

TESIS

PENGARUH *SOLUTION FOCUSED BRIEF COUNSELLING (SFBC)* DALAM MENCEGAH *BURN OUT SYNDROME* PADA MAHASISWA KEPERAWATAN SEMESTER AKHIR



SUGESTI ALIFTITAH
NIM.131314153019

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015

**PENGARUH *SOLUTION FOCUSED BRIEF COUNSELLING*
(*SFBC*) DALAM MENCEGAH *BURN OUT SYNDROME* PADA
MAHASISWA KEPERAWATAN SEMESTER AKHIR**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh :

SUGESTI ALIFTITAH
NIM.131314153019

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Sugesti Alifitah
NIM : 131314153019
Tanda Tangan :
Tanggal : 2 November 2015

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PENGARUH *SOLUTION FOCUSED BRIEF COUNSELLING (SFBC)*
DALAM MENCEGAH *BURNOUT SYNDROME* PADA MAHASISWA
KEPERAWATAN SEMESTER AKHIR**

Sugesti Aliftitah
Nim: 131314153019

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 2 November 2015

Oleh

Pembimbing I



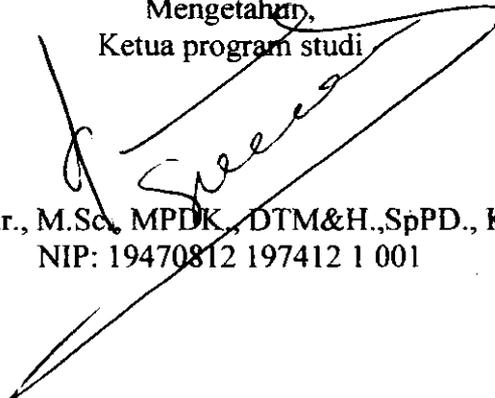
Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M. Kes
NIP. 196701012000031002

Pembimbing II



Purwaningsih, S.Kp., M. Kes
NIP. 196611212000032001

Mengetahui,
Ketua program studi



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTL., FINASIM
NIP: 19470812 197412 1 001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Sugesti Alifitah

NIM : 131314153019

Program Studi : Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Judul : Pengaruh *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* Dalam Mencegah *Burnout Syndrome* Pada Mahasiswa Keperawatan Semester Akhir

Tesis ini telah disetujui dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

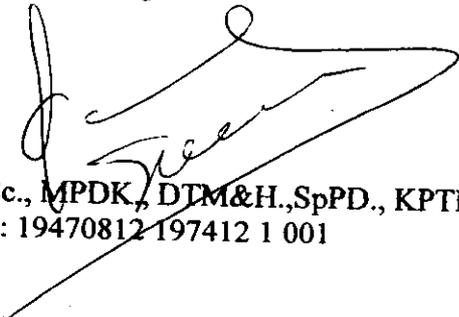
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada Tanggal 2 November 2015

Panitia penguji,

1. Ketua : Prof. Dr. Suharto, dr. M.Sc. DTMH. Sp.PD. KPTI
(.....)
2. Penguji I : Dr. Ah. Yusuf, S. Kp. M. Kes
(.....)
3. Penguji II : Purwaningsih, S. Kp., M. Kes
(.....)
4. Penguji III : Prof. Hendy M. Margono, dr Sp. KJ(K)
(.....)
5. Penguji IV : Dr. Arief Wibowo, dr. MS
(.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi


Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK, DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
NIP: 19470812 197412 1 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur dan terima kasih penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas berkat dan rahmat yang telah dikaruniakan, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan di Program Magister Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, dengan judul “Pengaruh *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* Dalam Mencegah *Burnout Syndrome* Pada Mahasiswa Keperawatan Semester Akhir”.

Dalam penulisan tesis ini penulis menyadari telah banyak mendapat bantuan, bimbingan dan motivasi dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Seluruh responden yang telah bersedia menjadi subjek dalam penelitian ini
2. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja, beserta staf yang memberi kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian
3. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M. Kes selaku pembimbing pertama yang telah meluangkan waktu memberi bimbingan, saran, motivasi, dan dukungan ilmu dalam penyusunan tesis ini.
4. Purwaningsih, S. Kp., M.Kes selaku Pembimbing kedua yang telah meluangkan waktu memberi bimbingan, saran, motivasi, dan dukungan ilmu dalam penyusunan tesis ini.

5. Petugas perpustakaan yang telah membantu penulis dalam mencari sumber yang dibutuhkan selama penyusunan tesis ini.
6. Seluruh staf dosen yang telah banyak memberikan bantuan dan motivasi selama proses penyusunan tesis.
7. Ibu dan adik-adik tercinta, Addhien Hakiki Abdillah, Asashi Rahmatullah, yang telah memberikan doa dan bantuan dalam penyusunan tesis ini.
8. Teman-teman seperjuangan Program Study Magister Angkatan 6 atas kerja sama dan kebersamaannya yang senantiasa menumbuhkan semangat dalam studi.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan, dukungan dan motivasi baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian tesis ini.

Semoga Tuhan membalas budi semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini. Penulis menyadari, dalam penulisan proposal tesis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan, untuk itu penulis berterima kasih bila ada saran ataupun kritik yang bersifat membangun bagi penulis demi kesempurnaan tesis ini.

Surabaya, 2 November 2015

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sugesti Aliftitah

NIM : 131314153019

Program Studi : Magister Keperawatan

Departemen :

Fakultas : Fakultas Keperawatan Airlangga

Jenis karya : Tesis

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

Pengaruh Solution Focused Brief Counselling (SFBC) Dalam Mencegah Burnout Syndrome Pada Mahasiswa Keperawatan Semester Akhir

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalti Noneksklusif* ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, menalihmedi/Formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalandata (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 2 November 2015

Yang menyatakan

(Sugesti Aliftitah)

EXECUTIVE SUMMARY

THE EFFECT OF SOLUTION FOCUSED BRIEF COUNSELLING (SFBC) TO PREVENT BURNOUT SYNDROME OF NURSING STUDENT IN THE FINAL SEMESTER

Stress occurred if internal and external resources create a situation which interpreted as overly individual adaptive capacity or student unable to do coping strategies. Stress cause nursing student change of behaviour e.g derivation of interest and activity, absent or late, Inclined to express cynicism to another, anger, shyness, dissappointed, frustrated, confused, pesimistic and weakening of responsibility (Abraham & Skalay in Watson , 2007). If the stress condition couldn't get over with or advanced, it can be directed to burnout . This term initially used for work context but today burnout not only experienced by social workers but also student. According to Aro (2008) school is a context where student work. Although the student didn't handle a work, but in psychological perspective their activities may be called as a work .for example present in the class, doing the task to pass the exam to get the degree. According to study of Watson (2008) about stress and burnout nursing student in Hongkong 24,5% student experienced emotional exhaustion, 11.5% experienced depersonalitation dan 27% suffer from Lack of personal accomplishment. The early study of 12 nursing student in health faculty of wiraraja university, didn't have enthusiasm in class 58,3% , anxiety 33,3 % , physically derangement (feeling sick, headache. etc) 42%, sleep disturbance or insomnia 67%.

This is a quasi-experimental study with pretest - posttest control group design. The design chose by purpose of revealing the effect of solution focused brief counselling to prevent burnout syndrome in nursing student who matched to inclusion and exclusion criteria. Samples were divided into two groups: 1) treatment group (who received solution focused brief counselling and motivation from academic adviser), 2) the control group (who received motivation from academic adviser only), and 3) positive control group (who received standard therapy and musical therapy) Samples were chosen by simple random sampling technique amounted to 40. The independent variable was solution focused brief counselling, while the dependent variables were burnout syndrome. Instruments used were MBI-SS. Data collection methods were questionnaire. Statistical data analysis was using descriptive statistic, Paired t-test, Independent t –test with $\alpha < 0.05$.

40 respondents participated in this study. Respondents' characteristics were aged ≥ 22 years old (95%), and male gender (80%), with GPA (2,76 –

3,50) (62,5%) , and cumulative time for study 3-4 hour/day (82.5%). Paired T test showed that treatment group before and after intervention was significant ($p < 0,05$). It means there was significant differences before and after intervention in treatment group. The control group before and after got motivation from academic adviser was significant ($p < 0,05$). It means there was significant differences before and after intervention in control group. For emotional exhaustion dimension in treatment group was significant ($p < 0,05$). It means there was significant differences in emotional exhaustion dimension before and after intervention. Same as treatment group, the control group was significant ($p < 0,05$) in emotional exhaustion dimension , It means there was significant differences in emotional exhaustion dimension before and after intervention at control group. The Cynicism dimension at treatment group was significant ($p < 0,05$). It means there was significant differences in Cynicism dimension before and after intervention. For the control group same as treatment group have a significance ($p < 0,05$) It means there was significant differences in Cynicism dimension before and after intervention at control group. Professional Efficacy of treatment group was insignificant ($p > 0,05$), It means there was no significant differences in Professional Efficacy dimension before and after intervention in the treatment group. But different with the treatment group, the control group Professional Efficacy dimension was significant ($p < 0,05$), It means there was significant differences in Professional Efficacy dimension before and after intervention at control group. The result of Independent Sample T Test was significant ($p < 0,05$). It means there was effect of Solution Focused Brief counselling to prevent burnout syndrome. Independent Sample T Test in each burnout dimension (emotional exhaustion, cynicism, dan professional Efficacy) was significant ($p < 0,05$), it means there was effect of Solution Focused Brief counselling in each burnout dimension.

