

# Persepsi Mahasiswa dan Dosen terhadap *Early Clinical Experience* pada Program S1 Keperawatan STIK Immanuel Bandung

Yuliana\*, Ova Emilia\*\*, Gandes Retno Rahayu\*\*

\*STIK Immanuel, Bandung

\*\* Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

## Abstract

**Background:** *Early Clinical Experiences (ECEs)* is a learning strategy that helps students integrate their knowledge through clinical learning in classes easily from their initial semester of study. Advantages have been earned by both students and lecturers; nevertheless, obstacles in the implementation have frequently emerged. Ideally, lecturers and students should know their own perception on ECEs for the sake of creating good communication and expected learning results in order to improve preclinical education.

**Objective:** To find out different perceptions between students and lecturers on ECEs in nursing undergraduate program.

**Method:** This was a descriptive study using quantitative and qualitative approaches (mix method). Subjects comprised students in the year of 2007 and 2008 as many as 71 nursing students and 21 lecturers, consisting of 11 academic advisors and 10 clinical advisors. Qualitative method was done with Focus Group Discussion for students groups and in-depth interview to academic advisors and clinical advisors. Quantitative analysis used descriptive analysis and comparative analysis used One Way Anova analysis. Qualitative analysis used content analysis that included identification, coding, categorization, and synthesis. In the end, the result of quantitative analysis was integrated with the result of qualitative analysis.

**Result:** Mean score of students' perception on ECEs was 3.11 (SD 0.24) which was lower than that of academic advisors (3.27 (SD 0.28)) and of clinical advisors (3.30 (SD 0.25)), (F score of 3.18 and  $p < 0.05$ ) while the result of multiple comparison test of students and clinical advisors showed  $p = 0.047$ . Perception difference of students and clinical advisors on ECEs components in the supervision process showed  $p = 0.00$ .

**Conclusion:** There was a significant difference among three respondent groups on ECEs perceptions. The significant difference between students and clinical advisors was in the component of supervision process while there was no significant difference between students and academic advisors as well as between academic advisors and clinical advisors. Students posed the lowest ECEs perception score compared to both academic and clinical advisors. Problems came up in the components of structure and content, supervision process, learning experience, and student evaluation.

**Keywords:** *early clinical experience, early clinical exposure, integration, perception, preclinical learning*

## Abstrak

**Latar Belakang:** *Early Clinical Experience (ECEs)* merupakan pendekatan belajar yang mengintegrasikan pembelajaran di kelas dengan pembelajaran klinik sejak mahasiswa menempuh tahap akademik. ECEs telah dirasakan manfaatnya baik bagi mahasiswa maupun dosen, walaupun dalam pelaksanaannya ditemukan kendala. Agar mutu pendidikan preklinik dapat ditingkatkan maka mahasiswa dan dosen perlu saling mengetahui persepsi terhadap ECEs agar dapat menciptakan komunikasi yang baik

**Tujuan:** Penelitian ini untuk mengetahui perbedaan persepsi mahasiswa dan dosen terhadap *ECEs* pada pendidikan S1 keperawatan.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik studi komparatif dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan sebagai pendekatan utama, pendekatan kualitatif sebagai

---

Korespondensi: STIK Immanuel Jl. Kopo No.161 Bandung  
Email: juliapasya@yahoo.com HP: 081 3221 35 777

pendukung. Subjek penelitian sebanyak 71 orang mahasiswa keperawatan tahun 2007 dan 2008 dan dosen sebanyak 21 orang, terdiri dari 11 orang pembimbing akademik dan 10 orang pembimbing klinik. Pendekatan kualitatif melalui *Focus Group Discussion* pada mahasiswa, *indepth interview* pada pembimbing akademik dan pembimbing klinik. Analisis kuantitatif menggunakan analisis deskriptif dan analisis komparatif dengan *One Way Anova*. Analisis kualitatif menggunakan analisis konten meliputi identifikasi, pengkodean, kategorisasi dan sintesis.

**Hasil:** Nilai rerata persepsi mahasiswa terhadap ECEs sebesar 3,11 (Sd.0,24) lebih rendah secara bermakna ( $F = 3,18$ ,  $p < 0,05$ ) dibanding dari pembimbing akademik yaitu 3,27 (Sd.0,28) dan pembimbing klinik, yaitu 3,30 (Sd.0,25). Perbedaan persepsi mahasiswa dengan pembimbing klinik terhadap komponen ECEs pada proses bimbingan cukup bermakna ( $p = 0,00$ ). Analisis kualitatif mendukung hasil analisis kuantitatif.

**Kesimpulan:** Pada komponen proses bimbingan terdapat perbedaan persepsi antara kelompok mahasiswa dengan pembimbing klinik, sedangkan pada kelompok mahasiswa dengan pembimbing akademik, dan pembimbing akademik dengan pembimbing klinik perbedaan itu tidak bermakna. Mahasiswa memiliki nilai persepsi lebih rendah terhadap ECEs daripada pembimbing akademik dan pembimbing klinik, terutama pada komponen struktur dan isi, proses bimbingan, pengalaman belajar dan evaluasi mahasiswa.

**Kata Kunci:** *early clinical experience, early clinical exposure, integrasi kurikulum, persepsi, preklinik*

## PENDAHULUAN

Penerapan kurikulum berbasis kompetensi (KBK) dengan pendekatan terintegrasi merupakan inovasi baru dalam meningkatkan kualitas lulusan dan menciptakan calon-calon tenaga profesional yang kompeten, yang memiliki kecakapan intelektual, kecakapan interpersonal dan kecakapan teknikal. Integrasi antara pembelajaran di kelas dengan pemaparan sedini mungkin dengan kondisi nyata diharapkan dapat meningkatkan kinerja/*performance* mahasiswa sebagai calon profesional yang berkualitas.<sup>1</sup>

ECEs merupakan pembelajaran aktif berdasarkan pengalaman yang diperoleh melalui kontak dengan pasien dan klinisi, dirancang menjadi 'permulaan dari pembelajaran seumur hidup yang berfokus pada pasien'.<sup>4</sup> Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa ECEs adalah kontak langsung dengan orang di lingkungan sosial (masyarakat/ keluarga) atau konteks klinis yang dapat meningkatkan pengajaran kesehatan, keadaan sakit dan/atau penyakit dari profesional kesehatan yang dilakukan pada awal pendidikan.<sup>1,3,4</sup> Pelaksanaannya sejak tahun pertama pada tahap akademik, dimana mahasiswa dikenalkan masalah klinik sejak dini.<sup>3,5,6</sup> Pendekatan ini diungkapkan akan menimbulkan rasa percaya diri bagi mahasiswa dan mereka diharapkan segera menyatukan dengan ilmu yang sedang dipelajari. Sejumlah ECEs yang dilakukan di beberapa pendidikan kesehatan baik kedokteran maupun keperawatan, selain

manfaat ditemukan pula kendala-kendala dalam pelaksanaannya. Hasil penelitian menemukan bahwa selain memperoleh beberapa manfaat juga menemukan masalah dalam hal penggunaan dan pengorganisasian ECEs, mahasiswa merasa bahwa ECEs berguna, namun tidak puas dengan pengorganisasiannya, level mahasiswa yang berbeda juga menjadi kendala bagi klinisi.<sup>7</sup> Klinisi beranggapan bahwa mereka hanya bertanggungjawab terhadap mahasiswa-mahasiswa klinis (profesi). Perbedaan persepsi inilah yang menjadi kendala tercapainya tujuan yang diharapkan dari pelaksanaan ECEs tersebut. Hasil penilaian persepsi yang dikemukakan mahasiswa dan staf fakultas pada pelaksanaan ECEs yang dilaksanakan di Sakler School of Medicine, Tel Aviv University pada hal penjadwalan, kurangnya pengorganisasian, dan ketidaksiapan dari dokter (sebagai pembimbing), dan menyarankan ECEs harus disesuaikan dengan kebutuhan spesifik dari populasi mahasiswa kedokteran.<sup>8</sup>

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Immanuel merancang dan mengimplementasikan kurikulum berbasis kompetensi pada kurikulum sarjana keperawatan sejak tahun 2007.<sup>9</sup> Mengacu pada SPICES model, kurikulum terintegrasi yang diaplikasikan bertujuan menciptakan tenaga profesional perawat yang memiliki kecakapan intelektual, kecakapan interpersonal dan kecakapan teknikal. Strategi yang dilaksanakan dalam kurikulum preklinik dengan melakukan pendekatan praktik klinik sejak semester pertama atau disebut dengan *Early Clinical Experience/ Exposure*. ECEs mulai dipaparkan

sejak semester 1 terintegrasi dengan topik-topik pembelajaran di semester tersebut (didukung kompetensi utama dan kompetensi pendukung).

Sejak ECEs ini diimplementasikan di STIK Immanuel pada tahun 2007 dalam mata ajar *Nursing Practice*, masalah-masalah telah dirasakan oleh mahasiswa maupun dosen. Implementasi ECEs pertama kali yang rencana diselenggarakan awal tahun ajaran 2007, tidak dapat dilaksanakan sesuai jadwal yang direncanakan. Lahan tidak siap menerima mahasiswa baru dalam program ECEs untuk terlibat dalam pengajaran klinik. Staf klinik/ruangan menganggap mahasiswa yang sudah berada di klinik adalah mahasiswa yang sudah mampu melakukan asuhan keperawatan secara holistik, ketidakjelasan peran mahasiswa dalam pengalaman klinik awal ini juga merupakan kendala yang dirasakan.

Kendala dalam pelaksanaannya terus dirasakan namun belum ada bukti penelitian terkait pelaksanaan ECEs yang telah berlangsung, dikaitkan dengan temuan-temuan tentang pentingnya pelaksanaan ECEs melalui beberapa penelitian di bidang pendidikan kedokteran maupun keperawatan. Interaksi mahasiswa dan dosen terutama pada implementasi ECEs memungkinkan terjadinya persepsi dari keduanya. Persepsi dari mahasiswa dan dosen terhadap implementasi ECEs ini merupakan salah satu kontribusi penting dalam menumbuhkan komunikasi aktif, yang dapat dijadikan dasar untuk meningkatkan mutu pembelajaran mahasiswa, dan pengajaran yang dilakukan oleh dosen. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai dasar untuk mengetahui implementasi dan permasalahan yang dirasakan melalui persepsi mahasiswa dan dosen terhadap ECEs. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan persepsi mahasiswa dan dosen baik pembimbing akademik maupun klinik terhadap ECEs pada program S1 keperawatan STIK Immanuel Bandung.

#### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik studi komparatif dengan pendekatan kuantitatif dan

kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan sebagai pendekatan utama sedangkan pendekatan kualitatif sebagai pendukung.

Subjek penelitian sebanyak 71 mahasiswa keperawatan tahun 2007 dan 2008 dan sebanyak 21 orang dosen yang terdiri dari 11 pembimbing akademik dan 10 pembimbing klinik. Pendekatan kualitatif melalui *Focus Group Discussion* pada 2 kelompok mahasiswa tahun 2007 dan 2008, *indepth interview* pada 5 pembimbing akademik dan 4 pembimbing klinik.

Instrumen penelitian kuantitatif menggunakan instrumen persepsi terhadap ECEs yang dirancang oleh penulis dari beberapa hasil penelitian tentang ECEs pada bidang pendidikan kesehatan baik pendidikan keperawatan, kedokteran maupun farmasi (sejak tahun 1991 sampai dengan 2002) dan penelitian tersebut telah direview secara sistematis oleh Topic Review Group (TRG) dengan pendekatan BEME.<sup>5</sup> Instrumen penelitian kualitatif menggunakan panduan FGD dan *indepth interview* semi terstruktur yang berisi garis-garis besar ECEs.

Pengumpulan data kualitatif dilaksanakan setelah analisis data kuantitatif dilakukan untuk memperkuat, memberi interpretasi dan memberi penjelasan lebih lanjut terhadap hasil analisis data kuantitatif.<sup>10</sup> Analisis kuantitatif dengan analisis deskriptif dan analisis komparatif menggunakan *One Way Anova* dan analisis *Post Hoc*.<sup>11</sup> Data kualitatif dianalisis dengan analisis konten meliputi identifikasi, pengkodean, kategorisasi dan sintesis. Tahap akhir mengintegrasikan analisis kuantitatif dengan analisis kualitatif.

#### **HASIL PENELITIAN**

##### **Hasil Penelitian Kuantitatif**

Karakteristik responden dalam penelitian ini terdiri atas jenis kelamin, angkatan dan kelompok subjek (mahasiswa, pembimbing akademik dan pembimbing klinik), seperti pada Tabel 1 berikut:

Tabel 1. Distribusi karakteristik responden

Subjek	Jenis Kelamin	2007	2008	Jumlah
Mahasiswa	Laki-laki	6	6	12
	Perempuan	33	26	59
	Total	39	32	71
Pembimbing Akademik	Laki-laki	-	-	2
	Perempuan	-	-	8
	Total	-	-	10
Pembimbing Klinik	Laki-laki	-	-	3
	Perempuan	-	-	5
	Total	-	-	8

Hasil statistik deskriptif dari skoring data persepsi mahasiswa, pembimbing akademik dan pembimbing klinik terhadap *ECEs* dari seluruh komponen *ECEs* terdapat dalam Tabel 2 berikut ini:

Tabel 2. Deskripsi persepsi terhadap *ECEs*

Variabel	Subjek	Mean	Std. Deviasi	Skor terendah	Skor tertinggi
Persepsi terhadap <i>ECEs</i>	Mahasiswa	3,11	0,24	2,67	3,70
	Pembimbing Akademik	3,26	0,28	2,82	3,79
	Pembimbing Klinik	3,30	0,25	2,85	3,67
Total rata-rata		3,15	0,25	2,67	3,79

Tabel 2 menggambarkan nilai rata-rata persepsi dari kelompok mahasiswa terhadap *ECEs* sebesar 3,11, lebih rendah dibandingkan nilai rata-rata persepsi pembimbing akademik yaitu sebesar 3,27, maupun pembimbing klinik yaitu 3,30.

Persepsi mahasiswa, pembimbing akademik, dan pembimbing klinik terhadap *ECEs* pada setiap item pernyataan dari instrumen persepsi *ECEs*, diperoleh hasil bahwa item 3 tentang *setting* klinik tidak memadai, item 7 tentang target pencapaian kompetensi, dan item 15 tentang memfasilitasi pemahaman hubungan perawat-pasien, yang ketiganya termasuk struktur dan isi dinilai rendah oleh ketiga kelompok responden. Item pernyataan no 17, 18, 19 dan 21 yang termasuk dalam

komponen proses bimbingan, kelompok mahasiswa menilai lebih rendah dibandingkan kelompok pembimbing akademik maupun pembimbing klinik, demikian pula pada item pernyataan no 33 tentang evaluasi: pembimbing memberi penilaian berdasarkan observasi, dinilai rendah oleh mahasiswa (2,37) dan pembimbing klinik (2,38), sedangkan pembimbing akademik lebih tinggi (3,00).

Hasil dari uji *one way anova* diperoleh nilai F statistik 3,188 dan p value = 0,046 karena  $p < 0,05$ , artinya terdapat perbedaan persepsi antar tiga kelompok. Hasil uji hipotesis *one way anova* dapat dilihat pada Tabel 3 berikut:

Tabel 3. Hasil uji hipotesis *One Way Anova*

Subjek	Mean	Sd	F	Sig
Mahasiswa	3,12	0,24	3,188	0,046
Pembimbing Akademik	3,26	0,27		
Pembimbing Klinik	3,30	0,25		

Selanjutnya untuk mengetahui perbedaan persepsi secara bermakna antar dua kelompok digunakan *multiple comparisons test (post Hoc)*, dan didapatkan hasil seperti pada Tabel 4 berikut:

Tabel 4. Deskripsi perbedaan persepsi mahasiswa, pembimbing akademik dan pembimbing klinik terhadap ECEs

Subjek	Mean	Sd	Sig
Mahasiswa	3,12	0,24	0,081
Pembimbing Akademik	3,26	0,27	
Mahasiswa	3,12	0,24	0,047
Pembimbing Klinik	3,30	0,25	
Pembimbing Akademik	3,26	0,27	0,777
Pembimbing Klinik	3,30	0,25	

Tabel 4 menggambarkan perbedaan persepsi secara bermakna pada kelompok mahasiswa dengan pembimbing klinik terhadap ECEs ( $p=0,047$ ), sedangkan pada kelompok mahasiswa dengan pembimbing akademik dan pembimbing akademik dengan pem-

bimbing klinik tidak terdapat perbedaan secara bermakna.

Deskripsi perbedaan persepsi mahasiswa, pembimbing akademik dan pembimbing klinik terhadap komponen ECEs terdapat pada Tabel 5 ini:

Tabel 5. Deskripsi perbedaan persepsi mahasiswa, pembimbing akademik, pembimbing klinik terhadap ECEs berdasarkan komponen ECEs

Komponen ECEs	Mahasiswa		Pembimbing Akademik		Pembimbing Klinik		Sig.
	Mean	Sd	Mean	Sd	Mean	Sd	
Struktur dan Isi	3,12	0,26	3,13	0,36	3,27	0,28	0,347
Proses Bimbingan	3,02	0,33	3,45	0,26	3,56	0,33	0,00
Pengalaman Belajar	3,36	0,39	3,40	0,43	3,27	0,32	0,776
Evaluasi Mahasiswa	2,95	0,39	3,20	0,47	2,97	0,36	0,197

Pada Tabel 5 perbedaan bermakna terdapat pada komponen proses bimbingan ( $p=0,00$ ). Dapat disimpulkan bahwa perbedaan bermakna antara mahasiswa dengan pembimbing klinik terdapat pada komponen proses bimbingan.

persepsi tentang struktur dan isi, proses bimbingan, pengalaman, dan evaluasi belajar. Tema yang muncul meliputi: kesenjangan teori dan praktek, tidak memadainya *setting* klinik/ fasilitas klinik, baik di akademik/ *mini hospital* maupun klinik/ rumah sakit, kesenjangan dalam proses bimbingan, masalah pada evaluasi mahasiswa, manfaat ECEs bagi mahasiswa.

## HASIL PENELITIAN KUALITATIF

### 1. Persepsi Mahasiswa terhadap ECEs

Manfaat-manfaat dan masalah yang ditemukan dan dikelompokkan ke dalam kategori-kategori dan sub kategori sesuai komponen ECEs. Fokus masalah yang ditemukan melalui FGD ini dikategorikan menjadi

#### a. Persepsi Mahasiswa tentang Struktur dan Isi

Persepsi mahasiswa pada ECEs sesuai dengan tema pada komponen struktur dan isi termasuk fokus atau isi pengajaran, tempat/*setting*, organisasi waktu dan model pengajaran ECEs.

### Fokus pengajaran

Kesenjangan teori dan praktek diungkapkan dalam peran profesional sebagai pemberi asuhan keperawatan, mitra dengan profesi lain. Praktek dinilai tidak sesuai dengan apa yang dipelajari:

*“Ya giliran ada tindakan, baru sibuk, giliran misalnya sudah bagi-bagi obat, perawatnya cuma diam, nulis, jadi jarang berkomunikasi dengan pasien.” (M.07.R2.674-677).*

*“Kalau teori sich, ada bu, seperti di Askepnya, ada kolaborasi dengan dokter untuk melakukan tindakan apa gitu, tapi kenyataannya gak ada, kalo yang saya liat sich seringnya seperti itu...bawa-bawa status.” (M.08.R1.276-278).*

Kesenjangan teori juga dalam mempelajari keterampilan prosedur klinik di *mini hospital* dan rumah sakit:

*“...ada juga yang tidak ada di RS tetapi ada di mini hospital, misalnya tadinya kita harus pake handscoen 2, tapi di klinik kita pake 1, karena harus diminimalkan, jadi aspek caringnya sebagai perawat tuch jadi kurang lagi kan,.. karena gak sesuai SOP.” (M.07.R2.27-30).*

### Tempat/ setting/ fasilitas klinik

Fasilitas praktik klinik baik di *mini hospital* (laboratorium dengan setting rumah sakit) maupun di rumah sakit oleh mahasiswa dirasakan kurang memadai, antara lain dalam hal, pengelolaan praktik (penjadwalan), ketersediaan alat dan bahan.

