasi tidak dijelaskan dengan baik maka proses

penyesuaian dengan lingkungan baru akan berjalan lambat. Proses orientasi yang memadai meminimalkan kesalahpahaman, menumbuhkan rasa memiliki dan menerima serta meningkatkan antusiasme. Hal ini sesuai dengan nilai OR yang ditemukan bahwa perawat baru yang orientasi baik memiliki peluang 2,384 kali untuk berproses adaptasi baik.

Orientasi adalah proses penyesuaian bagi pekerja baru dengan lingkungan pekerjaan sehingga dia dapat berhubungan cepat dengan lingkungan sekitarnya yang baru. Maksud orientasi adalah membuat pegawai baru merasa diinginkan dan diperlukan oleh rekan sekerja serta atasan juga untuk meyakinkan perawat baru bahwa kehadirannya dibutuhkan untuk mewujudkan cita-cita organisasi. Park & Jones (2010) dalam penelitian mereka, mendapatkan dua hasil dari program orientasi dalam masa transisi yaitu bahwa orientasi meningkatkan rasa percaya diri perawat baru dan level kompetensi juga meningkatkan retensi.

6.1.2.2 Pembelajaran di Kelas

Hasil analisis univariat menunjukkan terdapat 45% perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI mempersepsikan pembelajaran di kelas kurang baik. Artinya hampir sebagian perawat baru merasa bahwa pembelajaran di kelas kurang membantu dalam proses adaptasi. Padahal tujuan dari pembelajaran dikelas adalah untuk meningkatkan pengalaman praktik klinik dari perawat baru dan membangun pengetahuan yang diperoleh dari perkuliahan.

Hasil analisis bivariat menunjukkan sebanyak 63,6% perawat baru yang mempersepsikan pembelajaran dikelas baik dan proses adaptasinya baik sementara 42,2% mempersepsikan pembelajaran kurang baik. Dari nilai $p = 0,053$ yang diperoleh menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pembelajaran dikelas dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 2,395$ artinya perawat baru yang mempersepsikan pembelajaran dikelas baik mempunyai peluang 2,395 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan pembelajaran dikelas kurang baik. Menurut peneliti peluang ini kecil.

Dari sebaran item pernyataan tentang pembelajaran dikelas diperoleh 8 orang perawat baru yang mempersepsikan setuju bahwa berbagi pengalaman/curah pendapat dengan teman sebaya di kelas menghambat dalam proses adaptasi, 7 orang mempersepsikan setuju bahwa metode simulasi atau studi kasus yang diberikan dalam pembelajaran dikelas kurang membantu. Menurut analisis peneliti bahwa sebagian kecil perawat baru berpendapat bahwa berbagi pendapat dengan teman seangkatan dan metode simulasi yang digunakan dikelas kurang membantu dalam proses adaptasi. Peranan nara sumber belum optimal hal ini bisa dilihat dari hasil riset antara yang mempersepsikan baik dan kurang baik sama besarnya pada komponen pembimbingan dan rotasi. Metode pembelajaran diperbaiki sehingga pembelajaran dikelas menarik dan bermanfaat bagi perawat baru.

Hal diatas tidak sesuai dengan pendapat Hafler (2007) yang mengatakan pertemuan dengan teman dalam kelompok kecil, perawat baru belajar keterampilan pengelolaan dalam penyesuaian ke peran profesional barunya. Sesi ini memampukan perawat baru berbagi tentang keprihatinan dan berbicara tentang perasaan ketika mereka membuat kesalahan. Mereka dapat saling bertukar dan membandingkan perasaan mereka satu dengan lain dan menemukan bahwa perasaan-perasaan mereka adalah sesuatu yang normal. Memberikan informasi yang berharga dan komentar yang mendukung satu dengan yang lain menjadikan anggota kelompok mengembangkan ikatan hubungan yang dekat dan mencapai persahabatan selama satu tahun orientasi.

6.1.2.3 Pembimbingan Klinik

Hasil analisis univariat menunjukkan 50,0% perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI mempersepsikan pembimbingan klinik kurang baik. Perbandingan antara yang mempersepsikan pembimbingan klinik baik dan kurang baik adalah sama. Artinya bahwa sebagian perawat baru mendapatkan pembimbingan klinik dari pembimbing dengan baik sementara sebagian lagi mempersepsikan kurang baik dalam pembimbingan.

Hasil analisis bivariat menunjukkan 64% perawat baru yang mempersepsikan pembimbingan klinik baik dan proses adaptasinya baik sementara 44% mempersepsikan pembimbingan kurang baik. Nilai $p = 0,071$ menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pembimbingan dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 2,263$, artinya Perawat baru yang mempersepsikan pembimbingan klinik baik mempunyai peluang 2,263 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan pembimbingan klinik kurang baik.

Dari sebaran item pernyataan tentang pembimbingan klinik diperoleh 3 perawat baru mempersepsikan tidak setuju pembimbing membantu perawat baru dalam mengaplikasikan teori keperawatan, 6 orang perawat baru mempersepsikan tidak setuju pembimbing sabar dan telaten membimbing perawat baru, 11 perawat baru mempersepsikan setuju bahwa pembimbing sibuk mengurus pasien sehingga tidak mempunyai waktu untuk membimbing perawat baru, 3 orang mempersepsikan setuju bahwa pembimbing membiarkan perawat baru tanpa pengarahan bila salah dalam pendokumentasian.

Dari pernyataan diatas, analisis peneliti bahwa peran seorang *preceptor* sangat vital dalam membantu perawat baru dalam meningkatkan kompetensi dan proses adaptasi perawat baru di tempat baru. Persepsi perawat baru bahwa *preceptor* sibuk dengan pasiennya sehingga tidak mempunyai waktu untuk membimbing *preceptee* sesuai dengan penelitian Ross & Clifford (2002) yang mengatakan bahwa beban kerja *preceptor* tampaknya menjadi keterbatasan dari manfaat *preceptorship*. Lebih lanjut dikatakan bahwa tugas *precepting* di tambahkan kepada beban kerja perawat yang berpengalaman tanpa penghargaan akan waktu yang dibutuhkan untuk pembimbingan.

Bick (2000) dalam penelitiannya juga mengatakan bahwa perawat baru melaporkan bahwa *preceptor* terlalu sibuk untuk dapat memberikan waktu yang cukup bagi *preceptee* atau mendapatkan *preceptor* yang tidak konsisten dan ini membuat frustrasi dan membingungkan (Delaney, 2003). Laporan ini mengarahkan perhatian pada kenyataan bahwa keuntungan program *preceptor*

bagi perawat baru tergantung pada dukungan yang adekuat dan juga kompensasi bagi *preceptor*.

Hal diatas masih didukung dengan penelitian dari DES & T (2001) bahwa lulusan baru perawat mengharapkan dukungan dari perawat yang berpengalaman tetapi banyak diantaranya tidak menerima dukungan tersebut. Banyak perawat baru merasa diperlakukan dengan tidak baik oleh rekan kerja perawat dan masa transisi tersebut menimbulkan stres atau pengalaman negatif.

Menurut analisis peneliti bahwa perlu untuk menciptakan lingkungan yang mendukung bagi perawat baru dalam masa pembimbingan. Pentingnya pengalaman masa transisi yang positif ini akan membantu kekuatan profesi dan meningkatkan retensi perawat sehingga perawat nantinya diharapkan dapat memberikan pelayanan keperawatan yang lebih baik. Peran *preceptor* menjadi sangat penting dalam membimbing perawat baru untuk memperoleh keterampilan klinik dan tanggung jawab. Hal ini didukung oleh pendapat Rose (2007) mengatakan bahwa kualitas dari *preceptor* yang efektif adalah keterampilan komunikasi yang baik, *role model* yang profesional, rela memberikan waktu bagi *preceptee*, seorang pendengar dan pengelola masalah yang baik, peka terhadap kebutuhan dan ketidakpengalaman *preceptee*, mengenal teori dan praktik keperawatan terbaru, kompeten dan percaya diri dalam peran sebagai *preceptor*. Menurut pendapat peneliti bila *preceptor* sungguh menyadari akan tugas dan perannya sebagai *preceptor* kemungkinan sebagian besar perawat baru akan mempersepsikan mendapatkan pembimbingan klinik yang baik.