Giving Counselling to student with burnout has never been implemented before .but study about effect of counselling in reducing drop out rate and student behavioral change had been done before, and the result of study showed that counselling was an effective treatment. It created two way communication, which the counselor direct student to find a solution for their problem and the counsellor fervented the student that they can get over with their problem by their own capability. The counsellor give optimistic attitude to the student as much as problem they had. Teacher as the nearest person to be with student, may enable to motivate and counsel the student with high risk of burnout. It will be advantageous, if teachers have capability to give counselling especially SFBC technic.

ABSTRACT

THE EFFECT OF SOLUTION FOCUSED BRIEF COUNSELLING (SFBC) TO PREVENT BURNOUT SYNDROME OF NURSING STUDENTS IN THE FINAL SEMESTER

By: Sugesti Aliftitah

Introduction: Stress cause nursing students change of behaviour e.g derivation of interest and activity, absent or late, Inclined to express cynicism to another, anger, shyness, dissappointed, frustrated, confused, pesimistic and weakening of responsibility. The early study of 12 nursing students in health faculty of wiraraja university, didn't have enthusiasm in class 58,3% , anxiety 33,3 %, physically derangement (feeling sick, headache. etc) 42%, sleep disturbance or insomnia 67%. If the stress condition couldn't get over with or advanced, it can be directed to burnout. This study aims to explain the effect of Solution Focused Brief Counselling (SFBC) to prevent burnout syndrome of nursing students in the final semester . **Method:** This is a quasi-experimental study with pretest - posttest control group design. Sample amount was 40 enrolled by means of simple random sampling technique. Sample was divided into two groups: treatment and control groups. Independent variable was Solution Focused Brief Counselling (SFBC) while dependent variables were burnout syndrome. Instruments used were MBI-SS with 16 question. Data analysis was using descriptive statistic, Paired t-test, Independent T-Test; $\alpha < 0.05$. **Result and Discussion:** Paired T test showed that treatment group before and after intervention was significant ($p < 0,05$). It means there was significant differences before and after intervention in treatment group. The control group before and after got motivation from academic adviser was significant ($p < 0,05$). It means there was significant differences before and after intervention in control group. The paired t test of each burnout dimension were significant except in professional efficacy dimension in treatment group. The result of this study suggests that Teachers, may enable to motivate and counsel the student with high risk of burnout. It will be advantageous, if teachers have capability to give counselling especially SFBC technic by participating in counselling workshop.

Keywords: Solution Focused Brief Counselling (SFBC), Burnout Syndrome, Nursing Students.

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
PRASYARAT GELAR MAGISTER	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING TESIS	v
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	vi
KATA PENGANTAR	vii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	ix
EXECUTIVE SUMMARY	x
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan umum	7
1.3.2 Tujuan khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat teoritis	8
1.4.2 Manfaat praktis	8
1.5 Keaslian Penelitian	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Konsep Burnout	12
2.1.1 Definisi	12
2.1.2 Dimensi Burnout	14
2.1.3 Tanda dan Gejala Burnout	17
2.1.4 Faktor Resiko Burnout	20
2.2 Konsep <i>Solution Focused Brief Counselling</i>	25
2.2.1 Sejarah Perkembangan	25
2.2.2 Asumsi Dasar	28
2.2.3 Hakikat Manusia	30
2.2.4 Hubungan Konselor dengan Konseli	31
2.2.5 Tujuan Terapi	32
2.2.6 Proses Terapi	33
2.2.7 Mekanisme Perubahan	38
2.2.8 Kelebihan dan Kelemahan	41

2.3	Konsep Stress dan Stressor	42
2.3.1	Faktor-faktor penyebab stress.....	44
2.3.2	<i>Stressor Appraisal</i>	45
2.3.3	<i>Coping resources</i>	48
2.3.4	Mekanisme Koping	49
2.4	Konsep Program Akademik Keperawatan	52
2.4.1	Visi dan Misi	52
2.4.2	Kurikulum	54
2.4.3	Penyelenggaraan Pendidikan.....	56
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL	64
3.1	Kerangka Konseptual	64
3.2	Hipotesis Penelitian.....	68
BAB 4	METODE PENELITIAN	69
4.1	Desain Penelitian	69
4.2	Populasi, Sampel, dan <i>Sampling</i>	70
4.2.1	Populasi.....	70
4.2.2	Sampel	70
4.2.3	<i>Sampling</i>	71
4.3	Kerangka Operasional Penelitian	71
4.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	72
4.4.1	Variabel penelitian	72
4.4.2	Definisi Operasional.....	72
4.5	Alat dan Bahan Penelitian	73
4.6	Instrumen Penelitian	73
4.7	Uji Instrumen	74
4.7.1	Uji validitas	74
4.7.2	Uji Reliabilitas.....	74
4.8	Lokasi dan Waktu Penelitian	75
4.6.1	Lokasi Penelitian	75
4.6.2	Waktu Penelitian.....	75
4.9	Prosedur Pengumpulan Data.....	75
4.10	Agenda Kegiatan	76
4.11	Analisa Data	77
4.12	Etika Penelitian	78
4.11.1	<i>Informed Consent</i>	79
4.11.2	<i>Anonymity</i> (Tanpa Nama).....	79
4.11.3	<i>Confidentiality</i> Kerahasiaan.....	79
BAB 5	HASIL DAN HASIL PENELITIAN	80
5.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian	80
5.2	Data Umum	81
5.3	Data Khusus.....	83

5.3.1 Identifikasi kejadian Burnout Syndrome pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan Solution Focused Brief Counselling (SFBC).....	83
5.3.2 Identifikasi kejadian Burnout Syndrome pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah diberikan Solution Focused Brief Counselling (SFBC).....	87
5.3.3 Analisis Pengaruh Variabel Penelitian.....	90
BAB 6 PEMBAHASAN	93
6.1 Kejadian Burnout Syndrome pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan Solution Focused Brief Counselling (SFBC).....	93
6.2 Kejadian Burnout Syndrome pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah diberikan Solution Focused Brief Counselling (SFBC).....	100
6.3 Analisis pengaruh Solution Focused Brief Counselling dalam Mencegah Burnout Syndrome pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir.....	104
6.4 Keterbatasan Penelitian	105
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	106
7.1 Kesimpulan	106
7.2 Saran	107
DAFTAR PUSTAKA	108
LAMPIRAN	112

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 2.1 Kurikulum Jurusan/ Program Studi Ilmu Keperawatan.....	55
Tabel 2.2 Beban Studi.....	58
Tabel 4.1 Desain Penelitian Quasi Experiment.....	68
Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian	71
Tabel 4.3 Time Table Pelaksanaan Penelitian	75
Tabel 5.1 Karakteristik Responden.....	80
Tabel 5.2 <i>Emotional Exhaustion</i> Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep sebelum dilakukan <i>Solution Focused Brief Counselling (SFBC)</i>	83
Tabel 5.3 <i>Cynicism</i> Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep sebelum dilakukan <i>Solution Focused Brief Counselling (SFBC)</i>	84
Tabel 5.4 <i>Professional Efficacy</i> Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep sebelum dilakukan <i>Solution Focused Brief Counselling (SFBC)</i>	85
Tabel 5.5 <i>Emotional Exhaustion</i> Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep setelah dilakukan <i>Solution Focused Brief Counselling (SFBC)</i>	87
Tabel 5.6 <i>Cynicism</i> Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep setelah dilakukan <i>Solution Focused Brief Counselling (SFBC)</i>	88
Tabel 5.7 <i>Professional Efficacy</i> Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep setelah dilakukan <i>Solution Focused Brief Counselling (SFBC)</i>	88
Tabel 5.8 Pengaruh <i>Solution Focused Brief Counselling</i> dalam Mencegah <i>Burnout Syndrome</i> pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep	89

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Kajian Masalah Peningkatan Kejadian Burnout	5
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	63
Gambar 4.1 Kerangka Operasional	70
Gambar 5.1 Kejadian <i>Burnout</i> Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep sebelum dilakukan <i>Solution Focused Brief Counselling (SFBC)</i>	82
Gambar 5.2 Kejadian <i>Burnout</i> Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep setelah diberikan <i>Solution Focused Brief Counselling (SFBC)</i>	86

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Kuesioner <i>Burnout Syndrome</i>	111
Lampiran 2 Lembar Penjelasan Penelitian	115
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Responden	116
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Konseling.....	117
Lampiran 5 SAK <i>SFBC</i>	118
Lampiran 6 <i>Data Mentah</i>	121
Lampiran 7 Uji Normalitas	125
Lampiran 8 Analisis data <i>Paired T-test</i>	126
Lampiran 9 Analisis data <i>Independent T- test</i>	130
Lampiran 10 Surat Keterangan lolos Kaji Etik	159
Lampiran 22 Surat Izin Penelitian	162

DAFTAR SINGKATAN

SFBC	= <i>Solution Focused Brief Counselling</i>
MBI	= <i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI HSS	= <i>Maslach Burnout Inventory- Human Service Survey</i>
MBI- ES	= <i>Maslach Burnout Inventory- Educatory Setting</i>
MBI- GS	= <i>Maslach Burnout Inventory- General Survey</i>
MBI- SS	= <i>Maslach Burnout Inventory- Student Survey</i>
SFBT	= <i>Solution Focused Brief Therapy</i>
BFTC	= <i>Brief Family Therapy Center</i>
FFST	= <i>Formula First Session Task</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pendidikan akademik keperawatan adalah pendidikan yang diarahkan terutama pada penguasaan dan pengembangan disiplin ilmu keperawatan yang dilaksanakan selama 8 semester. Idealnya mahasiswa yang sedang menjalani studinya memiliki perilaku yang sesuai dan cakap dalam memajukan ilmu pengetahuan, menurut Hudori (2013) mahasiswa diharapkan menjadi *agent of change* atau agen perubahan bagi masyarakat. Hasil karya mahasiswadibutuhkan untuk kemajuan bangsa, karena salah satu fungsi mahasiswa menurut Edward Shill ialah mempengaruhi perubahan sosial (Laili, 2014). Kondisi ideal tersebut berbeda dengan kenyataan, Selama masa pendidikan ini mahasiswa menghadapi banyak stressor seperti tuntutan akademik (ujian dan tugas), kesulitan beradaptasi dengan lingkungan praktik dan tenaga medis, kurangnya waktu luang, ketakutan jika melakukan kesalahan saat melakukan tindakan, perasaan kurang kompeten saat melakukan tindakan. berhadapan dengan pasien penyakit terminal dan perbedaan harapan tentang profesi keperawatan.