*“Kadang bentrok jadwal juga, yach.. kita sempat bentrok tempat juga, dengan D-III Bidan pas kita mau pake, akhirnya kita jadi suka ribut sama pengurus mini hospital.” (M.07.R2.162-165)*

### Organisasi waktu

Mahasiswa merasa kelelahan saat melaksanakan praktek klinik karena pengaturan jadwal yang dilakukan oleh rumah sakit, selain itu mahasiswa merasa lebih banyak melakukan kegiatan rutinitas ruangan.

*“Melelahkan karena tugas rutin dan penjadwalannya bu, habis shift sore masuk shift pagi, jadi ngantuk besoknya bu, karena harus memandikan pasien jam 5 pagi lagi, walaupun target pencapaiannya sudah terpenuhi, bolak-balik ke farmasi, ke lantai 3 ngantar pasien, tidak sesuai kompetensi.” (M.08.R1.757 - 758, 760 - 763)*

### Model pengajaran pada ECEs

Tidak semua mahasiswa mengalami siklus pembelajaran yang sama, atau sistematika pengajaran tidak terstruktur sehingga kadang membingungkan.

*“Pada prinsipnya kalo di klinik, kita bersyukur ya kalau masuk ke klinik ada pre conference ada post conference, jadi baguslah, jadi sebelum melakukan tindakan prosedur ke ruangan, kita diberi tugas menulis laporan pendahuluan (LP), kita ditanya apa-apa saja yang belum diketahui, nanti kamu lakukan ini lakukan ini, setelah itu sebelum pulang kita ditanya apa yang sudah kamu lakukan, dan mengingatkan kita apa yang kita lakukan, kita diingatkan kembali, tapi kadang-kadang, ya itu tadi kadang ada kadang tidak,..” (M.08.R1.146 - 151)*

*“Ada bu yang mandiri sejak awal, dan ada yang hanya satu kelompok yang sudah dicontohin satu kali, itupun semuanya gak bisa lihat, dan belum bisa juga bu, udah gitu, yang lain disuruh ikut seperti kelompok pertama, jadi kelompok pertama ngajarin ke berikutnya, padahal kita juga belum bisa Bu...” (M.07.R1.193-198)*

### b. Persepsi Mahasiswa tentang Proses Bimbingan

Masalah-masalah yang terungkap pada proses bimbingan seperti peran pembimbing pada proses bimbingan, kehadiran di klinik/supervisi klinik (kesediaan pembimbing meluangkan waktu untuk bimbingan), kepeduliannya pada pencapaian kompetensi mahasiswa di klinik, kemampuan dalam menguasai materi, kemampuan mengelola pengajaran, juga kurangnya pembimbing.

Mahasiswa menilai staf ruangan dan pembimbing klinik tidak siap terhadap pelaksanaan praktek klinik. seperti pada komentar berikut:

*“..ketika kita udah ke klinik, koordinator mata kuliahnya kurang komunikasi sama pihak RS-nya, baik sama CI-nya atau kepala ruangan atau apapun, jadi kita tuch suka bingung jadi kayak apa yach..kayak gak tau apa-apa aja,.. jadi malah tanya, ini dari kampusnya harus kayak gimana sich. CI-nya malah tanya gitu, sedangkan kita juga gak ngerti, kadang kurang komunikasi aja kali dari kampus ke RS.” (M.07.R2.107-114)*

Perilaku staf ruangan yang bersikap tidak ramah membuat mahasiswa merasa tidak nyaman, dan tidak diberi kepercayaan untuk melakukan tindakan sesuai

kompetensi yang harus dicapai, seperti ungkapan mahasiswa berikut:

*"Kitanya jadi gak nyaman lagi Bu kalo dijutekin, jadi kita berpendapat mereka tidak menerima kita, kadang kan kita mau ngikutin kakaknya gitu, mau liat tindakan karena target kita observasi, tapi dilarang, eh nanti, jangan dulu ya!"* (M.08.R1.485-489)

Kesediaan staf ruangan untuk diikuti mahasiswa, dan menjawab setiap pertanyaan mahasiswa saat memperoleh pengalaman klinik, mempengaruhi kelancaran belajar mahasiswa di ruangan, seperti komentar berikut:

*"..di RS, tim pengajarnya (staf ruangan), adalah yang apabila kita ingin tahu, kita ingin bertanya, yang saya rasakan mereka malah menekan pertanyaan kita, jadi kalo semakin kita bertanya, mereka merasa di coba, padahal itu karena kita belum mengerti, seperti itu, ada... beberapa tim pengajar yang seperti itu."* (M.07.R2.61-66)

Pernyataan mahasiswa tentang kesediaan meluangkan waktu, kepedulian terhadap mahasiswa, dan kemampuan dalam penguasaan materi seperti pada komentar berikut:

*"..kalau kami dari akademik waktu NP III tuh bu M juga ya bu, yang selalu datang, walaupun sudah ada jadwal untuk pembimbing yang lain, tapi yang datang bu M lagi bu M lagi. Kalo dari rumah sakit kak V dan kak W yang sering ada komunikasi dengan pembimbing akademik.."* (M.08.R1.401 - 408)

*"..pembimbing yang untuk di RS itu kan gak selalu ada tiap kita praktek, jadi kadang kita juga suka bingung gitu, jadi apa yach... pembimbingnya gak selalu ada kalo kita mau tanya, kadang kalo tanya ke perawatnya kan, ada yang suka ngebimbing ada yang enggak.."* (M.07.R2.119-124)

Kompetensi pembimbing yang tidak memadai dalam pengajaran klinik diungkapkan oleh mahasiswa berikut:

*".. misalnya kita praktek pengambilan darah intra vena, beberapa dosen yang menyampaikan itu (memberikan materi) turun tangan langsung tapi dia nggak dapat, alangkah baiknya kalo mau belajar tuch kita panggil dosen luar atau yang sudah terbiasa, jangan dosen dari STIKI, kasihan juga mahasiswanya sudah berapa kali ditusuk tapi nggak dapat."* (M.08.R1.110-115)

Kondisi yang lebih baik, dan membuat mahasiswa menjadi lebih percaya diri ketika diberi kepercayaan

oleh staf ruangan sesuai dengan kemampuan mahasiswa untuk melakukan tindakan kepada pasien langsung dan diberi petunjuk dengan jelas, seperti komentar mahasiswa berikut, pada salah satu pengelolaan pengajaran ECEs yang baik:

*"Ada juga Bu yang sesuai dengan yang kita harapkan waktu kita NP 3 itu menurut kami cukup bagus tim dosennya di NP 3, ada bu Windi, miss Stefi, Bu Ardini, mereka ke kitanya, emang bener-bener dibimbing, kemudian kita nyoba diliatin nah seperti itu yang kita mau, memang bener sich kita disuruh eksplorasi karena kita harus cari dulu, kan sistemnya PBL, tetapi bagaimanapun juga kita kan perlu dapat bimbingan, nah yang kita dapetin tuch cuma di NP 3 tentang perawatan anak."* (M.07.R2.198-207).

Tidak adanya koordinasi yang baik dalam pelaksanaan bimbingan seperti ungkapan berikut:

*"Menurut saya, dari pembimbing akademik dengan pembimbing klinik kurang ada kerjasama Bu, karena kadang, misalkan, mungkin ada waktu-waktu khusus, seenggaknya buat ketemu dari rumah sakit dan akademik untuk ngobrol khusus, kayak waktu NP III, bagus kerjasamanya, yang lainnya tidak."* (M.08.R1.367-373)

Pembimbing akademik tidak melakukan bimbingan langsung kepada pasien, lebih kepada memeriksa kelengkapan tugas, memberi motivasi/ nasihat, melakukan responsi kasus sesuai tugas yang harus dicapai, berikut komentar mahasiswa:

*" Waktu NP II juga begitu, kalo dari akademik yang sering datang paling bu M lagi.., Kita di panggil ke ruang pendidikan, apa aja yang mau ditanyakan?"*

*".. seputar, ada kesulitan gak hari ini, gimana ada masalah, ada yang ingin kalian tanyakan?"* (M.08.R1.406-409, 411-412)

*"Kita sama sekali gak dapet bimbingan dari pembimbing akademik Bu...pas kebetulan kita dinas sore terus, jadi gak dapet bimbingan dari pembimbing akademik dan klinik atau CI-nya."* (M.08.R2.586-588)

### **c. Persepsi Mahasiswa tentang Pengalaman Belajar**

Manfaat-manfaat yang dapat dirasakan oleh mahasiswa dikelompokkan dalam tiga domain, yaitu sikap, pengetahuan, dan keterampilan.

### Manfaat ECEs terhadap sikap

Adanya ECEs memberikan dampak pengembangan sikap positif terhadap pengembangan sikap. Rasa empati terhadap orang sakit dan merasa senang karena dibutuhkan dan diberi kepercayaan oleh pasien sehingga memupuk rasa percaya diri:

*"Bagi saya sich, ini pengalaman berharga ya, bisa masuk ke rumah sakit, dan kita bisa menolong sesama kita ketika mereka sakit membutuhkan kita, kita yang urus, apalagi kalo ada pasien yang sangat baik, mau mempercayai, ketika saya memberi obat, mau gitu.."* (M.08.R1.705-709).

*"Saya merasa lebih bangga dari STIKES yang lain, kalo yang lain kan belum ke klinik, kita sudah."* (M.07.R2.655-656).

Sosialisasi profesional yang mahasiswa peroleh melalui pengalaman klinik, menimbulkan motivasi dan mendorong refleksi diri terhadap profesionalisme:

*"Menurut saya, kalo praktek yang ke RS, itu kan dari awal jadi saya setuju banget,.. karena kita jadi lebih mengenal apa yang kita kerjakan setelah kita lulus."* (M.07.R2.6-8)

*"Lebih bertanya lagi, merefleksikan diri, memastikan lagi, benar gak ini pilihan karir saya?"* (M.08.R1.700-701)

*"Ternyata jadi perawat gak enak Ibu...he he, tapi saya masih mau jadi perawat, tapi pengen jadi yang lebih baik."* M.08.R1.702-703

### Manfaat ECEs terhadap pengetahuan

Pengembangan dan penguasaan terhadap pengetahuan semakin kuat dengan belajar melalui kasus nyata di klinik pada ECEs. Pemahaman mahasiswa terhadap penyakit dan terhadap konsep sehat sakit menjadi semakin jelas juga peran yang diharapkan dalam proses interaksi dengan pasien, seperti komentar salah seorang mahasiswa:

*"Membuktikan teori yang dipelajari di kelas. Kalo kita belajar tentang tanda penyakit demam berdarah ada bercak-bercak seperti gimana, kita bisa langsung lihat penyakitnya. Jadi saya tahu orang sakit gimana, jadi gak mau sakit masuk rumah sakit, jadi harus lebih hati-hati."* (M.08.R1.712-716)

*"Tapi ada juga sich Bu, di ruangan tertentu, yang baik seperti Kak Firdaus, Kak Ronald, Pak Empirisman yang memberikan contoh yang baik saat berkolaborasi,*

*menanyakan kembali usulan obat yang diberikan.. kenapa ini atau yang lainnya..nggak cuma iya-ya."* (M.07.R1.686-691)

Penerapan teori pada situasi terbatas banyak diperoleh mahasiswa saat ECEs.