Manajer keperawatan dapat mengatasi potensi hambatan yang dialami perawat baru dalam hal pembimbingan klinik dengan mempertimbangkan apa yang diungkapkan Marquis dan Huston, (2010) yaitu dengan cara (1) memilih pembimbing dengan cermat, (2) memilih pembimbing yang mempunyai niat yang kuat untuk menjadi model peran, (3) mempersiapkan pembimbing menjalani peran mereka dengan memberikan kelas formal mengenai konsep belajar orang dewasa dan konsep belajar/sosial lainnya, dan (4) meminta petugas pengembangan staf yang berpengalaman untuk memantau pembimbing dan

lulusan baru secara ketat untuk memastikan bahwa hubungan yang terjadi antara pembimbing dan lulusan baru terus menghasilkan manfaat dan pertumbuhan bagi keduanya. Maka pendapat Marquis dan Huston (2010) yang mengatakan bahwa perawat baru ditugaskan bekerja dengan pembimbing dan secara bertahap mengelola pasien yang sama banyak dengan pembimbing akan dapat terjadi.

6.1.2.4 Rotasi

Hasil analisis univariat menunjukkan 50% perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI mempersepsikan rotasi kurang baik. Hasil analisis bivariat menunjukkan 60% perawat baru yang mempersepsikan rotasi baik dan proses adaptasinya baik sementara 48% mempersepsikan rotasi kurang baik. Dari nilai $p = 0,316$ yang diperoleh menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara rotasi dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 1,625$, artinya perawat baru yang mempersepsikan rotasi baik mempunyai peluang 1,625 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan rotasi kurang baik.

Dari sebaran item pernyataan tentang rotasi diperoleh 33 orang mempersepsikan setuju dan 10 orang mempersepsikan sangat setuju untuk tetap memilih di tempat awal bekerja daripada ke ruangan yang baru, 27 perawat baru mempersepsikan tidak setuju dan 2 orang sangat tidak setuju bahwa semakin percaya diri di ruangan yang baru. Peneliti berkesimpulan bahwa sebagian kecil perawat baru kurang menginginkan untuk rotasi keruangan yang baru. Tujuan diadakannya rotasi mungkin belum jelas diawal program.

Berbeda dengan pendapat Halfer (2007) bahwa pertukaran pembelajaran klinik memberikan perawat baru suatu kesempatan untuk mengembangkan suatu pendekatan yang holistik. Pertukaran klinik juga membangun hubungan kerja melalui rumah sakit yang di temukan dari perawat baru dan dari berbagai departemen. Perawat baru melihat bahwa pertukaran klinik/rotasi merupakan suatu kesempatan yang penting untuk melihat secara nyata apa yang dialami pasien/keluarga selama mereka dirawat atau selama mereka berkunjung ke bagian rawat jalan.

Upaya membantu perawat baru agar kompeten dalam berbagai pengalaman klinik, maka program merencanakan rotasi melalui beberapa area (seperti area penyakit dalam, bedah, perawatan kritis, rawat jalan, atau unit gawat darurat). Menurut Myrick dan Yonge (2005) bahwa rotasi dilakukan sebaiknya saat rumah sakit atau kegiatan di RS dalam keadaan tenang dan tidak sibuk. Menurut peneliti walaupun peluang jika rotasi baik dan proses adaptasi baik adalah kecil namun program rotasi ini perlu menjadi pertimbangan pihak keperawatan untuk pengenalan unit kerja, tugas dan tanggung jawab sebagai perawat serta untuk menentukan minat dari perawat baru. Tiga artikel yang mengenalkan ide dari perputaran/rotasi ini sebagai satu metode dalam praktik klinik adalah Blanzola et al (2004); Dilorio et al (2001); Halfer (2007).

6.1.2.5 Evaluasi

Hasil analisis univariat menunjukkan sebagian kecil (12%) perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI mempersepsikan evaluasi kurang baik. Hasil analisis bivariat menunjukkan 59,1% perawat baru yang mempersepsikan evaluasi baik dan proses adaptasinya baik sementara 16,7% mempersepsikan evaluasi kurang baik. Artinya sebagian kecil perawat baru mempersepsikan evaluasi yang dilakukan terhadap mereka kurang baik. Dari nilai $p = 0,011$ yang diperoleh menyimpulkan bahwa ada hubungan antara evaluasi dengan proses adaptasi perawat baru. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR = 7,222$, artinya perawat baru yang mempersepsikan evaluasi baik mempunyai peluang 7,222 kali untuk proses adaptasi baik dibanding perawat baru yang mempersepsikan evaluasinya kurang baik. Peluang ini menunjukkan bahwa evaluasi berpengaruh terhadap proses adaptasi.

Sistem evaluasi yang diberlakukan di PKSC, RSB, dan RSPI hampir sama. Evaluasi dilakukan secara berkala setiap trimester. Dilakukan secara formal dan informal, tertulis dan lisan dan juga dengan membuat suatu persentasi kasus. Evaluasi kinerja perawat baru mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap.

Dari sebaran item pernyataan tentang evaluasi diperoleh 3 orang perawat baru mempersepsikan tidak setuju presentasi kasus yang ditugaskan memacu untuk proses belajar, 7 orang mempersepsikan setuju dan 1 orang sangat setuju bahwa

merasa terganggu dengan adanya penilaian secara lisan terhadap kinerja perawat baru. Melihat kondisi yang dialami oleh perawat baru ini menjadi sangat penting apa yang diungkapkan oleh DES&T (2001) bahwa *Feedback* yang positif dan konstruktif menjadi faktor yang signifikan mempengaruhi pengalaman perawat baru dalam masa orientasi.

Dilain pihak ada 85 orang perawat baru mempersepsikan setuju dan 6 orang sangat setuju kecewa dengan sistem evaluasi yang ada karena tidak sesuai dengan kinerja perawat baru. Dumas, Villeneuve & Chevrier (2000) dalam penelitiannya mengatakan bahwa para *preceptor* mengalami kesulitan dalam mengevaluasi perawat baru yang telah pindah atau rotasi ke ruangan lain. Menurut peneliti mungkin hal ini bisa menjadi salah satu penyebab perawat baru kecewa dengan evaluasi yang dilakukan terhadap kinerja mereka. Kemungkinan lain yang bisa menyebabkan kekecewaan perawat baru dalam sistem evaluasi adalah bahwa diawal program *preceptorship*, *preceptor* dan *preceptee* perlu menyadari standar dan harapan akan evaluasi.

Neary, 2001 dalam Myrick dan Yonge (2005) berpendapat evaluasi kinerja klinik perawat baru merupakan suatu pokok pembicaraan bagi para *preceptor*. *Tool* atau alat dari evaluasi perawat baru belum ada yang terstandar. *Preceptor* menggunakan *tool* yang bervariasi. Evaluasi program pelaksanaan bisa dilakukan secara harian, pada pertengahan atau di bagian akhir dari program. Evaluasi bisa dilakukan secara formal yang mencakup kompetensi (sikap, keterampilan dan pengetahuan). Evaluasi secara informal dilakukan dengan memberikan umpan balik secara verbal. Bila kinerja dari *preceptee* dipandang buruk maka *preceptor* bisa merekomendasi untuk pemutusan kontrak atau perpanjang masa pembinaan.

6.1.3 Faktor yang Paling Berhubungan dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PKSC, RSB, dan RSPI

Berdasarkan hasil analisis multivariat ternyata variabel yang berhubungan dengan proses adaptasi perawat baru adalah lama kerja, *self efficacy* dan konflik. Selanjutnya, variabel yang dominan berhubungan terhadap proses adaptasi perawat baru ternyata adalah *self efficacy* karena memiliki nilai *Odds Ratio* (OR)

yang paling besar yaitu 6,68. Sehingga dalam penelitian ini berarti karakteristik perawat yang paling besar pengaruhnya terhadap proses adaptasi perawat baru adalah karakteristik *self efficacy* (Kemantapan/keyakinan diri perawat baru). Maka bila perawat baru kurang memiliki keyakinan/kemantapan diri akan kemampuannya maka dapat menghambat dalam proses adaptasi.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan yang dialami oleh peneliti dalam penelitian ini meliputi kesempatan perbaikan kuesioner, sampel penelitian.

6.2.1 Kesempatan Perbaikan Kuesioner

Peneliti menggunakan sampel terpakai sehingga tidak melakukan uji coba instrumen. Akibat dari tidak dilakukannya uji coba instrumen, maka peneliti tidak memiliki kesempatan untuk memperbaiki kuesioner yang dibuat. Meskipun demikian setiap sub variabel yang diteliti masih terwakili minimal 3 sampai 6 pernyataan yang valid.