Stress bisa terjadi jika sumber internal dan eksternal menciptakan situasi yang diinterpretasikan melebihi kapasitas adaptif seseorang atau mahasiswa tidak mampu melakukan koping strategi. Kondisi stress mendorong perubahan perilaku pada mahasiswa keperawatan seperti penurunan minat dan aktivitas, tidak masuk atau terlambat kuliah, cenderung mengekspresikan pandangan sinis pada orang lain, perasaan marah, malu, kecewa, frustrasi,

bingung, putus asa serta melemahkan tanggung jawab (Abraham & Skalay dalam Watson , 2007). Jika stress ini tidak tertangani dan berkelanjutan bisa mengarah pada terjadinya *burnout* .Istilah ini pada awalnya digunakan pada konteks pekerjaan tetapi dalam perkembangannya burnout ini tidak hanya dialami oleh para pekerja sosial, mahasiswa juga mengalami burnout. Menurut Aro (2008) sekolah merupakan sebuah konteks dimana pelajar bekerja. Meskipun pelajar tidak memegang sebuah pekerjaan, namun dari perspektif psikologis aktivitas yang mereka alami dapat dikatakan sebagai pekerjaan, misalnya menghadiri kelas dan mengerjakan tugas-tugas untuk lulus dalam ujian sehingga memperoleh gelar.

Sumber stress yang dialami oleh mahasiswa keperawatan juga dialami mahasiswa pada umumnya. Hasil penelitian pada tahun 2000 telah mengidentifikasi stressor berasal dari program pembelajaran, pada mahasiswa keperawatan tahun terakhir adalah mahasiswa tidak diperlakukan sebagai pelajar dewasa, petunjuk tugas yang membingungkan dan pembelajaran mandiri. Sedangkan menurut penelitian lainnya stressor pada mahasiswa keperawatan tahun akhir adalah kematian pasien dan hubungan dengan tim kesehatan. Berkaitan dengan beban kerja, mahasiswa keperawatan menjalani waktu belajar. yang lebih panjang dan berhubungan dengan kurangnya waktu luang (Jones and Johnston, 1997). Dalam penelitian Watson (2008) mengenai stress dan burnout mahasiswa keperawatan di Hongkong 24,5% mengalami *emotional exhaustion*, 11.5% mengalami depersonalisasi dan 27% mengalami *Lack of personal accomplishment*. Data dari Fakultas Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep tahun 2014 menunjukkan angka kejadian drop out sebesar

3,1%, angka kejadian membolos berdasarkan absensi semester 8 tahun ajaran 2013-2014 adalah 22,2 % . Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada 12 mahasiswa keperawatan semester akhir fakultas kesehatan universitas wiraraja didapatkan , Merasakan kurang bersemangat untuk mengikuti kuliah sebesar 58,3% , mengalami kecemasan 33,3 % , merasakan gangguan fisik (sering sakit, pusing dll) 42%, kesulitan tidur atau insomnia sebesar 67%.

Tuntutan masyarakat yang meningkat terhadap pelayanan keperawatan yang professional, telah memicu perawat untuk terus mengembangkan dirinya dalam berbagai bidang, terutama penataan sistem pendidikan keperawatan. Institusi pendidikan sangat bertanggung jawab dan berperan penting dalam rangka melahirkan generasi perawat yang berkualitas.. Pada masa akademik mahasiswa diharuskan menyelesaikan 149 SKS mata kuliah yang harus diselesaikan dalam kurun waktu 4 tahun. Pada semester akhir mahasiswa mendapatkan beban SKS sebesar 9 SKS, 5 SKS perkuliahan dan 4 SKS untuk skripsi, adanya tuntutan untuk menyelesaikan skripsi tepat waktu dan beban tugas perkuliahan menyebabkan mahasiswa rentan mengalami stress. Sumber stress bisa berasal dari lingkungan maupun karakter pribadi orang tersebut. Ketika menghadapi kondisi stress seseorang harus bisa beradaptasi dengan kondisi tersebut. Jika coping maladaptive akan tercapai kondisi distress dan jika kondisi distress ini tidak ditangani akan terjadi *Burnout Syndrome*. *Burnout* menurut Pines&Aronson (Slivar, 2001) didefinisikan sebagai “*state of physical, emotional and mental exhaustion that results from long-term involvement with people in situations that are emotionally demanding*”. Dalam konteks belajar siswa, Schaufeli et al (2002)

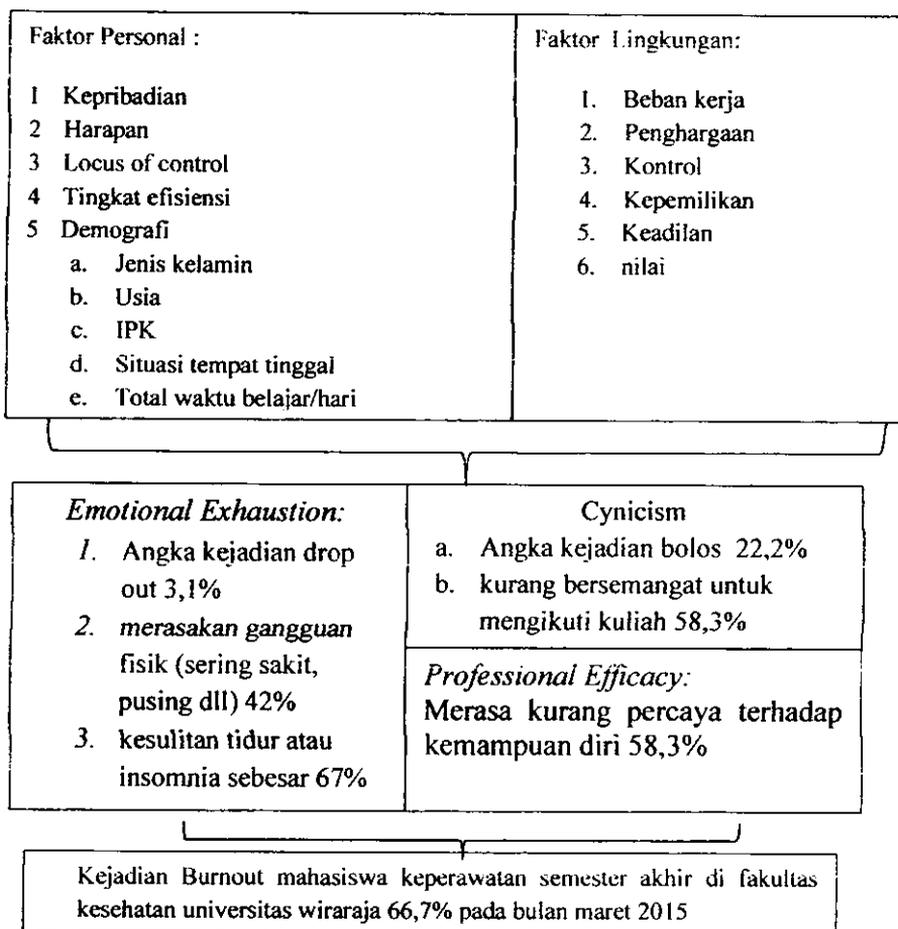
menjelaskan bahwa burnout merujuk pada situasi perasaan keletihan dikarenakan tuntutan belajar, memperlihatkan sikap sinis dan menghindari pada pembelajaran, serta merasa tidak kompeten sebagai siswa. Kondisi burn out pada mahasiswa dapat memicu keengganan untuk mengikuti kegiatan profesi, rendahnya motivasi belajar, tingginya angka *drop out*, kecenderungan berkurangnya keaktifan fisik dan emosional, serta rendahnya rasa keinginan untuk sukses.