Misalnya dengan melihat bagaimana perawat di ruangan mampu melakukan prosedur klinik dengan fasilitas yang terbatas, tapi tetap memperhatikan prinsip septic dan antiseptic.

*"Di mini hospital kita butuh perawatan luka, 2 sampai 3 gunting, tapi disana (klinik) kita hanya pakai 1 gunting saja, dengan efisien, itu steril bagaimana cara menggunakannya, nah itu pengalaman berharga walaupun tidak ikut tahap 1, 2, 3, contohnya, meletakkan gunting seperti ini.. supaya steril semuanya, tapi di klinik bisa langsung tahap 5 tapi tetap dalam kondisi steril, jadi kan itu pengalaman yang berharga."* (M.07.R2.274-282)

### Manfaat ECEs terhadap keterampilan

Semua kelompok diskusi mengatakan manfaat ECEs pada kemampuan komunikasi dan meningkatkan rasa percaya diri dalam berkomunikasi, selain juga keterampilan prosedur lain.

*"Kemampuan kita berkomunikasi dengan pasien menjadi lebih baik, dan punya keberanian untuk berkomunikasi dengan perawat ruangan juga."* (M.07.R2.663-665)

*"Lebih terampil, dalam melakukan keterampilan klinik sesuai kompetensi yang kita dapatkan walaupun masih sedikit lah,"* (M.07.R2.667-669)

### d. Persepsi Mahasiswa tentang Evaluasi

Evaluasi formatif dan sumatif dilakukan baik oleh pembimbing akademik maupun pembimbing klinik.

*"Kalo dari akademik, datang, ngecek kompetensi gitu, kalo belum tercapai coba lagi, coba lagi, gitu."* (M.08.R1.263-265)

*"Pulanginya ditanya lagi pengalamannya, tapi kalo yang sore nggak, hanya pas datangnya aja."* (M.08.R1.357-358)

Setiap mahasiswa tidak memperoleh kesempatan yang sama pada evaluasi proses selama ECEs ini berlangsung, sehingga timbul keraguan pada proses evaluasi itu sendiri:

"Kalo yang dinas pagi karena CI nya itu pulang jam 2, di akhir itu suka ditanya perasaannya gimana, sudah belajar apa saja, diberi nasehat, motivasi, tapi kalo yang dines sore kan gak ketemu CI nya, otomatis gak ditanya...jadi sesuai dinas CI nya gitu Bu (M.08.R1.564-566, 573-574)

"Sebenarnya kita agak kebingungan juga dengan penilaiannya, karena NP I dan NP II disatukan tapi kemudian penilaiannya jadi dua lagi, kemudian ada temen yang dapet nilai C kita gak terima kita tanyakan kenapa bisa dapet C, terus tiba-tiba bisa berubah dapet B, itu agak bingung juga waktu NP I dan II, waktu NP III sudah jelas apa yang dinilai." (M.07.R2.348-354)

## 2. Persepsi Pembimbing Akademik terhadap ECEs

Fokus masalah yang ditemukan melalui *in depth interview* pada pembimbing akademik yang terdapat pada fokus pengajaran yaitu kesulitan dalam merencanakan target kompetensi mahasiswa, tidak memadainya setting klinik baik di akademik/ *mini hospital* maupun klinik/ rumah sakit, kesenjangan dalam proses bimbingan, dan masalah pada evaluasi mahasiswa, dan manfaat-manfaat yang dirasakan baik bagi dosen maupun bagi mahasiswa.

### a. Persepsi Pembimbing Akademik tentang Struktur dan Isi

Persepsi pembimbing pada komponen/kategori struktur dan isi meliputi: fokus atau isi pengajaran, tempat/ setting, organisasi waktu dan model pengajaran.

#### Fokus/Isi Pengajaran

Sosialisasi peran pembimbing dalam perawatan pasien dan kolaborasi, mempelajari dan mempraktekkan keterampilan prosedur, sesuai dengan level pendidikan mahasiswa dirasakan sudah cukup baik. Meskipun demikian pembimbing merasa kesulitan merencanakan ECEs secara terstruktur.

"NP 4 kemaren itu yang sudah mulai kasus, jadi disini kita tidak hanya melihat pelaksanaan tindakannya saja, prakteknya saja tapi kita sudah mengelola pasien dihubungkan dengan penyakitnya." (PA.R5.14-17)

"Kadang, apalagi pada NP yang pertama tadi masih susah menentukan kompetensi mahasiswa, kalau NP 1 dan 2 banyaknya konsep-konsep jadi kayaknya masih susah dalam perencanaannya terutama koordinator yang merancang NP,.. kalau NP 4 sih gak terlalu susah,

tapi kalau yang 1, masih bingung dan orang ruangan juga bingung mahasiswa ngapain kesini kalau cuman lihat-lihat doang."

(PA.R5.151-155, 158-161)

#### Tempat/ Setting Klinik

Beberapa kondisi yang dirasakan oleh pembimbing akademik sebagai masalah yaitu: fasilitas yang kurang memadai baik di lingkungan pendidikan/ *mini hospital*, maupun rumah sakit.

"Dengan terbatasnya alat, ada beberapa kali alat yang seharusnya misalnya IV line kadang-kadang sudah sangat rusak tapi karena sudah gak ada alat lagi yah terpaksa harus kita gunakan lagi." (PA.R4.126-129)

"Memang namanya *mini hospital* seolah-olah miniatur RS tapi pengelolaannya masih butuh perbaikan dari segi alat, penggunaan, itu harus ada pengelola khusus yang benar-benar concern jangan sampai pengalaman yang kemaren alat gak ada, kotor, ruangan juga kotor, seolah-olah kan tidak terstruktur dan terkelola dengan baik, nah itu kelemahan yang harus diperbaiki." (PA.R6.106-112)

"Memang aturannya sudah tertulis kita juga coba pengaturannya gitu, tetapi kadang-kadang kalau kita sudah ketemu dengan mahasiswa lain, walaupun sudah dibatasi 8 orang tetap saja penuh di ruangnya, jadi kadang-kadang penuh di sana yang jadi korban anak-anak kita." (PA.R6.141-146)

Masalah pada pengaturan/penataan dan perawatan alat maupun ruangan masih dirasakan.

"Di laboratorium, peralatannya kurang dan pemeliharaannya kurang baik ruangnya maupun alat-alatnya." (PA.R5.166-167)

#### Organisasi waktu

Pelaksanaan ECEs yang serempak dilaksanakan pada akhir blok materi di tiap semester menyebabkan menumpuknya mahasiswa di ruangan-ruangan tertentu, dan hal ini menyebabkan pelaksanaan ECEs mengalami hambatan antara lain ruangan menolak mahasiswa praktek, serta pengaturan jadwal yang dilakukan pihak rumah sakit menyebabkan mahasiswa kelelahan.

"Kemudian kalau masalah waktu bersamaan karena di terminal semuanya kadang numpuk di satu ruangan karena hanya ruangan tertentu yang bisa dipakai praktek, kadang karena menumpuk dari ruangnya kadang

ditolak meskipun kita sudah bagi per shift tetap aja banyak, kadang dari RSnya mereka gak mau terlalu banyak di ruangan.” (PA.R4.135-139)

“Mahasiswa kita yang harusnya dari jam 7 sampe jam 2 bisa nanti jadi jam 5 sampai jam 10 jadi jadwalnya dari RS yang menentukan, kita juga jadi serba salah, mahasiswa masuk jam 5 padahal ada yang rumahnya jauh, kasihan juga sama mahasiswa kita, dan dibuat shift pagi, siang dan malam yang diatur dari ruangan.” (PA.R5.181-184, 190-192)

### Model Pengajaran

Pada pengelolaan pembelajaran di mini hospital, berbagai masalah yang muncul yang pada dasarnya adalah perbedaan proses pembelajaran yang dilakukan pembimbing.

“.. memang namanya mini hospital seolah-olah miniatur RS tapi pengelolannya masih butuh perbaikan dari segi alat, penggunaan, itu harus ada pengelola khusus yang benar-benar concern jangan sampai pengalaman yang kemaren alat gak ada, kotor ruangan, seolah-olah kan tidak terstruktur dan terkelola dengan baik, nah itu kelemahan yang harus diperbaiki.” (PA.R6.106-112)

“Di mini hospital itu, mereka diajarkan tentang kompetensi-kompetensi yang harus mereka capai pada semester tersebut, kemudian setelah itu di klinik mereka melihat tentang proses yang nyata untuk menghadapi kasus-kasus yang sudah diajarkan. Hanya memang pelaksanaannya dari tiap dosen berbeda, tapi kita sulit mengomunikasikannya.” (PA.R4.14-19)

### b. Persepsi Pembimbing Akademik tentang Proses Bimbingan

Masalah-masalah yang terungkap pada proses bimbingan meliputi, tuntutan peran ganda yang menimbulkan kendala pada proses bimbingan (intensitas supervisi klinik dan kualitas bimbingan), koordinasi yang belum optimal, kemampuan dalam menguasai materi dan terbatasnya kompetensi klinik, kemampuan mengelola pengajaran, serta kurangnya pembimbing.

Peran pembimbing akademik dan pembimbing klinik perlu dibedakan.