6.2.2 Sampel /Responden Penelitian

Jumlah sampel pada penelitian ini terbatas yaitu 100 responden seharusnya sampel adalah 120 karena terdiri dari 12 variabel. Bila penelitian akan melakukan analisis multivariate maka jumlah anggota sampel minimal 10 kali dari jumlah variable yang diteliti (Sugiyono, 2009). Perawat yang menjadi responden dalam penelitian ini berasal dari 3 rumah sakit yang memiliki karakteristik rumah sakit mirip, karakteristik perawat baru yang hampir sama karena sama-sama menggunakan program *preceptorship* dalam pembinaan perawat baru namun budaya kerja mungkin berbeda karena dipengaruhi oleh visi, misi dan bentuk rumah sakit yang *profit* dan *non for profit*. Hal ini kemungkinan mempengaruhi responden dalam mengikuti program *preceptorship*.

6.3 Implikasi Terhadap Pelayanan, Penelitian Keperawatan.

6.3.1 Pelayanan dan Manajemen Keperawatan

Ada hubungan antara lama kerja dengan proses adaptasi perawat baru. Lebih dari sebagian perawat baru mempunyai pengalaman kerja rata-rata 7,38 bulan namun proses adaptasinya kurang baik. Ini bisa terjadi karena mayoritas perawat baru adalah lulusan D3 keperawatan. Akibatnya bahwa proses penyesuaian dengan situasi baru membutuhkan waktu yang lama padahal dalam 6 bulan pertama sebenarnya perawat baru sudah siap melaksanakan praktik mandiri. Tingkat pendidikan perawat baru mayoritas adalah D3 keperawatan. Pendidikan merupakan suatu indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan. Perawat dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya menyebabkan orang tersebut mampu dan bersedia menerima posisi dan tanggung jawab terhadap tugas. Artinya bahwa S1 keperawatan mempunyai kemampuan lebih untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan.

Ada hubungan antara konflik dengan proses adaptasi perawat baru. Artinya bahwa semakin konflik seseorang semakin proses adaptasinya kurang baik. Dari item pernyataan didapatkan bahwa 17 perawat baru mengatakan sering dan 66 mengatakan kadang-kadang mengalami ketakutan akan terjadi kesalahan setiap kali akan memberikan asuhan keperawatan. Dampaknya adalah perawat baru semakin lama membutuhkan pembimbingan, kerja kurang produktif, stres bertambah akibatnya tidak bisa bekerja maksimal. Tidak menutup kemungkinan perawat baru akan meninggalkan institusi tempat bekerja dan pindah ke institusi lain.

Ada hubungan antara strategi koping dengan proses adaptasi perawat baru. Dari sebaran item pernyataan didapatkan 66 perawat baru kadang-kadang saja melibatkan diri dalam penyelesaian masalah ditempat kerja. Dengan kata lain strategi koping yang digunakan adalah menghindar dari permasalahan. Dampaknya nantinya bahwa perawat baru sulit untuk mandiri dan tidak berani

menghadapi resiko dari pekerjaannya. Padahal perawat dituntut untuk bertanggung jawab dan bertanggung gugat.

Ada hubungan antara *self efficacy* dengan proses adaptasi perawat baru. Dari item pernyataan 28 perawat baru kadang-kadang saja yakin dengan kemampuannya, 42 perawat baru mengatakan kadang-kadang merasa terancam bila orang lain menyaksikan pekerjaannya. Artinya bahwa perawat baru kurang memiliki keyakinan diri akan kemampuannya. Hal ini akan berdampak pada pelaksanaan tugas sebagai perawat. Perawat ini akan mengalami keragu-raguan dalam melakukan pekerjaannya. Bila seorang perawat ragu dalam melaksanakan tugasnya maka akan menghambat dalam pengambilan keputusan.

Ada hubungan antara evaluasi dengan proses adaptasi perawat baru. Dari sebaran item pernyataan 85 perawat baru mengatakan setuju merasa kecewa dengan sistem evaluasi yang ada karena tidak sesuai dengan kinerja perawat baru. 8 perawat baru mengatakan setuju merasa terganggu dengan adanya penilaian secara lisan terhadap kinerja perawat baru. *Feedback* yang positif dan konstruktif menjadi faktor yang signifikan mempengaruhi pengalaman perawat baru dalam masa orientasi. Pengalaman evaluasi yang kurang menyenangkan akan berdampak pada keseriusan perawat dalam mengikatkan diri dengan institusi yang ditempati. Bila tujuan dan harapan akan evaluasi tidak disosialisasikan di awal program maka para perawat baru kurang siap bila dilakukan evaluasi terhadap kinerja mereka. *Preceptor* dan *preceptee* sama-sama perlu menyadari tujuan dan harapan dari program *preceptorship*.

Tidak ada hubungan antara orientasi dengan proses adaptasi perawat baru. Dari sebaran pernyataan bahwa 12 perawat baru mengatakan bahwa tujuan dan sasaran dari orientasi tidak dijelaskan, 8 perawat baru mengatakan bahwa program orientasi tidak dijelaskan dengan baik. Walaupun tidak ada hubungan antara orientasi dengan proses adaptasi namun orientasi merupakan kebutuhan bagi seorang perawat baru. Orientasi yang baik membantu perawat baru dalam proses adaptasinya. Bila program orientasi tidak dijelaskan dengan baik maka dampaknya adalah proses penyesuaian dengan lingkungan baru berjalan lambat.

Perawat baru semakin membutuhkan waktu yang lama untuk penyesuaian diri dan kepercayaan diri kurang berkembang.

Perawat baru berada pada umur dewasa muda yang merupakan perkembangan puncak dari kondisi fisik dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki. Pada tahap ini setiap individu memiliki kemampuan kognitif dan penilaian moral yang lebih kompleks. Usia juga menentukan kemampuan seseorang untuk bekerja termasuk bagaimana merespon stimuli. Manajemen keperawatan perlu menyadari bahwa perawat baru mayoritas berusia produktif. Peran manajemen keperawatan menjadi sangat penting mengoptimalkan perawat muda melalui penyediaan pembimbingan dan pendampingan yang baik agar proses adaptasi bisa lebih cepat terjadi sehingga bisa produktif dalam perannya. Bila Perawat baru tidak mendapatkan pembimbingan dan pendampingan yang baik maka bisa terjadi proses adaptasi semakin lama dan kerja tidak produktif.

Tidak ada hubungan antara pembelajaran di kelas dengan proses adaptasi perawat baru. Dari sebaran item pernyataan didapatkan bahwa 8 perawat baru mengatakan setuju bahwa berbagi pendapat dengan teman/*peer* menghambat dalam proses adaptasi, 7 orang mengatakan setuju metode simulasi atau studi kasus yang diberikan di kelas kurang membantu. Padahal menurut Hafler (2007) sesi ini memampukan perawat baru berbagi tentang keprihatinan dan perasaan. Mereka dapat saling bertukar dan membandingkan perasaan satu dengan lain dan ini mengembangkan ikatan hubungan yang dekat. Walau hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara pembelajaran dengan proses adaptasi namun dampaknya bila berbagi pengalaman dan metode simulasi dirasakan kurang membantu maka program pembelajaran di kelas kurang bermanfaat dan menghabiskan waktu.

Tidak ada hubungan antara pembimbingan dengan proses adaptasi perawat baru. Dari sebaran item pernyataan 11 perawat baru mengatakan setuju bahwa pembimbing sibuk mengurus pasien sehingga tidak mempunyai waktu untuk membimbing perawat baru. Walaupun tidak ada hubungan antara pembimbingan dengan proses adaptasi perawat baru, namun pembimbingan bisa membantu

mempercepat proses adaptasi dengan peran/tugasnya yang baru serta mengembangkan kompetensi. Dengan demikian perawat baru diharapkan cepat bisa mandiri dengan perannya. Pembimbingan yang kurang dapat memberi dampak yaitu menimbulkan stres baru dan pengalaman negatif. Hal ini bisa berujung pada *turnover* perawat baru, kembali merekrut dan membina perawat baru, waktu dan biaya yang dikeluarkan bertambah.