Tindak lanjut dari hal tersebut, maka perlu dirumuskan sebuah penanganan yang serius agar situasi burnout mahasiswa tidak menimbulkan dampak yang lebih parah. Salah satu solusi yang ditawarkan adalah Solution Focused Brief Counselling (SFBC). Pada prinsipnya, pendekatan SFBC merupakan pendekatan singkat yang memfokuskan pada masa depan (*future focused*) dan mengarah pada tujuan (*goal directed*) (de Shazer *et al*, 2007). Berbeda dengan pendekatan tradisional yang "*directive*" dan "*authoritarian*", hirarki antara konselor dan konseli dalam pendekatan SFBC lebih cenderung pada situasi yang egaliter dan demokratis (de Shazer, 2007). Sehingga, pendekatan yang digunakan memakai sudut pandang yang lebih positif terhadap konseli dimana konseli diperlakukan sebagai "pemain" yang secara aktif menentukan arah perubahan yang diinginkan daripada "pasien" yang harus ditangani. Berdasarkan penelitian Franklin (2008) Brief Counselling (SFBC) efektif mengurangi masalah perilaku siswa dalam kelas dan dapat mencegah kejadian drop out (Franklin, 2007). Solution Focused Brief Counselling merupakan intervensi yang efektif dalam mengatasi kesulitan akademik dan emosional (McGill, 2010). Metode konseling ini sering

diterapkan pada setting sekolah dan dibuktikan bahwa metode ini efektif untuk mengurangi burnout belajar pada siswa. Penelitian mengenai pengaruh Solution Focused Brief Counselling (SFBC) untuk mencegah *burnout syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir belum pernah dilakukan.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang identifikasi masalah adalah :



Gambar 1.1 Kajian Masalah Peningkatan Kejadian Burnout pada Mahasiswa Keperawatan Semester Akhir Berdasarkan Konsep *Maslach Burnout Inventory*

1.2.1 Faktor Personal

Faktor personal dalam penelitian ini adalah kepribadian, harapan, *locus of control*, tingkat efisiensi dan demografi. Demografi yang berpengaruh terhadap kondisi stress pada mahasiswa keperawatan antara lain jenis kelamin, usia, IPK, waktu belajar dan waktu yang dihabiskan untuk kegiatan klinik maupun tugas klinik (Baker, 2012).

1.2.2 Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan dalam penelitian ini adalah beban kerja, penghargaan, control, kepemilikan, keadilan dan nilai. Beban kerja adalah jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh kelompok/seseorang dalam waktu tertentu. Menurut Baker beban kerja akademik seorang mahasiswa keperawatan antara lain adalah ujian, tugas dan kompetensi klinik.

1.2.3 *Burnout Syndrom*

Menurut Schaufeli, 2002 bahwa *burnout* merupakan suatu pengertian yang multidimensional. *Burnout* merupakan sindrom psikologi yang terdiri atas tiga dimensi, yaitu kelelahan emosional, sinisme dan *Lack of Professional Efficacy* atau Kurangnya Keberhasilan Profesional

1. *Emotional exhaustion* (kelelahan emosional).

Kelelahan emosional merupakan inti dari sindrom *burnout*. Kelelahan emosional ditandai dengan terkurasnya sumber-sumber emosional, misalnya perasaan frustrasi, putus asa, sedih, dan tidak berdaya, tertekan, mudah tersinggung dan mudah marah tanpa alasan yang jelas.

2. *Cynicism*

Merupakan perkembangan dari dimensi kelelahan emosional. adalah adanya

sikap negatif, kasar, menjaga jarak, dengan penerima pelayanan, menjauhnya seseorang dari lingkungan sosial, dan cenderung tidak peduli dengan lingkungan serta orang-orang disekitarnya. Sikap lainnya yang muncul adalah kehilangan idealisme, berpendapat negatif dan bersikap sinis.

3. *Professional Efficacy*

suatu kepuasan atas pencapaian di masa lalu dan di masa sekarang. Dimensi ini lebih berfokus pada ekspektasi kerja dan *skill* atau kompetensi seseorang dalam melakukan pekerjaannya

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas peneliti merumuskan masalah

Bagaimana pengaruh Solution Focused Brief Counselling (SFBC) dalam mencegah kejadian *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian bertujuan untuk membuktikan pengaruh Solution Focused Brief Counselling (SFBC) dalam mencegah *burnout syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kejadian *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan Solution Focused Brief Counselling (SFBC)

2. Mengidentifikasi kejadian *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah diberikan Solution Focused Brief Counselling (SFBC)
3. Menganalisa pengaruh Solution Focused Brief Counselling (SFBC) dalam mencegah *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan memberikan sumbangsih untuk Ilmu keperawatan khususnya dalam penanganan *Burnout Syndrome* pada mahasiswa. Selain itu, penelitian ini dapat menjadi acuan bagi pengembangan metode proses pendidikan yang menghindarkan mahasiswa dari kejadian *Burnout Syndrome*.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Mahasiswa

Agar dapat melepaskan diri dari kondisi *Burnout* serta mendapatkan keterampilan untuk mengatasi segala tuntutan atau tekanan agar tidak kembali mengalami *Burnout*.

2. Pembimbing Akademik,

Penelitian ini dapat menjadi acuan praktis pendekatan konseling untuk mencegah gejala-gejala *Burnout* pada mahasiswa.

1.6 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Lembar Keaslian Penelitian

No	Judul	Metode	Hasil
1.	Burnout Syndrom pada Mahasiswa Reguler Program Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berdasarkan analisis faktor personal dan lingkungan (Irawati, 2012)	D: Deskriptif – Analitik S: 63 mahasiswa regular Program Profesi Ners Fakultas Keperawatan UNAIR V: Dependen: Burnout syndrome Independen : faktor personal (kepribadian, harapan, demografi), Faktor lingkungan (Beban Kerja, penghargaan) I: Kuisisioner MMPI, MBI A: Pearson Chi Square dan Spearman Rho	Tidak terdapat hubungan antara faktor personal: tipe kepribadian, harapan, jenis kelamin dengan burnout syndrome Terdapat hubungan antara faktor lingkungan: beban kerja dan penghargaan.
2.	<i>Stress And Coping Strategy Among Nursing Student</i> (Kumar & Nancy, 2011)	D: <i>Correlation study</i> S: 180 Mahasiswa V: Dependen: <i>coping strategy</i> Independen: <i>Stress level</i> I: <i>perceived stress scale dan A-COPE (Adolescent Coping Orientation for Problem Experience)</i> A: <i>Descriptive and inferential statistic</i>	34% mahasiswa mengalami stress tingkat menengah, dan sejumlah 33% mengalami stress tingkat ringan dan berat. Coping yang sering digunakan adalah “ <i>Asking Direction</i> ” dan “ <i>seeking professional support</i> ”
3	<i>Nursing Student Stress And Demographic Factors</i> (Baker, 2012)	D: <i>correlation study</i> S: <i>student enrolled in any program in California State University San Marcos</i> V: Dependen ; <i>stress level</i> Independen: <i>Demographic factors</i> I: <i>Student Nursing stress Indexs (SNSI)</i> A: <i>Descriptive statistics, Frequency distribution, bivariate correlation, multiple regression F-</i>	Terdapat hubungan antara faktor Grade Point Average dan time study dengan peningkatan level stress mahasiswa perawat

<i>Test</i>		
4.	<i>A Study Of Stress and Burnout in Nursing Student in Hongkong Questionnaire (Watson, 2008)</i>	<p>D: Cohort Study</p> <p>S: students that first study in 2004- 158 students, and 147 completed study in 2008</p> <p>V:</p> <p>Dependen: Stress</p> <p>Independen; Burnout level</p> <p>I: NEO five factor inventory, coping stressful situation questionnaire, 12 item health questionnaire</p> <p>MBI and stress in nursing student Questionnaire</p> <p>A: T-test, pearson correlation, partial correlation, multiple regression</p>
5.	<i>Effectiveness of solution focused brief therapy in a school setting (Franklin, 2008)</i>	<p>D: pre-post test design and follow up</p> <p>S: sixty seven student who exhibited school-related behavior</p> <p>V:</p> <p>Dependen: child behavior</p> <p>Independen: SFBT</p> <p>I: YSR (Youth Self Report) and TRF (Teacher Report Form)</p> <p>A: Multivariate analyses of variance, independence</p> <p>T test</p>

6. <i>Solution Focused Brief Therapy; Impact on Academic and Emotional Difficulties</i> (Mcgill, 2010)	<p>D: <i>randomized control trial study</i></p> <p>S: <i>children and adolescents with reading difficulties attending remedial reading programs</i></p> <p>V:</p> <p>Dependen: <i>academic and emotional difficulties</i></p> <p>Independen: <i>SFBT</i></p> <p>I: <i>Woodcock-Johnson III Test of achievement, letter word identification, Calculation, spelling, oral comprehension, sound awareness, DIBELS, matrix reasoning, motivation for reading questionnaire, reading activity inventory</i></p> <p>A: <i>independence T test, Chi square, ANCOVA, Man-Whitney non parametric test</i></p>	<i>SFBT was an efficacious intervention</i>
7. <i>The Effectiveness of a Solution Focused Brief, Public Alternative School for Dropout Prevention and Retrieval</i> (Franklin, 2007)	<p>D: <i>quasi experimental pre-post test design</i></p> <p>S: <i>46 SFAS student from high school and 39 student public high school student</i></p> <p>V:</p> <p>Dependen; <i>credit earns, attendance, graduation rates</i></p> <p>Independen : <i>SFBT</i></p> <p>I: <i>credit earns, attendance, graduation rates</i></p> <p>A: <i>independence T test, ANOVA</i></p>	<i>The SFAS appears to show promise as an intervention for reducing drop out rates for at-risk adolescents and enabling them to earn high school credits, and graduate from high school in time</i>

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Burnout

2.1.1 Definisi

Burnout sebagai istilah psikologi- psikiatrik pertama kali diperkenalkan oleh Herbert Freudenberger seorang ahli psikiater klinis di salah satu klinik penyalahgunaan obat terlarang di New York. Staff di klinik tersebut adalah seorang sukarelawan muda yang bermotivasi tinggi dan memiliki idealistic yang tinggi. Freudenberger mengamati banyak staff mengalami penipisan energi, kehilangan motivasi dan komitmen secara perlahan. Freudenberger mendefinisikan *burnout* sebagai sindrom psikologikal yang muncul akibat stress kerja yang kronis (dalam Bahrer, 2013)

Cherniss (1980) mendefinisikan *burnout* sebagai tindakan penarikan diri secara psikologis sebagai respon terhadap stres yang berlebihan atau ketidakpuasan dalam pekerjaan. Individu memandang pekerjaannya sebagai sesuatu yang mulia dan berharga pada awalnya, juga antusiasme tinggi dalam bekerja, tetapi akibat ketidakpuasan yang menghasilkan stres yang berlebihan mempengaruhi langsung terhadap perubahan motivasi, menurunnya antusiasme dan berkurangnya ketertarikan terhadap pekerjaan. Menarik diri dari pekerjaan, seperti menghindar dari klien yang seharusnya ditangani, sikap menyalahkan klien, maupun menurunnya sikap positif terhadap klien merupakan salah satu gambaran perubahan tingkah laku dan sikap menurut Cherniss.