“.. kita tentukan dulu, kita bicarakan dulu dengan CI apa yang akan menjadi bagian dari CI dan yang menjadi bagian pembimbing akademik, misalnya kalau dari akademik itu kita lebih banyak kepada kesiapan mahasiswa untuk masuk, jadi lebih diarahkan kepada

laporan pendahuluan, nah untuk keterampilan klinik dengan kasus itu yang biasanya megang dari CI.” (PA.R4.40-53)

“Jadi pembimbing klinik itu melihat dan bertanggung jawab dalam proses pendampingan kalau mereka mau melakukan proses tindakan.” (PA.R4.68-70)

“CI nya langsung ataupun kalau CI nya gak stand by di satu ruangan kadang diberikan kepada perawat ruangan yang sudah dipilih untuk melakukan proses pendampingan terhadap mahasiswa.” (PA.R4.73-76)

“Peran kita pada laporan pendahuluan dan juga melakukan supervisi dan pelaksanaan ujian (keterlibatan pembimbing akademik). Fokusnya adalah pencapaian kompetensi, yah mungkin menyangkut kasus, kalau ada yang mereka tanyain, tentang masalah-masalah yang mereka ambil dan kadang kalau mereka gak mengerti pasiennya kalau mau kita bedside teaching kita bedside teaching.” (fokus supervisi pembimbing akademik) (PA.R4.57-58, 60-64)

Apabila tidak dilaksanakan sesuai rencana, maka yang timbul adalah tumpang tindih peran atau mahasiswa justru kehilangan arah.

“Untuk kordinasi dengan klinik itu mungkin belum optimal karena kadang kita dengan pembimbing di klinik itu belum satu suara karena kadang dari pendidikan itu pengennya seperti apa, mereka dari klinik juga beda tuntutannya pada mahasiswa.” (PA.R4.184-188)

“Sebenarnya sih untuk praktek sudah ada kesepakatan dari dulu cuman kadang-kadang pas pelaksanaannya saling mengandalkan.” (PA.R6.50-52)

Peran ganda dari pembimbing akademik maupun pembimbing klinik serta jumlah tenaga pengajar yang kurang dalam proses bimbingan, merupakan salah satu penyebab.

“Pembagian waktu dari akademik untuk bimbingan ke RS, karena kita juga mempunyai tugas juga yang harus kita kerjakan untuk tugas akademik, jadi kadang kita kurang kontrol ke mahasiswanya, kita berikan ke CI nya, cuma kadang CI nya juga kewalahan.” (PA.R4.156-160)

Kompetensi dosen yang berbeda dan tidak memadai baik dalam memberikan materi maupun dalam pengelolaannya, menjadi kendala dalam pelaksanaan ECEs.

“.. ya ada dosen yang mengelolanya lain daripada yang lain gitu dan itu kadang-kadang membingungkan mahasiswa, mahasiswa kan tidak tahu mana yang harus

diambil gitu, jadi kadang-kadang mahasiswa akhirnya ya udah ikutin aja kemauan dosen itu.” (PA.R6.168-174)

### c. Persepsi Pembimbing Akademik tentang Pengalaman Belajar Mahasiswa

Manfaat ECEs terhadap pencapaian kompetensi (aspek pengetahuan/pemahaman materi) sangat jelas. Pembimbing akademik juga dapat melihat manfaat ECEs pada kemampuan komunikasi mahasiswa, meningkatkan keaktifan belajar, dan meningkatkan rasa percaya diri (keterampilan dan perilaku).

“Manfaatnya banyak, yang pertama mahasiswa terpapar dengan klinik, mereka dapat kasus-kasus yang mereka pelajari, jadi pada saat masuk di kelas itu, kita bicaranya riil, gak ngawang-ngawang, mereka sudah terpapar, dalam pembicaraan pun lebih mudah ditangkap. Kemudian dari sisi keilmuan, mereka sudah langsung aplikatif dengan yang ditemukan, secara riil, mereka sudah tahu berhadapan dengan pasien bagaimana, sehingga untuk pencapaian kompetensi tidak hanya di kelas saja.” (PA.R6.208-217)

“Manfaatnya bagi mahasiswa, mahasiswa jadi lebih komunikatif dengan pasien, mereka sudah terbiasa melihat pasien, komunikasinya ke pasien harus seperti apa, kemudian ke tindakannya mereka juga lebih baik dibandingkan dengan mahasiswa yang tidak pernah ke klinik, mahasiswa lebih pede, dan lebih aktif.” (PA.R5.140-145)

### d. Persepsi Pembimbing Akademik tentang Evaluasi Mahasiswa

Pembimbing secara rinci mengungkapkan komponen-komponen evaluasi yang dilaksanakan pada ECEs, berikut dengan persentase penilaiannya. Komponen-komponen evaluasi ini juga menurut pembimbing akademik telah tertera pada pedoman pelaksanaan praktek mahasiswa/ ECEs dan itu dirasa sudah cukup jelas.

“Ketentuannya tertulis di pedoman, formatnya sudah ada, tetapi siapa penilainya tergantung kesepakatan antara akademik dan CI ruangan tersebut.” (PA.R5.108-111)

“Jadi sistem penilaian itu kita lihat dari ujian kasus dan keterampilan klinik dan bisa dituangkan dalam laporan kasus, jadi bisa dijadikan sebagai laporan portofolio sementara dengan log book mereka dapat

menilai apa yang mereka sudah capai sepanjang mereka praktek.” (PA.R4.88-92)

“Yang menilai CI, CI melakukan evaluasi keterampilan klinik karena mereka yang terlibat langsung dan mereka yang mengetahui kondisi secara langsung, kalau ujian kasus itu dilihat dari laporannya dan dilihat dari bedside teaching.” (PA.R4. 99-101, 103-104)

Pembimbing akademik juga mengungkapkan bahwa proses evaluasi pada ECEs ini dianggap tidak banyak bermasalah, walaupun untuk pelaksanaannya memerlukan cukup banyak waktu.

“Kalau untuk evaluasi sih gak terlalu, maksudnya kita dah terbiasa mengerjakannya dan kita sudah terpapar cuma memang butuh waktu dan tenaga yang lebih ekstra untuk memeriksa dan merespons mahasiswa.” (PA.R4.170-173)

## 3. Persepsi Pembimbing Klinik terhadap ECEs

Fokus masalah yang ditemukan melalui *in depth interview* pada pembimbing klinik terdapat pada setting/ fasilitas klinik yaitu tidak memadainya fasilitas klinik di rumah sakit, pengaturan jumlah mahasiswa praktek, masalah pada proses bimbingan terutama pada kesiapan mahasiswa, tugas ganda dari pembimbing, dan keterlibatan pembimbing akademik dalam proses bimbingan, serta masalah pada evaluasi mahasiswa tentang kesepakatan pada proses penilaian.

### a. Persepsi pembimbing klinik tentang struktur dan isi

Fokus pengajaran yang dikemukakan pembimbing klinik pada ECEs meliputi sosialisasi peran profesional keperawatan, adaptasi terhadap lingkungan kerja, dan dapat mengenal tugas perawat sejak dini.

“Mahasiswa dikenalkan dengan situasi kondisi lingkungan lahan praktek itu sendiri, tentunya akan beradaptasi dengan lingkungan yang baru.” (PK.R2.10-16)

### Setting klinik/ fasilitas

Beberapa kondisi setting klinik, dirasakan berbeda-beda oleh setiap pembimbing klinik, terutama dalam hal ketersediaan alat-alat dan ruang pendidikan di ruangan.

“peralatan itu cukup yah, kalau disebut kurang sih tidak, kalau berlebihan itu juga tidak, jadi cukup. Artinya kalau ada kekurangan di sana sini tidak

begitu fatal, mungkin kita bisa kerjasama dengan laboratorium pendidikan.” (PK.R2.20-24)

“Saya pikir untuk fasilitas di RS ini, sedikit kurang ya, sebagai contoh kalau kita mau praktek atau ujian praktek keterampilan, kalau menggunakan fasilitas RS yang sering dipergunakan itu biasanya kurang, gak tau yach kalo di ruangan lain.” (PK.R.15.41-44)

### Organisasi Waktu

Pelaksanaan ECEs yang serempak dilaksanakan pada akhir semester dirasakan dampaknya oleh pembimbing klinik, terutama pada distribusi mahasiswa di ruangan.

“Kalau perlu program itu jangan bertumpuk, pas bulan ini banyak, banyak sekali, kalau pas enggak yah enggak ada. Itu kontinuitasnya harus berkesinambungan tapi itu juga harus dilihat situasi kondisi, mungkin program disana targetnya seperti itu ya, tapi kaca mata pendidikan dan kaca mata dibidang pelayanan kan lain kali ya.” (PK.R.2.93-98)

### Model Pengajaran

Pembimbing klinik melihat perencanaan yang tertulis dalam pedoman pelaksanaan kegiatan ECEs lebih sistematis dari kegiatan-kegiatan sebelumnya.

“Kita melakukan pre conference setiap pagi, jadi target kita hari ini apa, target yang sudah dicapai apa, yang belum dicapai apa, begitu juga dengan kondisi ruangan..”

“Kalau post conference sudah pasti yah, dievaluasi apa yang sudah dilakukan, tindakan apa yang sudah dilakukan, kita evaluasi, trus sharing sama temannya tetapi memang tidak semua bisa prosesnya lengkap dari awal sampai akhir, karena kan misalnya saya dinas pagi mahasiswa dinas sore jadi tidak ada post conference untuk yang sore.” (PK.R3.70-73)

### b. Persepsi Pembimbing Klinik terhadap Proses Bimbingan

Fokus masalah yang diungkapkan pembimbing klinik pada proses bimbingan adalah kurangnya koordinasi, kurangnya keterlibatan pembimbing akademik dalam proses bimbingan, pembagian kelompok mahasiswa yang terlalu banyak, kesiapan mahasiswa dalam melaksanakan praktek, serta keberadaan mahasiswa di klinik yang dianggap membantu dalam proses perawatan pasien di rumah sakit.

Persepsi pembimbing klinik terhadap kurangnya koordinasi dalam proses bimbingan dan kurangnya keterlibatan pembimbing akademik masih terjadi.

“Idealnya dari bidang pendidikan katakanlah dosen akademik yang membidangi itu, saling sharing gitu, koordinasi, adakalanya terlalu percaya atau gimana saya kurang tahu, jadi begitu serahkan langsung limpahkan, ujung-ujungnya kita kasih nilai udah gitu.” (PK.R2.77-82)

Tugas dan peran ganda dari pembimbing klinik tidak menghambat proses bimbingan karena melibatkan perawat, atau staf klinik.