Tidak ada hubungan antara rotasi dengan proses adaptasi perawat baru. Dari sebaran item pernyataan 43 perawat baru setuju untuk memilih berada di tempat yang lama daripada rotasi ketempat baru. Walau tidak terdapat hubungan antara rotasi dan proses adaptasi perawat baru namun tujuan rotasi ini sebenarnya adalah memberikan suatu kesempatan baru bagi perawat baru untuk mengembangkan suatu pendekatan yang holistik. Melihat secara nyata apa yang dialami pasien/keluarga selama mereka dirawat di rumah sakit atau berkunjung ke bagian rawat jalan. Dampaknya bila perawat kurang menikmati masa rotasi maka akan menimbulkan stres baru dan membuat perawat kembali merasa seperti awal masuk ke lingkungan baru.

6.3.2 Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dilakukan di tiga rumah sakit yang sama-sama menggunakan program *preceptorship* dalam pembinaan perawat baru, sama-sama rumah sakit tipe B dan rumah sakit swasta nasional. Dari tiga rumah sakit tempat penelitian ini dua diantaranya berlatar belakang keagamaan sementara yang satu bukan keagamaan. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa program *preceptorship* komponen evaluasi dan karakteristik perawat yang meliputi lama kerja, konflik dan strategi koping serta *self efficacy* mempunyai hubungan dengan proses adaptasi perawat baru. *Self efficacy* merupakan faktor yang dominan yang berhubungan dengan proses adaptasi. Peneliti selanjutnya perlu mempertimbangkan apakah bentuk dari rumah sakit itu adalah *bisnis oriented* (for profit atau bukan) karena itu juga dapat mempengaruhi hasil penelitian.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Perlu untuk mempertimbangkan instrumen dalam bentuk lain untuk mengetahui hubungan

antara program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi serta mempertimbangkan faktor yang mempengaruhi *self efficacy* perawat sehingga dapat dijadikan pembanding dalam memvalidasi hasil penelitian ini, atau melihat hal-hal yang berkontribusi terhadap terjadinya proses adaptasi perawat baru.



BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini peneliti akan menguraikan simpulan dari hasil penelitian dan pembahasan serta memberikan saran yang terkait dengan pelayanan keperawatan.

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Sebagian besar perawat baru di PKSC, RSB, dan RSPI adalah berjenis kelamin perempuan, rata-rata umur perawat baru adalah 23,46 tahun dengan tingkat pendidikan mayoritas D3 Keperawatan. Rata-rata lama kerja perawat baru adalah 7,38 bulan. Potensial untuk dikembangkan lebih lanjut apabila disertai dengan pembimbingan.
- 7.1.2 Lebih dari sebagian perawat baru mempersepsikan mengalami konflik, lebih dari sebagian mempersepsikan kurang baik dalam strategi koping dan *self efficacy*. Kondisi ini dapat berkontribusi terhadap *turnover* perawat baru.
- 7.1.3 Program *preceptorship* dipersepsikan baik oleh lebih dari sebagian perawat baru. Sebagian mempersepsikan baik untuk komponen pembimbingan klinik dan rotasi, lebih dari sebagian mempersepsikan pembelajaran di kelas baik sementara sebagian besar mempersepsikan baik untuk komponen orientasi dan evaluasi namun belum optimal dilaksanakan sesuai teori dan konsep.
- 7.1.4 Karakteristik perawat yang meliputi umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan proses adaptasi perawat baru.
- 7.1.5 Karakteristik perawat yang meliputi lama kerja, konflik, strategi koping dan *self efficacy* mempunyai hubungan dengan proses adaptasi perawat baru namun variabel ini perlu menjadi pertimbangan pengelola untuk mengembangkan program *preceptorship*.

- 7.1.6 Program *preceptorship* mempunyai hubungan dengan proses adaptasi perawat baru dengan nilai $p = 0,002$ dan nilai $OR = 4,081$ (95% CI: 1,77-9,41). Komponen program *preceptorship* yang berhubungan dengan proses adaptasi adalah evaluasi. Program *preceptorship* tetap perlu dilaksanakan dengan memperbaiki komponen orientasi, pembelajaran dikelas, pembimbingan dan rotasi.
- 7.1.7 *Self efficacy* merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan proses adaptasi perawat baru. *Self efficacy* menentukan proses adaptasi selain faktor konflik dan lama kerja.

7.2 Saran

Program *preceptorship* dan karakteristik perawat mempunyai hubungan dengan proses adaptasi perawat baru maka saran ditujukan kepada:

7.2.1 Manajer Keperawatan

- 7.2.1.1 Lakukan evaluasi terhadap program *preceptorship* yang telah berjalan minimal 1 tahun sekali.
- 7.2.1.2 Tetapkan dan seleksi *preceptor* yang baik dan kompeten. Pertimbangkan beban kerja dari *preceptor* sehingga dapat maksimal dalam membimbing perawat baru
- 7.2.1.3 Memberikan umpan balik minimal setiap 3 bulan sekali terhadap kinerja *preceptor* dan nara sumber dalam program *preceptorship*
- 7.2.1.4 Memfasilitasi *preceptor* agar dapat menciptakan rasa aman bagi perawat baru serta mengurangi stres/konflik selama masa transisi.
- 7.2.1.5 Buat format evaluasi yang baku dan sosialisasikan sistem evaluasi di awal program *preceptorship* sehingga perawat baru siap untuk dilakukan evaluasi.
- 7.2.1.6 Tingkatkan pendidikan formal perawat dari D3 keperawatan ke S1 keperawatan atau ke spesialis sehingga kemampuan beradaptasi lebih baik.
- 7.2.1.7 Anjurkan pada nara sumber dan *preceptor* untuk menggunakan pembelajaran interaktif dikelas dan dilapangan sehingga dapat memicu perawat baru untuk lebih giat mengikuti program *preceptorship*.

7.2.1.8 Jelaskan sasaran, target dan harapan rotasi sebelum merotasikan perawat baru.

7.2.2 Pengelola program *preceptorship*

7.2.2.1 Libatkan perawat baru dalam penyelesaian setiap masalah yang ada di tempat kerja. Hal ini akan membuat perawat baru belajar mengenal berbagai strategi koping atau cara penyelesaian masalah.

7.2.2.2 Jelaskan dan sosialisasikan dengan baik tujuan dan sasaran dari orientasi pada awal program *preceptorship* sehingga perawat baru tahu apa yang harus dicapai.

7.2.2.3 Sosialisasikan tujuan dan harapan akan evaluasi di awal program *preceptorship* dengan demikian perawat baru siap untuk dievaluasi.

7.2.2.4 Kondisikan *preceptor* untuk menciptakan hubungan yang harmonis antara *preceptor* dan *preceptee* sehingga program *preceptorship* dapat memberikan manfaat bagi kedua belah pihak.

7.2.3 *Preceptor*

7.2.3.1 Beri peneguhan dan pujian kepada perawat baru bila berhasil baik dengan pekerjaannya dan jadikan diri sebagai *role model* bagi perawat baru. Hal ini berdampak pada peningkatan *self efficacy* perawat baru.

7.2.3.2 Beri umpan balik yang positif dan konstruktif terhadap kinerja perawat baru melalui pertemuan berkala minimal 2 minggu sekali dengan demikian perawat baru mendapatkan pengalaman evaluasi yang positif.

7.2.3.3 Beri pembimbingan yang baik sesuai dengan kompetensi seorang *preceptor* dan target kompetensi perawat baru agar perawat baru dapat mencapai target yang ditetapkan.

7.2.4 *Preceptee*

7.2.4.1 Ikuti program *preceptorship* dengan penuh komitmen dan tanggung jawab.

7.2.4.2 Ikut serta secara aktif dalam kegiatan rutin di tempat kerja khususnya dalam proses penyelesaian suatu masalah yang ada.

- 7.2.4.3 Bersedia untuk dievaluasi baik secara lisan maupun tertulis dan bersikap terbuka kepada *preceptor* terkait keterbatasan yang dimiliki demi untuk perbaikan dan perkembangan diri
- 7.2.4.4 Belajar untuk meningkatkan *self efficacy* dengan mengerjakan tugas sebaik-baiknya dan melihat contoh dari *preceptor*/perawat yang kompeten.