Pines (dalam Bahrer, 2013) menyatakan bahwa burnout sebagai hasil dari tekanan emosional yang berulang dan kronis pada pekerjaan jangka panjang

dalam bidang jasa. Burnout merupakan kelelahan yang disebabkan karena individu bekerja keras, merasa bersalah, merasa tidak berdaya, merasa tidak ada harapan, kesedihan yang mendalam, merasa malu, menghasilkan perasaan lelah dan tidak nyaman, yang pada gilirannya meningkatkan rasa kesal. Apabila hal itu terjadi dalam jangka panjang maka individu tersebut akan mengalami kelelahan karena telah berusaha memberikan sesuatu secara maksimal namun memperoleh apresiasi yang minimal.

Salah satu tokoh yang konsen terhadap studi ini ialah Christine Maslach. Maslach dan Jackson mengusulkan ide tiga komponen burnout, termasuk didalamnya peningkatan perasaan kelelahan emosional, sinisme atau sikap negatif terhadap klien dan kecenderungan untuk mengevaluasi seseorang secara negatif. Setelah studi yang panjang, Maslach mendeskripsikan fenomena temuannya sebagai :

A psychological syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who work with people in some capacity. Emotional exhaustion refers to feeling of being emotionally overextended and depleted of one's emotional resources. Depersonalization refers to a negative, callous, or excessively detached response to other people who are usually the recipients of one's service or care. Reduced personal accomplishment refers to a decline in one's feeling of competence and successful achievement in one's work. (Schaufeli, 1996).

Dalam deskripsi pengertian menurut Maslach tersebut terdapat tiga dimensi yang menunjukkan bahwa seseorang dapat dikatakan mengalami *burnout*. *Pertama*, keletihan emosional yang merujuk pada suatu perasaan emosi yang berlebih dan kehabisan sumber emosional. *Kedua*, depersonalisasi yang merujuk pada suatu respon yang negatif, tak berperasaan, serta sering melampiaskannya pada orang lain. *Ketiga*, menurunnya kecakapan pribadi yang merujuk pada

situasi menurunnya perasaan kompeten dan kemampuan untuk sukses dalam pekerjaannya. (dalam Bahrer, 2013)

2.1.2 Dimensi Burnout

Menurut Maslach (dalam Farber, 1991) bahwa *burnout* merupakan suatu pengertian yang multidimensional. *Burnout* merupakan sindrom psikologi yang terdiri atas tiga dimensi, yaitu kelelahan emosional, depersonalisasi dan *reduced personal accomplishment* atau penurunan pencapaian diri individu. Maslach *Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS)* mengemukakan tiga dimensi burnout yaitu:

a. *Emotional exhaustion* (kelelahan emosional).

Kelelahan emosional merupakan inti dari sindrom *burnout*. Kelelahan emosional ditandai dengan terkurasnya sumber-sumber emosional, misalnya perasaan frustrasi, putus asa, sedih, dan tidak berdaya, tertekan, mudah tersinggung dan mudah marah tanpa alasan yang jelas.

b. Depersonalisasi.

Merupakan perkembangan dari dimensi kelelahan emosional. Gambaran depersonalisasi adalah adanya sikap negatif, kasar, menjaga jarak, dengan penerima pelayanan, menjauhnya seseorang dari lingkungan sosial, dan cenderung tidak peduli dengan lingkungan serta orang-orang disekitarnya. Sikap lainnya yang muncul adalah kehilangan idealisme, berpendapat negatif dan bersikap sinis.

c. *Reduced Personal Accomplishment* (penurunan hasrat pencapaian diri)

Disebabkan perasaan bersalah karena telah memberi pelayanan yang tidak baik, karena sebagai pemberi layanan dituntut untuk selalu memiliki perilaku yang positif

MBI-HSS terdiri dari 25 pernyataan yang dikhususkan untuk mengukur tingkat burnout di sektor human service seperti konselor, psikolog, terapis, dan pekerja sosial (Chou, 2003). Untuk sektor pendidikan, dikembangkan *Maslach Burnout Inventory-Educators Setting (MBI-ES)* dengan dimensi yang masih sama dengan *MBI-HSS* yaitu kelelahan emosional, depersonalisasi, dan *personal accomplishment*. Ketiga dimensi tersebut merefleksikan interaksi antara pekerja dengan orang lain. Untuk sektor pekerjaan yang tidak termasuk dalam dua survei di atas yaitu pekerjaan dengan sedikit kontak dengan client dan mungkin hanya berhubungan dengan rekan kerjanya maka dirancanglah *Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)* yang juga terdiri dari tiga dimensi yaitu:

1. Kelelahan emosional (*emotional exhaustion*)

Kelelahan emosional merupakan dimensi yang paling mengindikasikan adanya burnout. Kelelahan ini merujuk kepada perasaan berlebihan dan terkuras secara fisik maupun emosional. Seseorang merasakan kepenatan, frustrasi dan tertekan pada pekerjaannya. Kelelahan emosional muncul dalam situasi di mana terdapat banyak pekerjaan namun sumber untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut hanya sedikit.

2. Sinisme (*Cynicism*)

Dimensi sinisme menggantikan dimensi depersonalisasi yang terdapat di *MBI-HSS*. Dimensi ini digunakan dalam lingkungan kerja

dengan tekanan yang tinggi dan dukungan manajemen yang kurang. Sinisme menggambarkan ketidakpedulian atau perilaku menjauh dari pekerjaan. Karyawan menjadi tidak peduli dengan apa yang dia kerjakan dan mungkin hanya memandang pekerjaan sebagai suatu sumber keuangan untuk bertahan hidup. Dengan demikian karyawan cenderung mudah meninggalkan organisasinya jika mereka menemukan insentif yang lebih baik di organisasi lain.

3. Kurangnya Keberhasilan Profesional (*Lack of Professional Efficacy*)

Keberhasilan profesional digunakan untuk menjelaskan suatu kepuasan atas pencapaian di masa lalu dan di masa sekarang. Dimensi ini lebih berfokus pada ekspektasi kerja dan *skill* atau kompetensi seseorang dalam melakukan pekerjaannya. Karyawan yang menunjukkan keberhasilan profesional seringkali menjadi *top performers* di organisasi mereka dan memiliki kepercayaan diri atas kemampuannya. Sebaliknya, karyawan yang kurang memiliki keberhasilan profesional mempertanyakan kontribusi mereka dan merasakan sedikit kepuasan kerja.

MBI-GS dengan 16 pernyataannya mendefinisikan *burnout* sebagai suatu krisis dalam hubungan dengan pekerjaan, bukan krisis hubungan dengan orang-orang yang ada di lingkungan kerja. Ketiga jenis alat ukur burnout diatas belum bisa mengukur burnout yang terjadi pada mahasiswa/siswa, maka dibuatlah sebuah instrument untuk mengukur burnout yang terjadi pada siswa/ mahasiswa yang dikenal dengan nama *Maslach Burnout Inventory-Student Survey* (Schaufeli. 2002) dan merupakan modifikasi dari MBI-GS. MBI-SS memiliki 15 pernyataan

dengan 3 dimensi yaitu

a. *Exhaustion*

Exhaustion merupakan dimensi *burnout* yang ditandai dengan kelelahan yang berkepanjangan baik secara fisik, mental, maupun emosional. Ketika pekerja merasakan kelelahan (*exhaustion*), mereka cenderung berperilaku *overextended* baik secara emosional maupun fisik. Mereka tidak mampu menyelesaikan masalah mereka. Tetap merasa lelah meski sudah istirahat yang cukup, kurang energi dalam melakukan aktivitas.

b. *Cynicism*

Cynicism merupakan dimensi *burnout* yang ditandai dengan sikap sinis, cenderung menarik diri dari dalam lingkungan kerja. Ketika pekerja merasakan *cynicism* (sinis), mereka cenderung dingin, menjaga jarak, cenderung tidak ingin terlibat dengan lingkungan kerjanya. *Cynicism* juga merupakan cara untuk terhindar dari rasa kecewa. Perilaku negatif seperti ini dapat memberikan dampak yang serius pada efektivitas kerja.

c. *Professional Efficacy*

Meliputi aspek sosial dan non sosial dari pencapaian pekerjaan. Professional efikasi memiliki fokus yang lebih luas dibandingkan dengan dimensi paralel yang ada pada MBI yang asli

2.1.3 Tanda dan Gejala Burnout

Burnout lebih mengarah kepada proses dibandingkan dengan bagian dari pikiran. Setiap proses menggambarkan tanda dan gejala diantara individual, interpersonal, organisasional dan konteks sosial (Fischer and Boer dalam Bahrer, 2013). Singkatnya gejala burnout dapat dikategorikan menjadi 5 kelompok yang

terdiri dari *Physical, affective, cognitive, behavioral and motivational* (Schaufeli and Enzmann dalam Bahrer, 2013)