“SDM nya, kalau waktu dulu waktu bimbingan, saya masih multifungsi, kita ngerjain CI iya, ngerjain dari SP keperawatan iya, jadi double job gitu, tapi tetap ada waktu bimbingan dengan mahasiswa. Untuk SDM dulu kan CI nya masih terbatas yah, jadi CI itu bisa memegang 2 ruangan misalkan area ruang Hana dengan Magdalena dipegang sama saya, seharusnya tiap ruangan ada CI, sekarang tiap ruangan sudah ada CI. (PK.R15.26-28, 31-34)

Jumlah kelompok yang berlebihan diantisipasi dengan pembagian shift/ praktek mahasiswa sehingga tidak mengganggu pelayanan ataupun pengajaran.

“Proses bimbingan tergantung jumlah mahasiswa yang hadir pada saat itu, rata-rata 3 – 6 orang, kalau melebihi kapasitas itu yah kita bagi shift. Soalnya saya pikir kalau berlebihan juga gak consent.” (PK.R2.51-54)

Proses pengajaran klinik selain mengelola pasien nyata juga dapat berupa diskusi kasus sesuai kasus kelolaan.

“Kalau saya biasanya kan di ruangan itu ada fasilitas ruangan pendidikan ada yang tidak, kalo saya pake yang ada ruangan pendidikannya, kalau seandainya mahasiswa ada responsi, contohnya LP atau kasus, atau responsi atau evaluasi, pre conference dan post conference, kita satukan di satu ruangan jadi ruangan yang tidak ada ruangan pendidikannya disatukan, sama-sama gitu, biar nanti lebih fokus semua dapat bimbingan.” (PK.R15.65-77)

Pendelegasian tugas bimbingan klinik dan evaluasi dari pembimbing klinik/CI kepada penanggung jawab atau staf ruangan bukan suatu ketetapan yang dilaksanakan oleh semua pembimbing klinik pada pelaksanaan proses bimbingan.

### c. Persepsi Pembimbing Klinik terhadap Pengalaman Belajar ECEs

Persepsi pembimbing klinik pada pengalaman belajar mahasiswa, difokuskan pada perilaku mahasiswa selama pelaksanaan praktek klinik, dampak pengaturan jumlah mahasiswa terhadap pengalaman praktek, keberadaan mahasiswa di klinik membantu proses perawatan pasien di ruangan.

Keaktifan mahasiswa pada program ECEs merupakan faktor pokok dalam keberhasilan pembimbingan.

*“Anak-anak lebih aktif yah, tidak kayak lalu-lalu, khusus untuk program ini...maksudnya ketika di klinik mereka belum mencapai target kompetensinya, mereka minta sama kita untuk bisa mencapainya. “Yang ini harus tercapai, begitu.” (PK.R.3.12-13)*

Namun demikian, pembagian kelompok dalam jumlah besar membuat pengalaman klinik mahasiswa dalam pengelolaan kasus terbatas.

*“Jumlah mahasiswanya harus dilihat lagi, jangan sampai nanti mahasiswanya banyak kasusnya gak kebagian ada yang double kasusnya, yang sama maksudnya kasusnya yah..” (PK.R.15.6-9)*

*“Untuk yang KDM biasanya membantu sekali kalau mahasiswa misalnya memberikan makan, lumayan tu kan mahasiswa, si kakaknya bisa mengerjakan yang lain, terus seperti memandikan, perbeden, memberi makan, observasi TTV itu membantu sekali, karena apa yah kesibukan di pagi hari tentunya sangat terasa, kalau ada mahasiswa yang praktek .., sangat membantu kalau menurut saya dan kedua untuk mahasiswanya berguna atau bermanfaat supaya dia lebih punya pengalaman bagaimana cara praktek atau cara memberi askep diruangan.” (PK.R.15.95-103)*

### d. Persepsi Pembimbing Klinik terhadap Evaluasi Mahasiswa

Proses evaluasi pada ECEs dinilai penting oleh pembimbing klinik, untuk menilai kemampuan mahasiswa. Pembimbing klinik menyarankan keterlibatan pembimbing akademik untuk mengamati, proses praktek mahasiswa selama berada di lahan klinik yang dapat dijadikan sebagai dasar evaluasi mahasiswa. Pembimbing klinik mengungkapkan ketidakpastiannya dalam proses penilaian, terutama pada alat ukur evaluasi yang dipakai.

“Evaluasi memang harus dilakukan terhadap mahasiswa ini, apakah dia kompeten tidak dalam satu bidangnya,

dan hal itu kita kerjasama dengan bagian pendidikannya, sama dosen mata ajarnya.”

*Penilaian secara detail tidak, itu kita serahkan pada bagian pendidikan.” (PK.R2.58-61,64-65)*

## PEMBAHASAN

Hasil uji hipotesis dengan menggunakan *uji one way* anova diperoleh nilai F statistik 3.18 dan  $p = 0.04$ , karena  $p < 0.05$ , artinya terdapat perbedaan bermakna antar tiga kelompok. Selanjutnya untuk melihat perbedaan bermakna antar dua kelompok digunakan *multiple comparisons test (post Hoc)*. Hasil analisis *post Hoc* terdapat perbedaan secara bermakna pada kelompok mahasiswa dan pembimbing klinik terhadap ECEs ( $p=0.047$ ), sedangkan pada kelompok mahasiswa dengan pembimbing akademik dan pembimbing akademik dengan pembimbing klinik tidak terdapat perbedaan bermakna. Perbedaan bermakna dari ketiga kelompok terdapat pada komponen proses bimbingan ( $p=0.00$ ).

Terbentuknya persepsi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, perhatian, harapan, kebutuhan, sistem nilai, dan ciri kepribadian. Mahasiswa, pembimbing akademik dan pembimbing klinik memiliki perhatian, harapan, dan kebutuhan yang berbeda-beda terhadap pelaksanaan ECEs pada S1 Keperawatan STIK Immanuel, persepsi ini, dapat dijadikan kontribusi terhadap perubahan dalam rangka peningkatan mutu jika dilanjutkan komunikasi aktif pada setiap kelompok dan antar kelompok.

### Perbandingan Persepsi Mahasiswa dengan Pembimbing Klinik terhadap ECEs

Persepsi mahasiswa terhadap ECEs lebih rendah dibanding pembimbing klinik artinya pembimbing klinik secara umum mempersepsikan lebih baik terhadap ECEs daripada mahasiswa. Walaupun dasar pemikiran untuk penempatan klinik pada awal pendidikan adalah untuk memudahkan transisi, membuat mahasiswa lebih percaya diri mendekati pasien-pasien, memotivasi mereka, menambah kesadaran terhadap diri dan orang lain<sup>2,3</sup> namun pengalaman klinis juga merupakan salah satu komponen yang menghasilkan kecemasan yang paling besar dari program keperawatan.<sup>19</sup>

#### a. Struktur dan Isi

Komponen struktur dan isi meliputi fokus/isi pengajaran, *setting* klinik/fasilitas, model pengajaran dan

organisasi waktu. Pada komponen ini hasil analisis data kuantitatif tidak didapatkan perbedaan bermakna, namun pada salah satu item pada sub komponen struktur dan isi menunjukkan angka yang cenderung berbeda dari mahasiswa dan pembimbing klinik yaitu pada item pernyataan tentang model pengajaran.

*Early clinical experience* memberi kesempatan bagi mahasiswa untuk mengenal peran profesional keperawatan dan menyesuaikan diri terhadap situasi profesional, sehingga mahasiswa dapat mengenal tugas sejak dini, namun kesenjangan teori dan praktek dirasakan mahasiswa pada fokus pengajaran tersebut. Masalah dalam kesenjangan ini telah menjadi masalah yang memprihatinkan pada penempatan klinik mahasiswa keperawatan dan temuan ini didukung pula hasil penelitian.<sup>12</sup> Kesenjangan ini tidak diungkapkan oleh pembimbing klinik pada saat dilakukan wawancara.

Sosialisasi peran profesional lain yang dapat dipelajari mahasiswa di klinik terhadap hubungan perawat-pasien dinilai sebagai tindakan rutinitas dan tidak ada hubungan terapeutik, demikian juga hubungan perawat-dokter yang tidak terlihat adanya mitra dalam mengelola pasien, cenderung dilihat sebagai pesuruh. Demikian pula untuk prosedur keterampilan klinik, mahasiswa memilih melakukan tindakan praktis di klinis, daripada mengaplikasikan teori yang dipelajari selama pembelajaran di laboratorium/*mini hospital*. Staf pengajar penting dalam proses sosialisasi siswa dan mempersiapkan mereka untuk realitas dalam praktek.

Hasil penelitian pada pengalaman klinik mahasiswa keperawatan mengungkapkan bahwa faktor kecemasan praktek klinik awal, kesenjangan teori dan praktek, supervisi klinik, peran profesional dianggap sebagai faktor penting dalam pengalaman klinik, dan berkontribusi terhadap ketidakpuasan mahasiswa pada komponen klinik pendidikan mereka.<sup>12</sup>

*Setting* klinik/ fasilitas dinilai kurang memadai baik mahasiswa maupun pembimbing klinik. Hasil analisis kualitatif mahasiswa mengungkapkan masalah-masalah pada *setting* klinik baik di *mini hospital* maupun di rumah sakit, sementara fokus pembimbing klinik pada keterbatasan fasilitas yang terdapat di rumah sakit.

Fasilitas yang kurang memadai (air dan sarung tangan), di rumah sakit, situasi dan penerimaan staf ruangan yang tidak ramah, menciptakan lingkungan belajar yang tidak nyaman dan aman bagi mahasiswa, dan

mengurangi motivasi belajar mahasiswa untuk proses pendidikan selanjutnya. Pada awal kunjungan, banyak mahasiswa yang terkejut dan terkesima dengan apa yang mereka lihat, dan kemudian sulit memfokuskan kembali tujuan pembelajarannya, peran pembimbing membantu mahasiswa memfokuskan kembali pikiran mahasiswa.<sup>13</sup>

Hasil analisis deskriptif pada sub komponen model pengajaran, pada item “kesempatan untuk mengungkapkan perasaan” nilai *mean* mahasiswa sebesar 2,75 lebih rendah dari nilai *mean* pembimbing klinik sebesar 3,75. Hasil analisis kualitatif mendukung dan memperjelas masalah pada item di atas. Setiap mahasiswa tidak memiliki kesempatan yang sama dalam mengalami tahap *pre conference* sebagai persiapan mahasiswa sebelum memasuki *setting* klinik yang disebabkan oleh penjadwalan praktek mahasiswa. Sementara pembimbing klinik merasa telah mengantisipasi ini dengan melakukannya setiap praktek mahasiswa pada pagi hari.