7.2.5 Penelitian Lanjut

- 7.2.5.1 Keterkaitan *self efficacy* dalam proses adaptasi perawat baru dapat dijadikan sebagai fenomena menarik. Perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy* perawat baru.
- 7.2.5.2 Penelitian tentang program *preceptorship* dan proses adaptasi perawat baru dengan metode pengumpulan data yang berbeda misalnya dengan metode observasi sehingga dapat dijadikan pembandingan dalam memvalidasi hasil penelitian ini, atau melihat hal-hal yang berkontribusi terhadap terjadinya proses adaptasi perawat baru.
- 7.2.5.3 Penelitian yang dilakukan menggunakan analisis regresi logistic jumlah sampel minimal harus dipenuhi sesuai dengan ketentuan/ketetapan asumsi statistik.
- 7.2.5.4 Penelitian sebaiknya dilakukan di rumah sakit yang karakteristik sama termasuk dengan budaya kerja serta bentuk rumah sakit (*for profit* atau *non for profit*) agar mendapatkan hasil yang lebih valid dalam menggambarkan kondisi program *preceptorship* dan proses adaptasi perawat baru.
- 7.2.5.5 Riset kualitatif perlu dilakukan untuk mendapatkan pembandingan pengalaman perawat baru antara yang berlatar belakang seorang *Nun* (biarawati) dengan perawat umum.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.J. (2003). *Manajemen administrasi rumah sakit*. Edisi kedua. Jakarta: UI
- Adlam, K.A., Dotchin, M & Hayward, S. (2009: January). Nursing first year of practice, past, present & future: documenting the journey in New Zealand. *Journal of nursing management*.
- Allanach. B.C., Jennings, B.M. (2006). Evaluating the effects of a nurse preceptorship programme. *Journal of advanced nursing*. Volume 15, Issue 1, pages 22 – 28.
- Alligood., Tomay, M. (2006). *Nursing theory: utilization & application*. 3rd Edition. St Louis, Missouri: Elsevier Mosby
- Almada, P., Carafoli K., Flattery J.B., French D.A. & McNamara M. (2004) Improving the retention rate of newly graduated nurses. *Journal for nurses in staff development* 20 (6), 268-273.
- American psychological Association. (2001). *Publication manual*. 5th Edition. Washington DC
- Amos, D. (2001). An evaluation of staff nurse role transition. *Nursing Standard*, 16(3), 36-41.
- Ariawan, I (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok-Jabar: FKM – UI
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan: aplikasi prinsip lingkaran pemecahan masalah*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
- Bandura, A (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Barker, E.R., Pittman, O. (2010: March). Becoming a super preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate. *Journal of the American academy of nurse practitioners*. Volume 22, pages 144-149
- Beecroft, P.C., Dorey F., & Wenten M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *Journal of advanced nursing* 62 (1), 42-52
- Bick, C. (2000). Please help! I'm newly qualified. *Nursing Standard*, 14(16), 44-47.
- Blais, Kathleen K. et al (2007). Alih Bahasa: Yuyun Yuningsih & Nike Budhi Subekti. *Praktik keperawatan profesional: konsep & perspektif*. Jakarta: Penerbit EGC

- Blanzola C., Lindeman R. & King M.L. (2004) Nurse Internship pathway to clinical comfort, confidence, and competency. *Journal for Nurses in Staff Development* 20(1), 27–37.
- Bourcier, J., Betany. (2008). *Graduate nurses in the intensive care unit; an orientation model*. Diakses melalui <http://cen.accn.journals.org>
- Bumgarner, S & Biggerstaff, G (2000). A patient-centered approach to nurse orientation. *Journal for nurses in staff development-JNSD*. Volume 16- issue 6 – pp 249-256. CE Articles
- Canadian Nurses Association. (2004). *Achieving excellence in professional practice; a guide to preceptorship and mentoring*. Ottawa On K2P 1E2: 50 driveway
- Casey, K.M.S., Fink, R., Krugman, M. & Propst, J. (2004). The graduate nurse experience. *Journal of nursing administration*. Volume 34- Issue6 – pp 303-311. Articles
- Catalano, J.T (2009). *Nursing now! Today's issues, tomorrow's trend*. Fifth Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Chang, E., Hancock, K (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing & Health Sciences*. Volume 5, Issue 2, pages 155-163. Articles
- Clark, T. & Holmes, S. (2007). Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1210-1220.
- Coeling, H. V. (1990). Organizational culture: Helping new graduates adjust. *Nurse Educator*, 15(2), 26-30.
- Cooper, A.M., Palmer, A. (2000). *Mentoring, preceptorship and clinical supervision: a guide to professional roles in clinical practice*. 2nd Edition. London: Blackwell Science
- Craven, H., & Broyles, J. (1996). Professional development through preceptorship. *Journal of Nursing Staff Development*; 12(6), 294-299.
- Delaney, C. (2003). Walking a fine line: Graduate nurses' transition experiences during orientation. *Journal of Nursing Education*, 42(10), 437-443.
- Departement of Education, Science and Tecnology (DEST). (2001) *National Review of Nursing Education: Discussion Paper*. December. Canberra, Australia.
- Dessler, G. (1997). *Manajemen sumber daya manusia*. Alih Bahasa: Benyamin Molan. Jakarta: PT Ikrar Mandiriabadi

Universitas Indonesia

- DeWolfe, J.A., Laschinger, S & Perkin, C. (2010). Preceptors' Perspectives on Recruitment, Support, and Retention of Preceptors. *Journal of Nursing Education* Vol. 49 No. 4 April 2010
- Dick, D. D. & Cragg, B. (2003). Undergraduate education: Development and politics. In M. McIntyre & E. Thomlinson (Eds.) *Realities of Canadian Nursing: Professional, Practice and Power Issues* (pp. 182-204). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Duchscher, JB. (2008). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. Theoretical Paper. *Journal of advanced nursing*. Doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x
- Dumas, L., Villeneuve, J., & Chevrier, J. (2000). A tool to evaluate how to learn from experience in clinical settings. *Journal of Nursing Education*, 39, 252 - 258
- Eley, S.M.(2010). *The power of preceptorship*. Dasadur dari http://www.rnjournal.com/journal_of_nursing/the_power_of_preceptorship_2.htm pada tanggal 10 Januari 2011 pk. 12.00 wib
- Folkman S. & Lazarus R.S. (1988) *Ways of Coping Questionnaire Manual Test Booklet, Scoring Key*. Mind Garden, Inc., Disadur dari <http://www.mindgarden.com> pada tanggal 10 Januari 2011 pk. 12.30 wib.
- Gerrish, K. (2000). Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 473-480.
- Gillies, D.A. (1994). *Nursing management a system approach*. 3rd Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Halfer, D. (2007). A magnetic strategy for new graduate nurses. *Nursing economics journal* 25 (1), 6-12. Article
- Hamid. (2007). *Buku ajar riset keperawatan, konsep etika dan instrumentasi*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit EGC
- Hardiman, R., & Hickey, G (2001). What do newly qualified nurses expect from preceptorship? Exploring the perspective of the perceptee. *Nurse education today*, 21, 58 - 64
- Hasibuan, S.P. (2007). *Manajemen sumber daya manusia*. Edisi Revisi. Jakarta: Penerbit Bumi Aksara
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok-Jabar: FKM – UI
- Hillman, L., Foster, R. (2010: November). The impact of a nursing transitions programme on retention and cost savings. *Journal of nursing management*.

- Hollenbeck, G.P & Hall, D.T (2004). Self confidence & leader performance performance. *Organizational Dynamics*, Issue 3, pp 261 - 264
- Health and Safety Executive (HSE). (2004/5). *Stress-related and psychological disorders*. Health and Safety Executive
- Huber, D.L. (2006). *Leadership and nursing care management*. 3rd Edition. United State of America: Saunders Elsevier
- Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit, teori, metoda dan formula*. Depok-Jabar: FKM –UI
- Jones, G.R. (1996). Socialisation tactics, self-efficacy and newcomers' adjustment to organisations. *Academy of Management Journal*, 29(2):262-279.
- Kelly, J & Ahern, K. (2009). Preparing nurses for practice: a phenomenological study of the new graduate in Australia. *Journal of clinical nursing*. Volume 18 , Issue 6, pgs 910-918
- Khoza, L.B. (2005) "The impact of organisational culture on the adaptation of newly employed nurses to the work environment". *Health SA Gesondheid*. FindArticles.com.16 Apr, 2011. http://findarticles.com/p/articles/mi_6820/is_3_10/ai_n28321200/
- Koncoba, W.A. (2007) *Assessing clinical competence of newly employed nurses*. Lama University, Beaumont
- Kountur, R. (2005). *Metode penelitian untuk penulisan skripsi dan tesis*. Jakarta Pusat: Penerbit PPM
- Kramer, M. (1974). *Reality Shock: why nurses leave nursing*. St .Louis, MO: C.V. Mosby
- Kuntoro, A. (2010). *Buku ajar manajemen keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Nuha Medika
- Louis, M.E (1980). Surprise and sense making: What newcomers experience in entering unfamiliar organisational settings. *Administrative Science Quarterly*, 25(2):226-251.
- Maben, J. & Macleod Clark, J. (1998). Project 2000 diplomates' perceptions of their experiences of transition from student to staff nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 145-153.
- Mallory, C., Konradi, D., Campbell, S. & Redding, D. (2003). Identifying the ideal qualities of a new graduate. *Nurse Educator*, 28(3), 104-106.