1. *Physical symptoms*

Orang yang mengalami burnout lebih banyak mengalami keluhan kesehatan fisik dan kesehatan fisik lebih cepat memburuk dalam waktu lebih dari satu tahun (Kim et al dalam Bahrer, 2013). Manifestasi fisik dari burnout dapat berupa stress, yang berespon dari aktivasi system saraf simpatik. Gejala menyerupai kecemasan seperti nyeri kepala, mual, perasaan pusing, kegelisahan, *nervous tics*, masalah seksual, peningkatan denyut nadi dan tekanan darah (Melamed et al, dalam Bahrer, 2013). Burnout juga dihubungkan dengan gangguan tidur, gangguan kesadaran, waktu tidur yang pendek, dan insomnia. Burnout juga muncul dengan peningkatan *pre menstrual tension*, siklus menstruasi yang terganggu, hiperventilasi, *ulcers*, gangguan gastrointestinal, demam yang sering dan memanjang, kemarahan, cedera karena perilaku yang berisiko. Gejala yang menyerupai depresi juga terjadi seperti kelemahan kronis, kelelahan fisik, perubahan berat badan, hilangnya nafsu makan, dan nafas yang pendek. Meskipun banyak bukti yang mendukung hubungan antara burnout dan penyakit fisik, burnout tidak secara langsung menyebabkan gejala, tetapi sebagai mediasi antara stress pekerjaan dengan kesehatan fisik yang buruk.

2. *Affective symptoms*

Emotional exhaustion mungkin merupakan gejala yang paling khas pada burnout. Gejala depresi dan ansietas sering dilaporkan untuk

menyebutkan *depressed mood*, perubahan mood, penurunan kontrol emosional, ketakutan, peningkatan tekanan, perasaan cemas, agresi, iritabilitas, menjadi *oversensitive*, berkurangnya empati terhadap klien, peningkatan kemarahan, dan ketidakpuasan kerja (Schaufeli and Enzmann dalam Bahrer, 2013).

3. *Cognitive symptoms*

Ketidakterdayaan adalah gejala kognitif yang paling menonjol pada tingkatan individu. Pada tingkatan interpersonal, burnout menunjukkan sebuah sinisme dan perlakuan tidak manusiawi terhadap orang lain, *negativism*, *pessimism*, berkurangnya empati kognitif, *stereotyping*, penamaan secara buruk, menyalahkan, membesar-besarkan dan merasa paling benar, permusuhan, buruk sangka, *projection*, paranoid, perasaan tidak dihargai, dan ketidakpercayaan terhadap manajemen (Schaufeli and Enzmann dalam Bahrer, 2013). Pada tingkatan intrapersonal, kepercayaan yang irasional dapat terjadi, termasuk juga kebutuhan untuk tergantung, menghindari masalah, dan ketidakberdayaan (Ohue et al dalam Bahrer, 2013)

4. *Behavioral symptoms*

Penderita burnout cenderung mengalami hiperaktivitas, impulsif, menunda, mengabaikan kegiatan rekreasi, keluhan yang kompulsif. Mereka juga meningkatkan konsumsi alkohol untuk mengurangi frustrasi (Peterson et al dalam Bahrer, 2013). Karena kontrol emosi yang buruk, agresi dan kekerasan sering terjadi. Teman sejawat mungkin menemukan mereka mengalami ledakan kekerasan, konflik interpersonal, menjaga

jarak, kecemburuan, dan menggolong-golongkan (Schaufeli and Enzmann dalam Bahrer, 2013). Pada tenaga kesehatan sering terjadi pelayanan pasien yang kurang optimal. Penampilan kerja dipengaruhi yaitu berkurangnya efektivitas, kecenderungan membuat kesalahan, terhambatnya produktivitas, lamban, kecurangan, resisten terhadap perubahan, terlalu tergantung kepada supervisor, sering memperhatikan waktu, mengikuti aturan secara kaku, peningkatan kecelakaan, ketidakmampuan untuk mengatur, dan manajemen waktu yang buruk.

5. *Motivational symptoms*

Ketika penderita burnout sadar atas harapan yang tidak realistis, idealism menghilang yang diikuti dengan menghilangnya semangat. Berkurangnya motivasi dapat dilihat sebagai kekecewaan, pengunduran diri, ketidakpuasan, kebosanan dan hilangnya semangat. Kepuasan hidup dan kerja berkurang (Tokuda et al dalam Bahrer, 2013). Teman sejawat melihat mereka mengalami kehilangan ketertarikan, berkecil hati, menggunakan orang lain untuk memenuhi kebutuhan personal dan sosial, dan menjadi terlalu melibatkan diri. Penampilan kerja menjadi semakin buruk sebagai hasil dari moral yang turun, hilangnya motivasi kerja, malas berangkat kerja, dan berkurangnya inisiatif dalam pekerjaan. (Schaufeli and Enzmann dalam Bahrer, 2013)

2.1.4 Faktor Resiko Burnout

Menurut maslach (dalam bahrer 2013) *Burnout* dipengaruhi oleh dua faktor utama yaitu faktor situasional dan faktor perseorangan. Adanya kesenjangan antara harapan akan kenyataan yang berlawanan diduga menjadi

salah satu penyebab terjadinya *burnout*. Meskipun penelitian *burnout* pada awalnya berkembang di sektor pelayanan kemanusiaan dan pendidikan. Namun saat ini penelitian sudah meluas ke sektor-sektor lainnya. Beberapa tipe individu berisiko tinggi mengalami *burnout*.

1. Faktor perorangan (*individual factors*)

a. Karakteristik demografi (*demografi characteristics*)

Karakteristik demografi meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, status pernikahan, dan lain-lain. Usia merupakan salah satu variabel yang paling berhubungan dengan *burnout*. Maslach mengungkapkan bahwa karyawan yang berusia lebih muda mengalami *burnout* yang lebih tinggi dibanding karyawan yang berusia lebih dari 30 atau 40 tahun. Usia diartikan sebagai pengalaman kerja sehingga *burnout* muncul sebagai risiko awal dari karir seseorang. Berdasarkan jenis kelamin antara pria dan wanita, belum ada penelitian yang menunjukkan perbedaan yang jelas. Satu-satunya perbedaan yang konsisten ditemukan adalah pria cenderung mengalami depersonalisasi sedangkan wanita cenderung mengalami kelelahan emosional. Berdasarkan status pernikahan, seseorang yang belum menikah cenderung lebih mudah *burnout* dibanding karyawan yang sudah menikah. Berdasarkan tingkat pendidikan, beberapa penelitian menemukan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat *burnout*. Hal ini dimungkinkan karena seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, bekerja dengan tanggung jawab yang lebih besar dan tingkat stress yang tinggi. Atau dimungkinkan juga bahwa orang yang berpendidikan

memiliki ekspektasi yang lebih tinggi terhadap pekerjaannya dan mereka menjadi lebih *distressed* saat ekspektasi tidak terealisasi.

b. Karakteristik kepribadian (*personality characteristics*)

Beberapa tipe individu berisiko tinggi mengalami *burnout*. Karakter individu yang tidak tahan banting memiliki tingkat *burnout* yang lebih tinggi terutama pada *exhaustion dimension*. *Burnout* yang tinggi dialami oleh orang dengan *external locus of control* daripada seseorang dengan *internal locus of control*. Seseorang yang mengatasi stress dengan cara pasif dan defensif mengalami *burnout* lebih dari seseorang yang mengatasi stress dengan cara yang aktif dan konfrontif. Penelitian mengenai kepribadian menjelaskan bahwa *exhaustion dimension* berhubungan dengan neurotisme. Individu neurotik memiliki emosi yang tidak stabil dan rawan tekanan psikologis. *Exhaustion dimension* juga dihubungkan dengan perilaku Type-A (kompetisi, gaya hidup yang penuh tekanan waktu, permusuhan dan kebutuhan besar akan kontrol).

c. *Job Attitudes*

Setiap individu memiliki ekspektasi yang beragam dalam pekerjaan mereka. Harapan yang tinggi mendorong individu untuk bekerja terlalu keras dan berbuat terlalu banyak sehingga menyebabkan kelelahan dan sinisme ketika upaya yang dilakukan tidak memberikan hasil yang diharapkan.