Tahap *preparative* pada tahapan *Clinical Learning Spiral*<sup>14</sup> dianggap penting, untuk mempersiapkan diri mahasiswa sebelum memasuki *setting* klinik. Tahap ini diawali dengan pertemuan singkat antara dosen dan mahasiswa untuk mengeksplorasi perasaan, harapan, terhadap tujuan yang ingin dicapai pada pengalaman klinik, dan kekhawatiran terhadap pengalaman klinik secara langsung. Pada akhir tahap ini tujuannya untuk menghubungkan praktek dan teori yang memotivasi mahasiswa untuk melakukan studi selanjutnya.

Hubungan negosiasi dengan pengajar adalah sebuah kunci dalam mempelajari hal bagi sebagian besar mahasiswa pada ECEs. Mahasiswa pada tahun pertama pengalaman mereka menyadari, pengajar atau pembimbing mereka merupakan sumber pendukung yang penting, dalam pengembangan mereka. Pengalaman dini memungkinkan identifikasi kebutuhan mahasiswa untuk pilihan karir mereka sejak awal program dan berhubungan dengan menjadi seorang perawat.<sup>1</sup>

## b. Proses bimbingan

Hasil analisis post *Hoc* terdapat perbedaan secara bermakna pada kelompok mahasiswa dan pembimbing klinik terhadap ECEs ( $p=0,047$ ). Deskripsi perbedaan persepsi antara mahasiswa dan pembimbing klinik terdapat pada komponen proses bimbingan dengan nilai *mean* mahasiswa sebesar 3,02 (SD. 0,33) dan nilai *mean* pembimbing klinik 3,56 (SD. 0,33).

Perbandingan nilai item-item pernyataan pada komponen proses bimbingan yaitu pada item “*keleluasaan untuk melakukan prosedur klinik tanpa pengawasan dan bimbingan*”, nilai mahasiswa 2,97 sedangkan pembimbing klinik 3.88, item “*ketika ingin berkonsultasi dengan pembimbing, pembimbing sibuk dengan rutinitas kerjanya*”, nilai *mean* mahasiswa 2.45, dan pembimbing klinik 3.25.

Masalah yang diungkapkan oleh pembimbing klinik fokus pada jumlah mahasiswa yang terlalu banyak saat pelaksanaan ECEs, harapan terhadap keterlibatan aktif dari pembimbing akademik dalam proses bimbingan mahasiswa, dan pendistribusian dari pedoman praktik yang terlambat menghambat pelaksanaan praktek mahasiswa. Walaupun diakui pembimbing klinik bahwa tugas/peran ganda yang dimiliki, tidak mempengaruhi proses bimbingan mahasiswa di klinik, selain antisipasi bimbingan klinik yang dialihkan ke *setting* yang lain (kantor perawatan, ruang pendidikan) juga untuk perannya sebagai fasilitator pembelajaran klinik yang sewaktu-waktu diperlukan oleh mahasiswa, telah didelegasikan pada penanggung jawab ruangan atau perawat ruangan.

Kenyataan yang dihadapi mahasiswa, tidak setiap staf atau penanggung jawab ruangan dapat memfasilitasi proses pembelajaran mahasiswa di klinik.

“Di RS, tim pengajarnya, adalah yang apabila kita ingin tahu, kita ingin bertanya, yang saya rasakan mereka malah menekan pertanyaan kita, jadi kalo semakin kita bertanya, mereka merasa di coba, padahal itu karena kita belum mengerti, seperti itu, ada... beberapa tim pengajar yang seperti itu.” (M.07.R2.61-66)

Model dalam pengajaran klinis, bagaimana seorang instruktur melakukan pembelajaran dan gaya supervisi disesuaikan dengan tingkat ketergantungan dan maturitas mahasiswa. Semakin mahasiswa berkompeten, memiliki kemauan dan percaya diri, maka instruktur dapat mempercayakan mahasiswa tersebut melakukan keterampilan secara mandiri, untuk itu penting bagi pembimbing klinik sebagai pengajar klinik juga mengetahui level kompetensi mahasiswa bimbingannya.

Masalah-masalah yang diungkapkan mahasiswa yang terjadi pada proses bimbingan meliputi peran pembimbing, kompetensi klinis dari pembimbing, kepribadian dari staf ruangan, dan pada proses bimbingan. Peran pembimbing atau profesional kesehatan yang mahasiswa jumpai di klinik mempengaruhi pengalaman belajar mahasiswa selama

berada di tatanan klinik. Salah satu *role model* yang baik menurut mahasiswa dari hubungan perawat-dokter yaitu ketika perawat dinilai mampu mengemukakan pendapatnya secara kritis terhadap perawatan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien. Pada situasi yang lain, mahasiswa diperlakukan tidak sebagai pelajar, tetapi dilibatkan dalam kegiatan rutin dalam perawatan pasien.

Mahasiswa keperawatan dalam *setting* klinik adalah pelajar, bukan seorang perawat, artinya mahasiswa dalam *setting* klinik dilibatkan dalam kegiatan klinik yang sesuai dengan tujuan dan harapan belajarnya yang ingin dicapai pada saat itu, bukan dilibatkan dalam kegiatan rutin yang sama sekali tidak sesuai dengan tujuan belajarnya.<sup>10</sup> Kenyataan yang ada saat ini menunjukkan bahwa fenomena seperti itu masih tetap terjadi sampai saat ini

### c. Pengalaman belajar

Tidak didapatkan perbedaan bermakna pada komponen pengalaman, pada ketiga kelompok responden, dan masing-masing responden memiliki nilai rata-rata yang tinggi terhadap komponen pengalaman belajar mahasiswa.

Hubungan dengan pembimbing secara perlahan membantu mahasiswa terhadap proses penyesuaian diri dari seorang awam menjadi peran profesional di bawah pengawasan pembimbing. Pengalaman mahasiswa keperawatan pada praktek klinik dini mereka memberi wawasan yang lebih luas untuk mengembangkan strategi pengajaran klinik yang efektif dalam pendidikan keperawatan.<sup>12</sup> Mahasiswa pada ECEs membuat mahasiswa mengetahui keterikatan ilmu dasar yang dipelajari di kelas, dan pengalaman ini juga merupakan validasi penting untuk keputusan karier mahasiswa di masa depan.<sup>16,17,18</sup> Penelitian lain mengungkapkan bahwa mahasiswa memandang pengalaman awal sebagai kesempatan untuk memulai pengembangan profesional mereka, dan menyesuaikan diri terhadap situasi profesional.<sup>19,20</sup>

### d. Evaluasi Mahasiswa

Hasil analisis data kuantitatif pada komponen evaluasi mahasiswa tidak terdapat perbedaan bermakna dari kelompok mahasiswa dengan pembimbing klinik. Kelompok mahasiswa dan pembimbing klinik sama-sama memiliki nilai *mean* yang lebih rendah pada komponen

evaluasi, dibandingkan nilai *mean* komponen ECEs lainnya.

Item pernyataan “pembimbing memberi penilaian pada ECEs berdasarkan hasil evaluasi” dinilai rendah oleh mahasiswa ( $\mu$  2.37) dan pembimbing akademik ( $\mu$  2.38). Hasil tersebut didukung dari analisis data kualitatif.

Model *Stanford Development*<sup>21</sup> mendeskripsikan semua pengajaran klinis yang dikelompokkan dalam tujuh kategori kunci, meningkatkan iklim belajar, kontrol sesi mengajar, komunikasi tujuan, meningkatkan pemahaman dan retensi, evaluasi, *feedback*, dan meningkatkan *self directed learning*. Evaluasi merupakan proses menilai pengetahuan, ketrampilan dan sikap mahasiswa, berdasarkan tujuan pendidikan yang telah dibuat sebelumnya. Hal ini memungkinkan dosen untuk mengetahui sejauh mana kemampuan mahasiswa dan membantu mereka untuk merencanakan pengajaran selanjutnya sekaligus untuk menilai efektifitas proses pengajaran.

*Feedback* adalah proses pemberian informasi terhadap performa oleh dosen untuk perbaikan, dapat diartikan *feedback* bersifat formatif yang dirancang untuk mempengaruhi, memperkuat atau merubah perilaku atau sikap seseorang. Hasil penelitian mengungkapkan, pada program ECEs yang dilakukan di sepuluh universitas yang melakukan uji coba, mencatat bahwa *assessment* mempunyai nilai dan digunakan dalam proses ECEs.<sup>21,22</sup>

Beberapa sekolah tersebut menggunakan *Objective Structured Clinical Examinations* (OSCEs) atau *Clinical Practice Examinations* dengan pasien yang terstandar untuk menilai kemampuan klinikal pada dua tahun pertama. Pelaksanaan ECEs pada B.P Koarala Institute of Health Science belum memiliki pola *assessment* yang ditetapkan. Mahasiswa merasa tidak suka dengan kegiatan *assessment* karena membuat proses belajar menjadi lebih serius.<sup>7</sup>

### **Perbandingan Persepsi Mahasiswa dengan Pembimbing Akademik terhadap ECEs**

Tidak terdapat perbedaan bermakna persepsi mahasiswa dan pembimbing akademik terhadap ECEs, namun hasil analisis deskriptif pada rata-rata skor, mahasiswa memiliki nilai rata-rata lebih rendah yaitu sebesar 3,11 (SD. 0,24) dari nilai rata-rata pembimbing akademik sebesar 3,26 (SD. 0,28), artinya pembimbing akademik secara umum mempersepsikan lebih baik terhadap ECEs daripada mahasiswa.

Nilai rata-rata yang cenderung berbeda terdapat pada proses bimbingan, yaitu mahasiswa sebesar 3,02 (SD. 0,33) sementara pembimbing akademik 3,45 (SD. 0,26). Item pernyataan yang mendukung proses bimbingan yang dipersepsikan berbeda yaitu pada item “ketika ingin berkonsultasi, pembimbing masih sibuk dengan rutinitas kerjanya” dan item “pembimbing memiliki kompetensi klinik untuk membimbing mahasiswa di lahan praktek”.