- Marquis, B.L & Houston, C.J. (2010). *Leadership roles and management function in nursing: theory and application. (5th edition)*. California: Lippincott Williams & Wilkins
- Modic, M.B., Schoesler, M. (2009) The preceptor's role in sharing the organizational story. *Journal for nurses in staff development* 215
- Myrick, F., Yonge, O. (2005). *Nursing preceptorship connecting practice and education*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Morrow, S. (2008: August). New graduate transitions: leaving the nest, joining the flight. *Journal of clinical nursing*
- Neuhauser, P. (2002). Building a high-retention culture in healthcare: Fifteen ways to get good people to stay. *Journal of Nursing Administration*, 32(9), 470-478.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- _____. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan. (edisi revisi)*. Jakarta: Penerbit Rineka
- Öhring, K & Hallberg, I.R. (2007). The meaning of preceptorship: nurses' lived experience of being a preceptor. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 33, Issue 4, pages 530–540
- O'Shea, M. & Kelly, B. (2007). The lived experiences of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1534-1542.
- Park, M & Jones, C.B. (2010). A retention strategy for newly graduated nurses. An integrative review of orientation programs. *Journal for nurses in staff development (JNSD)*. Volume 26, No. 4, pp. 142-149
- Passmore, J. (2010). *Excellence in coaching: panduan lengkap menjadi coach profesional*. Jakarta: Penerbit PPM.
- Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2004). Jakarta: Depkes BPPK.
- Permenkes. (2010). *Tentang ijin dan penyelenggaraan praktik perawat*. Permenkes RI no. HK.02.02/Menkes/148/1/2010
- Peterson, J.Z. (2009). Dissertation: *Job stress, job satisfaction and intention to leave among new nurses*. Graduate department of nursing Science: University of Toronto. Not Publish

- Pohan, I.S. (2007). *Jaminan mutu layanan kesehatan; dasar-dasar pengertian dan penerapan*. Jakarta: Penerbit EGC
- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2005). *Fundamental Keperawatan; konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: Penerbit EGC
- Robbins, S.P. (2006). *Perilaku organisasi*. Edisi 10. Jakarta: Penerbit PT Indeks Kelompok Gramedia
- Rose, S. (2007). Article. *A guide to nursing preceptorship*. High secure services Ashworth Hospital: Mersey care
- Ross, H. & Clifford, K. (2002). Research as a catalyst for change: the transition from student to Registered Nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 545-553.
- Salt, J., Cummings, G., & Profetto-McGrath, J. (2008). Increasing Retention of New Graduate Nurses: A Systematic Review of Interventions. *The Journal of Nursing Administration*, 287-296.
- Sastroasmoro, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto
- Sopiah, (2008). *Perilaku Organisasional*. Yogyakarta: CV Andi Offset
- Smedley, A & Pennéy, D. (2009). A partnership approach to the preparation of preceptors. *Nursing Education Perspectives*. FindArticles.com 15 Oktober 2010
- Steward, N.A. (2000). *Establishing an orientation program*. Wilmington College Division of Nursing (Delaware). 14 (9) 17
- Sugiyono. (2009). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung: Penerbit Alfabeta
- Sullivan, E.J., Decker, P.J. (2005). *Effective leadership & management in nursing*. 6th Edition. New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Swanburg, R.C & Swanburg, R.J. (2000). *Introductory management and leadership for nurses*. 2nd Edition. Boston: Jones and Bartlett Publisher
- Tappen, R.M (2001). *Nursing Leadership and management: concepts and practice*. USA, Philadelphia: F.A Davis Co
- Tso YL., Wen CT., Chia HL & Mei LY. (2009: March). Effects of a preceptorship programme on turnover rate, cost, quality and professional development. *Journal of clinical nursing* P: 1217-1225

- Wahyudi, A.N (2008). *Keperawatan gerontik dan pediatrik*. Edisi 3. Jakarta: Penerbit EGC
- Wang, S.H., Sermsri, S., Sirisook, V & Sawangdee, Y. (2003). Job satisfaction of staff nurses and their perception on head nurses' leadership: a study in Sakaeo provincial hospital, Thailand. *Journal of public health and development*. 3 (1), pg 87 – 100. March, 17 2010
- Wyngereen, K.V & Stuart, T (2010). Increasing New Graduate Nurse Retention from a Student Nurse Perspective. *RN Journal*. Disadur dari http://www.rnjournal.com/journal_of_nursing/increasing_new_graduate_nurse_retention.htm pada tanggal 11 Januari 2011 pk. 13.00 wib
- Yusuf, V & Ilyas, Y. (2010) *Tesis. Kajian terhadap kecenderungan turnover perawat di pelayanan kesehatan St. Carolus*. Program Pascasarjana. Jakarta: FKM-UI. Tidak dipublikasikan.

Tabel 4.1
Jadwal Penelitian

NO	Kegiatan	BULAN DI TAHUN 2011																											
		Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Pembuatan proposal	■	■	■	■	■	■	■	■																				
2	Ujian & perbaikan proposal								■	■	■	■																	
3	Perijinan Penelitian											■	■																
4	Uji Instrumen											■	■																
5	Pengumpulan data															■	■	■	■	■	■								
6	Penyusunan laporan																			■	■	■	■	■	■				
7	Uji Hasil & Tesis																							■	■	■	■	■	■

PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth:
Saudara/i Perawat Baru
Di PKSC, RSB, RSPI

Dengan Hormat,

Saya bernama Nurmaida S/Sr. Sofia CB, NPM 0906504915, beralamatkan Jl. Imam Bonjol 3-5, Bandung. Saya adalah Mahasiswi Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, akan melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB dan RSPI”. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB dan RSPI.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian terhadap saudara/i sebagai perawat. Kerahasiaan identitas dan semua informasi yang saudara/i berikan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian ini. Bila dalam penelitian ini terjadi hal yang tidak saudara/i inginkan, saya memberikan kebebasan kepada saudara/i untuk mengundurkan diri sebagai responden.

Penelitian ini memang tidak memberi manfaat secara langsung bagi saudara/i namun akan bermanfaat bagi perbaikan layanan keperawatan dan pengembangan keilmuan keperawatan.

Melalui penjelasan ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi dan kejujuran saudara/i dalam memberikan informasi dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasi saudara/i, peneliti mengucapkan banyak terima kasih.

Depok, Mei 2011
Peneliti

(Nurmaida S/Sr. Sofia CB)
0906504915

Perihal: permohonan pengisian kuesioner

Kepada yth:

Saudara/i Perawat Baru

Di PKSC, RSB, dan RSPI

Dengan hormat,

Dalam rangka pengumpulan data dan penyusunan tesis untuk memenuhi syarat menyelesaikan studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta, saya mohon bantuan saudara/i perawat baru untuk mengisi kuesioner yang kami sampaikan.

Kami mengharapkan pengisian kuesioner ini diisi sesuai dengan pendapat dan kondisi dari saudara/i perawat baru di lingkungan Rumah sakit. Kami menjamin kerahasiaan setiap jawaban yang saudara/i berikan dan kegiatan ini dimaksudkan untuk tujuan positif.

Demikianlah permohonan ini kami sampaikan, atas partisipasi dari saudara/i sekalian disampaikan terima kasih.

Depok, Mei 2011

Peneliti

(Nurmaida S/Sr. Sofia CB)
NPM: 0906504915

SURAT PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah saya mendapatkan informasi dan penjelasan yang jelas serta setelah membaca penjelasan penelitian pada lembaran penjelasan, maka saya mengetahui dan memahami bahwa penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan program *preceptorship* dan karakteristik perawat dengan proses adaptasi perawat baru di PKSC, RSB dan RSPI.

Saya mengetahui bahwa penelitian ini tidak menimbulkan resiko bagi saya. Segala informasi yang saya berikan pada penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Informasi dan penjelasan yang diberikan membuat saya percaya bahwa penelitian ini bermanfaat bagi pengembangan keperawatan di RS.