2. Faktor lingkungan (*environmental factors*)

a. Beban kerja (*workload*)

Menurut Maslach dan Leiter (dalam Bahrer. 2013) Dari perspektif organisasi, beban kerja bermakna produktivitas. Bagaimanapun juga dari prespektif individu beban kerja berarti waktu dan energi. Saat ini beban kerja meliputi tiga cara yaitu kerja yang semakin intens, membutuhkan waktu yang banyak, dan semakin kompleks. Untuk meningkatkan produktivitas dalam organisasi, anggota/staff harus bekerja keras yang dibayarkan dengan tidak memiliki waktu istirahat. Anggota/ staff memiliki waktu kerja yang lebih lama dan tuntutan kerja yang berlebihan. Banyak penelitian menemukan bahwa beban kerja (*workload*) dan tekanan waktu (*time pressure*) memiliki hubungan yang kuat dengan *burnout* terutama pada *exhaustion dimension*.

b. Penghargaan

Individu mengharapkan pekerjaan yang dimiliki memberikan mereka uang, wibawa, dan kesejahteraan, tetapi karena krisis ekonomi, kapasitas organisasi untuk memberikan penghargaan kepada karyawannya mengalami penurunan. Berkurangnya penghargaan ini menyebabkan hilangnya kepuasan intrinsik yang berkontribusi terhadap kelelahan, sinisme, dan berkurangnya efektivitas yang merupakan karakter dari *burnout*.

c. Kontrol dan Kepemilikan

Dalam kehidupan professional, individu memiliki kontrol terhadap dimensi penting dalam pekerjaannya dengan mengatur prioritas setiap

harinya, memilih pendekatan untuk melakukan pekerjaan, dan membuat keputusan tentang penggunaan sumber daya untuk menjaga otonomi dan keikutsertaan dalam pekerjaan. Kurangnya kontrol pekerjaan berhubungan erat dengan ketidakpuasan dan burnout pada tenaga kesehatan (William and Skinner dalam Bahrer, 2013). Pada studi tenaga kesehatan di Jepang, kontrol pekerjaan yang buruk dan beratnya tugas on-call berhubungan secara langsung dengan ketidakpuasan pekerjaan dan waktu tidur yang pendek dan berhubungan tidak langsung dengan burnout dan kesehatan mental yang buruk (Tokuda et al, dalam Bahrer, 2013).

d. Keadilan

Keadilan adalah kebijakan organisasi dimana karyawan mempertahankan kesamaan antara input dan penerimaan berdasarkan kontribusi yang mereka berikan. Jika sebuah organisasi bertindak adil, organisasi tersebut menilai setiap orang berdasarkan kontribusinya, yang membuktikan bahwa setiap individu penting. Tiga elemen dari keadilan adalah kepercayaan, keterbukaan dan penghormatan yang sangat esensial dalam keterikatan seseorang dengan pekerjaannya. Sebaliknya, ketidakberadaan dari 3 elemen tadi berkontribusi terhadap burnout secara langsung.

e. Nilai

Nilai mempengaruhi segalanya dalam hubungan dengan pekerjaan. Nilai utama seorang pemberi layanan adalah efisien, akurat, personal, dan adaptasi individu. Krisis yang terjadi akhir-akhir ini menuntut organisasi

untuk membuat pilihan yang tidak konsisten dengan nilai inti dari anggota/ staff. Oleh karena itu nilai pemberi layanan dipengaruhi secara negatif. Terlebih lagi terdapat ketidakcocokan antara makna dan akhir karena proses klarifikasi nilai tidak komplit. Dengan perubahan misi dan strategi dari organisasi dan sering juga terjadi konflik, tidak mengejutkan sering seseorang bekerja dengan tujuan yang berlawanan. Pada akhirnya, sejumlah karyawan yang memiliki keinginan yang baik, berbakat dan berdedikasi merasakan tidak mengalami kemajuan. (Maslach dan Leiter dalam Bahrer. 2013)

2.2 Konsep *Solution Focused Brief Counseling*

2.2.1 Sejarah Perkembangan

Dalam salah sejarahnya, pendekatan psikoterapis dan konseling yang dipengaruhi oleh pemikiran postmodern satunya adalah pendekatan *Solution Focused Brief Therapy (SFBT)*. Dari beberapa literatur pendekatan SFBT ini mempunyai istilah atau sebutan yang beragam, seperti :

1. Terapi Konstruktivis (*Constructivist Therapy*)
2. Terapi Berfokus Solusi (*Solution Focused Therapy*)
3. Konseling Singkat Berfokus Solusi (*Solution Focused Brief Counseling*)

Akan tetapi dari banyak istilah atau penyebutan nama tersebut, sejatinya atau intinya semuanya pendekatan yang didasari oleh filosofi postmodern sebagai landasan konseptual pendekatan – pendekatan tersebut

Dalam perkembangan SFBT, ada beberapa tokoh yang memberikan kontribusi pada tahun 1970an, 1980an, dan 1990an, tokoh – tokohnya seperti : Steve de Shazer (1985, 1988), Insoo Kim Berg (Dejong & Berg, 2002), O’Hanlon Bill, dan Michele Weiner – Davis (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989; Weiner-Davis , 1992). Akan tetapi SFBT pertama kali dipelopori oleh Insoo Kim Berg dan Steve De Shazer. Keduanya adalah direktur eksekutif dan peneliti senior di lembaga nirlaba yang disebut Brief Family Therapy Center (BFTC) di Milwaukee, Wisconsin, Amerika Serikat pada akhir tahun 1982.

Insoo Kim Berg adalah seorang warga Amerika yang bertanah air Korea serta juru bicara terapi yang berorientasi solusi yang sangat berpengaruh. Beliau memulai karya – karyanya pada pertengahan tahun 1980an hingga kini ia telah menerbitkan buku-buku dan rekaman video tentang pendekatan berfokus solusi. Setelah melakukan pelatihan di daerah barat, hasil latihannya adalah sebuah pendekatan psikoterapi yang merupakan perpaduan kreatif antara menumbuhkembangkan kesadaran dan proses membuat pilihan perubahan.

O’Hanlon dan Weiner-Davis dipengaruhi oleh karya de Shazer dan Berg, juga memberikan kontribusi yang disebut *solution-oriented brief therapy*. Therapy mereka membantu orang untuk fokus pada tujuan masa depan. O’Hanlon dan Weiner-Davis tidak peduli dengan bagaimana permasalahan muncul atau bagaimana mereka dipertahankan tetapi hanya peduli dengan bagaimana masalah itu akan dipecahkan. Dengan membuat gambaran dari apa yang mungkin akan dilakukan untuk meningkatkan

kesadaran akan potensi mereka dan berusaha mengubah sudut pandang dan tindakan klien sehingga mereka dapat menemukan solusi.

Secara filosofis, pendekatan SFBT didasari oleh suatu pandangan bahwa sejatinya kebenaran dan realitas bukanlah suatu yang bersifat absolute namun realitas dan kebenaran itu dapat dikonstruksikan. Pada dasarnya semua pengetahuan bersifat relatif karena ia selalu ditentukan oleh konstruk, budaya, bahasa atau teori yang kita terapkan pada suatu fenomena tertentu. Dengan demikian, realitas dan kebenaran yang kita bangun (realitas yang kita konstruksikan) adalah hasil dari budaya dan bahasa kita. Apa yang dikemukakan tersebut merupakan beberapa pandangan yang dilontarkan oleh para penganut konstruktivisme sosial yang mengembangkan paradigmanya berdasarkan filosofis postmodern. Dalam perspektif terapeutik, konstruktivisme social merupakan sebuah perspektif terapeutik dengan suatu pandangan postmodern yang menekankan pada realitas konseli tanpa memperdebatkan apakah hal tersebut akurat atau rasional (Weishaar, 1993 dalam Corey 2005). Artinya bahwa pandangan postmodern melihat bahwa pengetahuan hanya sebuah konstruksi sosial saja.

Bagi orang-orang konstruksionisme sosial, realitas didasarkan pada penggunaan bahasa dan umumnya merupakan fungsi situasi dimana orang-orang itu sendiri tinggal. Contohnya ketika seseorang merasa depresi, maka seketika itu dia mendefinisikan atau dia adopsi bahwa dirinya sedang depresi. Ketika sebuah definisi tentang diri telah diadopsi, akan sulit bagi individu tersebut untuk mengenali adanya perilaku yang

berlawanan dengan definisi tersebut; contoh, sulit bagi seseorang yang menderita depresi untuk menyadari dan menghargai adanya masa-masa didalam hidupnya dimana suasana hati/mood merasa baik atau senang (Corey,2005:385)

Dalam pemikiran postmodern, bahasa dan penggunaannya menciptakan makna dalam cerita-cerita yang disampaikan oleh individu. Dengan demikian akan terdapat banyak sekali makna-makna cerita sebanyak orang-orang menceritakan kisah tersebut dan masing-masing cerita tersebut benar bagi orang yang menceritakannya. Pemikiran postmodern tersebut memberikan dampak terhadap perkembangan teori konseling dan psikoterapi serta mempengaruhi praktik konseling dan psikoterapi kontemporer.

2.2.2 Asumsi Dasar

Terapi berfokus solusi berbeda dari terapi tradisional karena mengabaikan masa lampau dan lebih setuju dengan masa sekarang dan masa yang akan datang. Terapi ini memberi penekanan yang besar pada kemungkinan sedikit atau tidak adanya ketertarikan untuk memperoleh pemahaman terhadap masalah. De Shazer menganjurkan bahwa tidaklah perlu mengetahui sebab-sebab masalah dalam solusinya dan tidak perlu ada hubungan antara masalah dan solusinya. Pengumpulan informasi mengenai masalah tidaklah dibutuhkan untuk terjadi perubahan. Jika memahami dan mengetahui masalah itu tidak penting, maka yang penting adalah mencari solusi masalah yang benar. Mungkin banyak orang mempertimbangkan berbagai solusi, dan apa yang benar bagi seseorang

belum tentu benar bagi orang lain. Di dalam SFBT klien memilih tujuan yang mereka harapkan bisa tercapai di dalam terapi, dan hanya sedikit perhatian yang diberikan untuk diagnosis, pengungkapan riwayat atau eksplorasi masalah.

Menurut Gerald Corey, terapi singkat berfokus solusi didasarkan pada asumsi yang optimistik bahwa manusia itu sehat dan kompeten dan memiliki kemampuan untuk membangun solusi yang dapat meningkatkan hidupnya. Lepas dari berbentuk seperti apapun klien yang terlibat dalam terapi adalah mampu. Berg percaya bahwa klien adalah kompeten dan peran konselor adalah membantu klien agar menyadari bahwa ia mempunyai kemampuan itu. Proses terapi menyediakan suatu keadaan yang menjadikan individu memfokuskan diri pada pemulihan dan penciptaan solusi ketimbang membicarakan problem mereka.