Mahasiswa memperoleh pengalaman dengan melihat perilaku yang tidak baik dari pembimbing akademik di saat aktifitas belajarnya, sementara pembimbing akademik juga mengutarakan kurangnya kesempatan membimbing karena beberapa tugas yang menjadi tanggung jawabnya. Sebuah hasil penelitian mengidentifikasi persepsi mahasiswa keperawatan mengenai perilaku pengajar mereka dan bagaimana hal ini dapat membantu atau menghambat pembelajaran mereka dalam area klinik.<sup>12</sup>

Perilaku pengajar dikelompokkan menjadi lima bagian: kompetensi profesional, hubungan antar pribadi, kepribadian, metode mengajar, dan evaluasi praktek. Pada studi ini menemukan bahwa mahasiswa junior lebih memperhatikan kepribadian pengajar dan bagaimana hal tersebut membantu pembelajaran mereka, sementara, mahasiswa senior lebih fokus pada kompetensi pengajar dalam mengajar. Penelitian lain menemukan bahwa orang-orang dalam lingkungan pengajaran sangat signifikan dalam mempengaruhi aspek perubahan pada perilaku mahasiswa.<sup>23</sup>

Kompetensi dosen dinilai rendah oleh mahasiswa, dan hasil klarifikasi dengan dosen terungkap bahwa pemahaman setiap dosen terhadap ECEs tidak sama. Selama mahasiswa mendapatkan pengalaman klinik pada ECEs, pengalaman buruk dari proses pengajaran yang dilakukan oleh beberapa dosen menimbulkan kesan yang mendalam bagi mahasiswa. Beberapa mahasiswa menilai pembimbing akademik tidak kompeten dalam melakukan pengajaran klinik, baik di laboratorium, maupun di klinik.

Keterampilan-keterampilan yang membuat seseorang menjadi dosen klinis yang baik meliputi: membagi semangat untuk mengajar; jelas, terorganisir, dapat ditemui, memberi dukungan dan mengasahi; mampu membangun hubungan, memberikan arahan dan *feedback*; menunjukkan integritas dan menghargai orang lain; menunjukkan kompetensi klinis; menggunakan

strategi perencanaan dan orientasi; memiliki variasi metode dan naskah mengajar yang luas; melakukan evaluasi dan refleksi diri; melakukan berdasarkan berbagai bentuk ilmu, dan merencanakan pengajaran berdasar level kompetensi/ ilmu mahasiswanya.<sup>14,21</sup>

Pada komponen evaluasi mahasiswa, nilai rata-rata mahasiswa lebih rendah yaitu 2,37 dari nilai rata-rata pembimbing klinik 3,00. Mahasiswa mengungkapkan keraguannya pada proses evaluasi akhir yang dilaksanakan pada ECEs, sedangkan pembimbing akademik merasa pelaksanaan evaluasi yang tertulis dalam panduan ECEs sudah cukup jelas, akan tetapi menyadari, proses evaluasi tidak didasari hasil observasi.

#### **Perbandingan Persepsi Pembimbing Akademik dan Pembimbing Klinik terhadap ECEs**

Persepsi pembimbing akademik dengan pembimbing klinik terhadap ECEs tidak terdapat perbedaan bermakna, dengan nilai rata-rata pembimbing akademik sebesar 3,26 (SD. 0,28) dan nilai rata-rata pembimbing klinik sebesar 3,30 (SD. 0,25). Baik pembimbing akademik maupun pembimbing klinik memiliki persepsi yang sama bahwa ECEs dan fokus pengajaran bermanfaat, baik bagi peningkatan kompetensi mahasiswa, maupun pengembangan kompetensi dosen.

Fasilitas/ *setting* klinik dinilai kurang memadai oleh kedua kelompok responden ini dan dapat menghambat proses pengajaran yang diberikan oleh dosen. Hasil dari deskripsi persepsi pembimbing akademik dan pembimbing klinik terhadap ECEs pada item organisasi waktu dan evaluasi mahasiswa diperoleh nilai yang cenderung berbeda.

Pada item pernyataan "mahasiswa kelelahan dengan kunjungan yang terus-menerus" didapatkan nilai rata-rata pembimbing akademik lebih rendah 2,40 sementara nilai rata-rata pembimbing klinik sebesar 2,88. Hasil dari wawancara mendalam diperoleh data yang mendukung, yaitu bahwa pembimbing akademik melihat pengaturan jadwal yang dilakukan oleh pihak rumah sakit merupakan suatu pemecahan masalah yang menambah beban mahasiswa sebagai pelajar pada program ECEs ini, sementara pengaturan jadwal dengan membagi shift pada mahasiswa oleh pembimbing klinik dipandang sebagai upaya untuk mengatasi keterbatasan fasilitas di rumah sakit.

Pada komponen evaluasi, yaitu pada item "pembimbing memberi penilaian pada ECEs berdasarkan hasil evaluasi" nilai pembimbing klinik lebih rendah yaitu sebesar 2,38 sedangkan pembimbing akademik 3,00. Pembimbing akademik menyerahkan sepenuhnya dan memberi kepercayaan penuh kepada pembimbing akademik dalam hal bimbingan, sementara pembimbing klinik mengharapkan peran serta aktif dari pembimbing akademik. Dosen pada ECEs baik pembimbing klinik maupun pembimbing akademik tentunya menuntut peran yang tidak hanya mampu sebagai pengajar di kelas, tetapi juga diharapkan mampu melaksanakan perannya sebagai pengajar klinis. Hasil penelitian membuktikan tanpa dukungan dan bimbingan pengalaman berdasar praktik tidak akan mencapai potensi penuh.

#### **KESIMPULAN**

Terdapat perbedaan bermakna terhadap persepsi ECEs dari ketiga kelompok responden yaitu mahasiswa, pembimbing akademik dan pembimbing klinik. Perbedaan bermakna terdapat pada kelompok mahasiswa dan pembimbing klinik yaitu pada komponen proses bimbingan, sedangkan pada kelompok mahasiswa dengan pembimbing akademik dan pembimbing akademik dengan pembimbing klinik tidak terdapat perbedaan bermakna.

Mahasiswa memiliki nilai rata-rata terendah dibandingkan dengan pembimbing akademik dan pembimbing klinik, data ini didukung oleh hasil data kualitatif dengan terungkapnya beberapa masalah yang lebih banyak diungkapkan oleh mahasiswa pada seluruh komponen ECEs. *Early Clinical Experience* diaplikasikan melalui *Nursing Practice* dirasakan bermanfaat namun dalam pengorganisasian dan pengelolaannya masih diperoleh kesenjangan-kesenjangan.

#### **SARAN**

Perlu pengorganisasian yang lebih baik dalam pelaksanaan ECEs, baik dari perencanaan struktur dan isi (fasilitas, isi dan fokus pengajaran, waktu, dan model pengajaran), proses bimbingan, dan metode evaluasi, sehingga tujuan dari pengalaman belajar mahasiswa di klinik dapat tercapai sesuai dengan yang diharapkan. Perlu adanya monitoring dan evaluasi secara terus menerus untuk dapat memastikan esensi ECEs diimplementasikan dengan benar.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Gutierrez MC, Soto RG. Alligator attack: an illustration of the impact of early exposure. *Med Ed.* 2002;36:1182-4.
2. Harsono. Pengantar problem based learning. Yogyakarta: Medika Fakultas Kedokteran UGM, 2008.
3. Dornan T, Smithson S. Clinical learning in the early years. In Dent JA, Harden RM, editors. *A Practical Guide for Medical Teachers*. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier 2009:23-31.
4. Wartman S, Davis A, Wilson M, Kahn N, Sherwood R, Nowalk A. Curricular change: recommendations from a national perspective. *Acad Med.* 2001;76 Suppl 4:S140-5.
5. Dornan T, Littlewood S, Margolis S, Scherpbier A. How can experience in clinical and community setting contribute to early medical education? A BEME Systematic Review. *Med Teach.* 2006;28:3-18.
6. Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? consensus survey. *BMJ.* 2004;329: 834-7.
7. Naga Rani MA, Sharma KS, Koirala S. A brief review of the pre-clinical curriculum of the BP Koirala Institute of Health Sciences, Dharan, Nepal. *Med Ed.* 2002;36(14):393-4.
8. Abramovitch H, Shenkman L, Schlank E, Shoham S, Borkan. A tale of two exposures a comparison of two. *Educ for Health.* 2002;15(3):386-90.
9. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Immanuel Bandung. Kurikulum sarjana keperawatan: kurikulum berbasis kompetensi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Immanuel Bandung (STIKI). Bandung: STIKI, 2008.
10. Sugiyono. Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan *research & development*. Bandung: Alfabeta, 2008.
11. Dahlan S. Statistika untuk kedokteran dan kesehatan. Jakarta: PT. Arkans, 2006
12. Syarif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical. *BMC Nursing.* 2005; 4(6).
13. Hoyles A, Polard C, Leet S, Glossop D. Nursing students' early clinical exposure to clinical practice: an innovation in curriculum development. *Nurse Educ Today.* 2000;20:290-8.
14. Stockhausen L. The clinical learning spiral: a model to develop reflective practitioners. *Nurse Educ Today.* 1994;14:363-71.
15. Lau AKL, Chuk KC, So WKW. Reflective practice in clinical teaching. *Nursing and Health Sci.* 2002;4:201-8.
16. O'Brien-Gonzales A, Barley G, Hughes E. What did we learn about the impact on students' clinical education? *Acad Med.* 2001;76(4):S68-71.
17. Quinby PM, Papp KK. Adopt a student, early mentoring in family medicine. *Med Teach.* 1995;17:47-53.
18. Riley K. A collaborative approach to a primary care preclinical preceptorship for underserved settings. *Acad Med.* 1991;66:776.
19. Mann MP. A light at the end of the tunnel: the impact of early clinical experiences on medical students. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association; 1994 April 4-8; New Orleans, Los Angeles.
20. Johnson AK, Scott CS. Relationship between early clinical exposure and first-year students' attitudes toward medical education. *Acad Med.* 1998;73:430-2.
21. Ramani S, Leinster S. AMEE guide no. 34: teaching in the clinical environment. *Med Teach.* 2008;30(34):347-66.
22. O'Brien-Gonzales A, Barley G, Hughes E. What did we learn about the impact on students' clinical education? *Acad Med.* 2001;76 Suppl 4:S68-71.
23. Collingwood C. Clinical areas as learning environments for student nurses. *Int J for Health Care Quality Assurance.* 1991;4(1):7-12.