Maka dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan dalam keadaan sadar penuh dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Peneliti

(Nurmaida S/Sr. Sofia CB)
NPM: 0906504915

Depok, Mei 2011

Responden

(Tanda Tangan)



KUESIONER A KARAKTERISTIK PERAWAT

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti sebelum mengisi jawaban pernyataan di bawah ini.
2. Tulislah jawaban secara jelas pada tempat yang telah tersedia.
3. Berilah tanda *check* (✓) pada kolom jawaban yang tersedia yang Anda anggap paling sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

KODE

(Di isi oleh peneliti)

A. Karakteristik Perawat

1. Nama : (Initial)
2. Umur :(tahun).....(bulan)
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
 Perempuan
4. Pendidikan Terakhir Keperawatan : D3 Kep
 S1 Kep (A) S1 Kep (B)
5. Lama bekerja sebelum ditempatkan ini : (tahun)(bulan)
6. Lama ikut Program *Preceptorship*/Orientasi : (bulan)
7. Asal Pendidikan Terakhir : STIK St. Carolus,
 STIKes Santo Borromeus,
 Lain-lain (sebutkan)
8. Ruang/Unit yang Anda Tempati Sekarang : Medikal atau Bedah
 Emergensi atau ICU/CCU
 Lain-lain (sebutkan)

B. Konflik/Stres, Strategi Koping, Self Efficacy (Kemantapan Diri)

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya mendapatkan dukungan emosional dari pembimbing dan rekan sejawat saya				
2	Saya mengerjakan tugas yang bukan merupakan tanggung jawab saya				
3	Saya mudah bekerja sama dengan pembimbing dan rekan sejawat saya				
4	Saya mengalami kesulitan mendapatkan kesempatan untuk mengungkapkan masalah saya kepada pembimbing				
5	Saya bisa mendengarkan pasien berbicara tentang masalah kematian				
6	Saya mengalami ketakutan akan terjadi kesalahan setiap kali saya memberikan asuhan keperawatan pada pasien				
7	Saya segera bertindak tanpa berpikir panjang untuk mengatasi permasalahan di tempat kerja saya				
8	Saya berusaha mengatur perasaan dan tindakan saya dalam menyelesaikan masalah				
9	Saya mencari informasi dan dukungan dari orang lain untuk mengatasi permasalahan ditempat kerja				
10	Saya melibatkan diri dalam penyelesaian suatu masalah yang ada di tempat kerja saya				
11	Saya menghindari dari permasalahan yang ada di tempat kerja saya				
12	Saya ingin masalah diselesaikan dengan cepat walau tanpa perencanaan yang matang				
13	Setiap permasalahan yang saya alami ada makna positif bagi perkembangan diri saya				
14	Saya percaya diri dengan kemampuan saya dalam melaksanakan tugas				
15	Saya bisa mengerjakan apa yang menjadi tanggung jawab saya				
16	Penampilan kerja saya baik karena saya memiliki kemampuan				
17	Teman seangkatan saya dalam menjalankan tugasnya lebih baik daripada saya				
18	Masa depan saya dalam keperawatan menjadi terhambat karena kemampuan saya kurang				
19	Saya bangga dengan keterampilan dan kemampuan saya				
20	Saya merasa terancam ketika perawat lain menyaksikan pekerjaan saya				



KUESIONER B
PROGRAM PRECEPTORSHIP

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti sebelum mengisi jawaban pernyataan di bawah ini.
2. Berilah tanda *check* (✓) pada kolom jawaban yang tersedia yang Anda anggap paling sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
	Orientasi, Pembelajaran dikelas, Pembimbingan, Rotasi, Evaluasi				
1	Saya senang karena program orientasi diterangkan dengan jelas				
2	Orientasi secara umum tentang situasi dan kondisi rumah sakit di laksanakan dengan baik				
3	Saya senang karena mendapatkan orientasi unit/tempat dimana saya bekerja				
4	Saya mengenal koordinator/penanggung jawab program orientasi yang saya jalankan				
5	Saya kecewa karena tujuan dan sasaran dari orientasi ini tidak di terangkan dengan jelas				
6	Saya tidak diperkenalkan dengan staf perawat dan penanggung jawab unit/ruangan sehingga saya merasa kurang diterima				
7	Saya merasa bahwa penjelasan tentang organisasi (Visi, Misi, Kebijakan, peraturan, etos kerja, K3RS, dll) tepat diberikan pada awal orientasi.				
8	Sosialisasi tentang standar prosedur operasi keperawatan membantu saya dalam melaksanakan tugas saya				
9	Materi keperawatan yang diberikan oleh nara sumber membantu saya semakin memahami peran saya yang baru sebagai perawat				
10	Berbagi pengalaman dengan teman/ <i>peer group</i> menghambat saya dalam proses adaptasi				

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
11	Metode simulasi atau studi kasus kurang membantu saya untuk berpikir kritis				
12	Saya kurang paham tentang arah perjalanan karir saya walau sudah mendapatkan penjelasan tentang jenjang karir.				
13	Pelatihan/praktek keterampilan keperawatan yang diberikan meningkatkan rasa percaya diri saya				
14	Pembimbing mensosialisasikan saya dengan baik tentang rutinitas unit dimana saya bekerja				
15	Pembimbing membantu saya dalam mengaplikasikan teori keperawatan dalam praktek keperawatan				
16	Saya memberikan asuhan keperawatan pada pasien tanpa ada pendampingan dari pembimbing/perawat senior				
17	Pembimbing dengan telaten, sabar dalam mendampingi saya				
18	Pembimbing membiarkan saya tanpa pengarahan bila salah dalam pendokumentasian keperawatan				
19	Pembimbing siap membantu saya ketika saya mengalami kesulitan				
20	Pembimbing memberikan arahan/dukungan untuk membantu saya semakin percaya diri dalam praktek keperawatan				
21	Pembimbing sangat sibuk mengurus pasien sehingga tidak punya waktu untuk membimbing saya				
22	Saya senang mendapat kesempatan untuk rotasi ke ruangan/unit yang baru				
23	Saya lebih memilih tetap ditempat semula daripada harus rotasi ke ruangan/unit baru				
24	Saya merasa tertekan dengan rotasi keruangan/unit yang baru				
25	Saya bisa mengembangkan keterampilan keperawatan di ruangan/unit yang baru				
26	Saya semakin memahami hubungan kerja antar ruangan/unit keperawatan dengan adanya rotasi.				
27	Saya lebih mendapatkan banyak dukungan dari pembimbing dan perawat di ruangan/unit lama				

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
	daripada yang baru.				
28	Saya semakin percaya diri untuk melakukan tindakan keperawatan di ruangan/unit yang baru				
29	Pembimbing memberikan teguran yang membangun kepada saya bila saya melakukan kesalahan/kelalaian				
30	Pembimbing memberikan penugasan kepada saya agar saya semakin trampil dan percaya diri dalam merawat pasien				
31	Saya merasa termotivasi dengan adanya penilaian tertulis atas kinerja saya				
32	Tugas presentasi kasus yang ditugaskan pembimbing memacu saya untuk tetap belajar menjadi lebih baik lagi.				
33	Saya senang bila evaluasi berkala terhadap perkembangan saya ditiadakan				
34	Saya terganggu dengan adanya penilaian secara lisan tentang tugas/kinerja saya				
35	Saya kecewa dengan sistem evaluasi yang ada karena tidak sesuai dengan kinerja saya				



KUESIONER C PROSES ADAPTASI

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti sebelum mengisi jawaban pernyataan di bawah ini.
2. Berilah tanda *check* (✓) pada kolom jawaban yang tersedia yang Anda anggap paling sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Saya senang/bangga bekerja di instansi ini pada minggu -minggu pertama				
2	Saya sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan yang baru				
3	Pengalaman masa lalu membantu saya dalam beradaptasi dengan lingkungan baru saya pada minggu pertama bekerja				
4	Berbagi pengalaman dengan teman seangkatan tidak membangkitkan semangat baru dalam diri saya				
5	Saya bekerja di lingkungan yang kondusif dan itu membantu saya cepat beradaptasi				
6	Pembimbing memberi saya dukungan emosional dalam lingkungan yang baru ini				
7	Saya tidak menikmati program orientasi yang diberikan di instansi ini				
8	Saya antusias menerima dan mengerjakan tugas yang diberikan kepada saya selama program orientasi ini				
9	Saya adalah orang yang mudah putus asa bila menghadapi tantangan atau kegagalan				

No	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
10	Saya bisa tidur dengan pulas sekalipun saya mempunyai masalah di tempat kerja				
11	Saya menikmati peran saya sebagai perawat walau saya masih baru				
12	Saya menghargai proses pembimbingan di tempat kerja yang membantu saya untuk cepat beradaptasi				
13	Saya menyimpan semua permasalahan saya dalam hati sehingga mempengaruhi saya dalam proses adaptasi				
14	Saya mudah beradaptasi dengan adanya sosialisasi kegiatan rutin di tempat saya bekerja				
15	Kritik dan saran dari pembimbing maupun dari rekan kerja membantu saya semakin meningkatkan penampilan kerja saya				
16	Pembimbing kurang membantu saya dalam memahami peran baru saya sebagai perawat				
17	Pendampingan dari pembimbing membantu saya semakin percaya diri pada kemampuan saya				
18	Saya mudah bekerja sama dengan pembimbing dan rekan kerja lain				
19	Sampai saat ini saya masih bingung dengan peran baru saya sebagai perawat				
20	Saya selalu berusaha untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan kerja yang ada				
21	Tantangan dan kesulitan tidak membuat saya putus asa untuk belajar memperbaiki diri				
22	Saya merasa terasing di instansi ini pada awal/minggu pertama bekerja				
23	Saya ingin hari-hari kerja cepat berlalu pada awal saya bekerja				
24	Saya merasa diterima oleh rekan kerja pada awal bekerja				



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1125 /H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

11 April 2011

Yth. Direktur Utama
RS. St. Borromeus
Bandung

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Nurmaida Saragih/Sr. Sofia, CB
0906504915

akan mengadakan penelitian dengan judul : "**Hubungan Program Preceptorship dan Karakteristik Perawat Dengan Proses Adaptasi Perawat Baru di PK St. Carolus dan RS. St. Borromeus**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. St. Borromeus Bandung.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dekan,
Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Direktur Keperawatan RS. St. Borromeus
3. Direktur Umum dan SDM RS. St. Borromeus
4. Komite Keperawatan RS. St. Borromeus
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Peringgal



PELAYANAN KESEHATAN **St. Carolus**

Jl. Salemba Raya No. 41
JAKARTA - INDONESIA 10440
Telp. 3904441

Jakarta, 16 Mei 2011

No. : 284/SI-FIK.UI/V/2011/DIRUT
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Kepada Yth.:
Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD
D e k a n
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Dengan hormat,


Sehubungan dengan surat Ibu No. 1124/H2.F12.D/PDP.04.02.2011 perihal seperti tersebut diatas, dengan ini kami sampaikan bahwa kami memberikan ijin kepada mahasiswa Ibu a/n. : **Nuramida Saragih / Sr. Sofia CB – NPM : 0906504915** untuk melakukan **penelitian** dalam rangka penyusunan tesis ybs.

Untuk keperluan tersebut diatas kami mengenakan **Intitutional Fee sebesar Rp 450.000,-** yang dapat dibayarkan di Bagian Keuangan di Ged. Asrama 35, Lt. 2 pada setiap jam kerja.

Untuk tehnis pelaksanaan penelitian, dapat langsung menghubungi **Sdri. Linda Sitanggang, MKep – Staf Dir. Bid Pel & Asuhan.**

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,
P.K. St. Carolus


dr. Markus Waseso, Suharyono, MARS
Direktur Utama




12 4 MAY 2011

Tembusan :

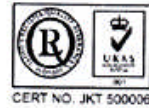
- Direktur Keperawatan
- Staf Dir. bid Pel & Asuhan
- * **Kepala Keuangan**

284-2011 FIK.UI-ijin penelitian-thesis-Sr. Sofia CB
MWS/sh



PERKUMPULAN "PERHIMPUNAN SANTO BORROMEUS"
RUMAH SAKIT SANTO BORROMEUS
BIRO SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)

Jl. Ir. H. Juanda No.100 Bandung 40132 - INDONESIA
Tel. 022-2552000 Fax. 022-2504235 e-mail: sekretariat@rsborromeus.com
www.rsborromeus.com



No. : 144/P3SDM/IV/2011
Hal : *Surat Balasan Permohonan ijin penelitian*

**Kepada Yth.
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Kampus UI Depok**

Dengan hormat,

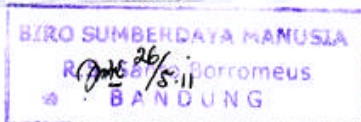
Menjawab dan menindaklanjuti Surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan – Universitas Indonesia, dengan nomor surat 1125/H2.F12.D/PDP.04.02/2011, tentang Permohonan ijin penelitian untuk mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI), maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan dapat menerima Sdr. Nurmaida Saragih / Sr. Sofia, CB untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Santo Borromeus hingga bulan Juli 2011.

Untuk informasi lebih lanjut mengenai pelaksanaan kegiatan, mohon dapat menghubungi *Contact Person* kami :

Sdr. Sofian di Seksi P3SDM Rumah Sakit Santo Borromeus
Telp : 022-2552227 - Telp / Fax 2552155

Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Bandung, 26 Mei 2011
Hormat kami,



A. Daryanti Goban, S. Kep.
Pjs. Karo SDM

No. : 520 / SDM-RSPI / 2011

Kepada Yth.
Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD.
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di
Depok

Dengan hormat

Perihal: Uji Instrument Penelitian di RS Pondok Indah

Sesuai dengan surat No. 1136 / H2.F12.D / PDP.04.02 / 2011 perihal Permohonan ijin mengadakan uji instrument penelitian di RS Pondok Indah, bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) atas nama

Sdr. Nurmaida Saragih / Sr. Sofia CB
0906504915

untuk melakukan uji instrument penelitian di RS Pondok Indah, dengan judul: Hubungan Program Preceptorship dan Karakteristik Perawat dengan Proses Adaptasi Perawat Baru.

Hasil uji instrument agar dipresentasikan dihadapan manajemen RS Pondok Indah.

Untuk keterangan lebih lanjut dapat menghubungi Bertha Ginting / Diklat (021 7657525 ext. 6242) / Yully Harta Mustikawati/5 C (021 7657525 ext. 5073).

Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Jakarta, 13 Mei 2011


Tony Bambang, SH, MM
Manager HR & Legal

Your Health, Our Priority
Magang/BG

Jl. Metro Duta Kav. UE
Pondok Indah, Jakarta Selatan. 12310
Indonesia

Ph. (62-21) 765 7525
(62-21) 769 2252
Fax. (62-21) 750 2324

www.rspodokindah.co.id

RIWAYAT HIDUP



Nama : Nurmaida Saragih/Sr. Sofia CB
Tempat/Tanggal Lahir : Urung Purba, 12 Mei 1971
Alamat : Jl. Imam Bonjol 3 – 5, Bandung
Status : Biarawati

RIWAYAT PENDIDIKAN FORMAL

2009 - : Program Magister Keperawatan
Universitas Indonesia
2002 - 2003 : Revitalization of Religious Life, Pontifical Santo
Thomas, Philippines
2000 – 2002 : S1 Keperawatan di St. Paul University, Philippines
1995 – 1998 : D3 Keperawatan di AKPER St. Carolus, Jakarta
1990 – 1993 : Pendidikan Biarawati di Yogyakarta
1987 – 1990 : SMA Negeri Saribu Dolok, Sumatera Utara
1984 – 1987 : SMP Negeri Simp. Harang Gaol, Sumatera Utara
1978 – 1984 : SD Negeri Sipolin, Sumatera Utara

RIWAYAT PEKERJAAN

2005 – Sekarang : Dosen STIKes Santo Borromeus, Bandung
2008 – 2010 : PUKET III STIKes Santo Borromeus. Bandung
2007 – 2008 : PUDIR III AKPER Santo Borromeus, Bandung
2005 – 2007 : PUDIR I AKPER Santo Borromeus, Bandung
2004 – 2005 : Kepala Bidang I Keperawatan RS. St. Borromeus,
Bandung
2003 – 2004 : Perawat Pelaksana RS. St. Borromeus, Bandung
1998 – 2000 : Perawat Pelaksana Pelayanan Kesehatan St.
Carolus (PKSC), Jakarta
1993 – 1995 : Penanggung Jawab Asrama St. Yosef +
Membantu di Klinik St. Yosef Lahat, Sumsel