Sering klien datang ke terapis/konselor, orientasinya ia dalam keadaan bermasalah kendatipun dia memiliki beberapa solusi, tetapi pandangan mereka telah berbalut dalam kekuatan orientasi masalah. Klien sering memiliki satu riwayat yang berakar dalam pandangan mereka. SFBT membalas kehadiran klien dengan percakapan yang optimistik yang memberikan garis-garis besar keyakinan mereka ke dalam tujuan yang dapat digunakan dan dicapai yang ada di sekitar ruangan. Konselor menjadi alat di dalam membantu orang dalam melakukan perpindahan dari suatu keadaan bermasalah ke suatu dunia yang memiliki berbagai kemungkinan. Konselor mendorong dan menantang klien untuk menulis

suatu cerita yang berbeda yang dapat mengarah kepada suatu tujuan baru.(Corey, 2009)

Berikut ini beberapa asumsi dasar tentang SFBT (Corey, 2009)

1. Individu yang datang ke terapi mampu berperilaku efektif meskipun kelakuan keefektifan ini mungkin dihalangi sementara oleh pandangan negatif
2. Ada keuntungan-keuntungan untuk sebuah fokus positif pada solusi dan pada masa depan.
3. Ada penyangkalan pada setiap problem. Dengan membicarakan penyangkalan-penyangkalan ini, klien dapat mengontrol apa yang terlihat menjadi sebuah problem yang tidak mungkin diatasi, penyangkalan ini memungkinkan terciptanya sebuah solusi.
4. Klien sering hanya menampilkan satu sisi dari diri mereka, SFBT mengajak klien untuk menyelidiki sisi lain dari cerita yang sedang mereka tampilkan.
5. Perubahan kecil adalah cara untuk mendapatkan perubahan yang lebih besar. Setiap problem dipecahkan sekali dalam satu langkah
6. Klien yang ingin berubah mempunyai kapasitas untuk berubah dan mengerjakan yang terbaik untuk membuat suatu perubahan itu terjadi.
7. Klien dapat dipercaya pada niat mereka untuk memecahkan problem. Tiap individu adalah unik dan demikian juga untuk tiap-tiap solusi.

2.2.3 Hakikat Manusia

Konseling berfokus solusi tidak mempunyai pandangan komprehensif tentang sifat manusia, tetapi berfokus pada kekuatan dan

kesehatan konseli. Konseling berfokus solusi menganggap manusia bersifat konstruktivis. Sehingga, konseling berfokus solusi didasarkan pada asumsi bahwa manusia benar-benar ingin berubah dan perubahan tersebut tidak terelakkan.

SFBT mempunyai asumsi-asumsi bahwa manusia itu sehat, mampu (kompeten), memiliki kapasitas untuk membangun, merancang ataupun mengkonstruksikan solusi-solusi, sehingga individu tersebut tidak terus menerus berkuat dalam problem-problem yang sedang ia hadapi. Manusia tidak perlu terpaku pada masalah, namun ia lebih berfokus pada solusi, bertindak dan mewujudkan solusi yang ia inginkan

2.2.4 Hubungan Konselor Dengan Konseli

Karena terapi berfokus solusi dirancang untuk dilakukan dengan singkat, terapis memainkan peran lebih aktif dalam menggeser fokus secepat mungkin, dari fokus yang tercurah ke problem fokus yang tercurah ke solusi. Strategi relasional mendasar difungsikan untuk memicu prakarsa klien, membantu klien menumbuhkembangkan tanggung jawab (kemampuan merespon atau *response ability*) mereka dan menggunakan kemampuan merespon itu dengan lebih baik. Begitu klien bisa berfokus pada solusi, dia pun akan banyak bisa memegang kendali dan bertanggung jawab.

Klien pada dasarnya adalah ahli (*expert*) yang paling mengetahui tujuan-tujuan apa yang ingin mereka bangun. Tujuan-tujuan itu selalu unik bagi setiap klien dan dibangun klien untuk menciptakan hari depan yang lebih baik. Sedangkan terapis membantu klien membangun tujuan-tujuan

mereka dalam kerangka kerja yang lebih baik untuk menghasilkan solusi yang sukses. Setiap klien dan terapis memberikan andil untuk menumbuhkembangkan solusi bersama. Relasi terapis dengan klien ditujukan untuk meraih suatu manfaat atau tujuan. Klien datang ke terapi karena suatu alasan dan ingin mencapai suatu manfaat dan tujuan. Kedua kolaborator (klien dan terapis) perlu membuat kriteria kemajuan atau keberhasilan pencapaian tujuan, sehingga merekapun bisa mengakhiri terapi pada waktu yang tepat.

Berdasarkan uraian tersebut hubungan antara konselor dan klien pada terapi singkat berfokus solusi sebagai berikut :

1. Konselor berperan lebih aktif dalam menggeser dari fokus yang tercurah pada problem/masalah ke solusi.
2. Konselor mendorong klien dalam menumbuhkan tanggung jawab, kemampuan merespon (*Response Ability*).
3. Klien pada dasarnya lebih ahli (*expert*) atau yang paling mengetahui tujuan yang akan mereka bangun.
4. Hubungan/relasi konselor dan klien dalam terapi singkat berfokus solusi bersifat kolaboratif dan egaliter.

2.2.5 Tujuan Terapi

Didalam SFBT ini terdapat beberapa tujuan yaitu :

1. Membantu konseli mengenal sumber daya dalam dirinya dan menyadari pengecualian di dalam dirinya pada saat dia bermasalah

2. Membantu konseli untuk berfokus pada hal – hal yang jelas dan spesifik yang mereka anggap sebagai solusi masalah
3. Membantu konseli untuk bergerak atau menuju ke arah yang diinginkan si konseli
4. Menemukan solusi yang cocok dengan masalah konseli
5. Membantu konseli untuk mengetahui secara jelas masa depan yang diinginkannya dan bagaimna memotivasi hal tersebut.

2.2.6 Proses Terapi

Dalam aplikasinya, pendekatan SFBT memiliki beberapa teknik intervensi khusus. Teknik ini dirancang dan dikembangkan dalam rangka membantu konseli untuk secara sadar membuat solusi atas permasalahan yang ia hadapi. Beberapa teknik dari SFBT (Corey, 2005; Capuzzi dan Gross, 2003) adalah:

- a. Pertanyaan pengecualian (Exception Question)

Pertanyaan tentang saat-saat dimana konseli bebas dari masalah. SFBT didasarkan pada gagasan dimana ada saat-saat dalam hidup konseli ketika masalah yang mereka identifikasi tidak bermasalah. Waktu tersebut disebut pengecualian dan disebut “ *news of difference*”. Konselor SFBC mengajukan *ask exception question* untuk menempatkan konseli pada waktu-waktu ketika tidak ada masalah, atau ketika masalah yang ada tidak kuat. Pengecualian merupakan pengalaman hidup konseli di masa lalu ketika dimungkinkan masalah tersebut masuk akal terjadi, tetapi entah bagaimana hal itu tidak terjadi. Dengan membantu konseli mengidentifikasi dan memeriksa pengecualian tersebut kemungkinan

meningkatkan mereka dalam bekerja menuju solusi. Eksplorasi ini mengingatkan konseli bahwa masalah tidak selalu kuat dan ada selamanya; juga menyediakan kesempatan untuk meningkatkan sumberdaya, melibatkan kekuatan, dan menempatkan solusi yang mungkin. Konselor menanyakan pada konseli apa yang harus dilakukan agar pengecualian ini lebih sering terjadi. Dalam istilah SFBC, hal ini disebut "*change-talk*"

b. Pertanyaan Keajaiban (Miracle Question)

Pertanyaan yang mengarahkan konseli berimajinasi apa yang akan terjadi jika suatu masalah dialami secara ajaib terselesaikan. Meminta konseli untuk mempertimbangkan bahwa suatu keajaiban membuka suatu tempat untuk kemungkinan-kemungkinan dimasa depan. Konseli di dorong untuk membiarkan dirinya sendiri bermimpi tentang suatu cara/jalan untuk mengidentifikasi jenis-jenis perubahan yang paling mereka inginkan. Pertanyaan ini memiliki fokus masa depan dimana konseli dapat mulai untuk mempertimbangkan kehidupan yang berbeda yang tidak didominasi oleh masalah-masalah masa lalu dan sekarang kearah pemuasan hidup yang lebih dimasa mendatang.

c. Pertanyaan Berskala (Scaling Question)

SQ adalah teknik yang digunakan konselor untuk mengidentifikasi perbedaan yang bermanfaat bagi konseli, dan dapat membantu untuk menetapkan tujuan pula. Kutub dari skala biasanya berentang dari "kondisi masalah yang terburuk yang terjadi" (0 atau 1) di salah satu ujung, dan di ujung yang lain menggambarkan "kondisi terbaik yang mungkin akan

dicapai” (10).Konseli diminta untuk menilai mereka saat ini berada pada posisi skala berapa, dan pertanyaan yang kemudian digunakan untuk mengidentifikasi berbagai sumber.

Terapis menggunakan pertanyaan yang memberi skala apabila perubahan dalam pengalaman manusia tidak mudah diamati, seperti perasaan, suasana hati, atau komunikasi. Pertanyaan dengan memberikan skala menjadikan konseli untuk memberikan perhatian yang lebih dekat kepada apa yang sedang mereka kerjakan dan bagaimana mereka dapat mengambil langkah yang akan mengarahkan kepada perubahan yang mereka kehendaki.

d. Rumusan Tugas Sesi Pertama (Formula Fist Session Task/FFST)

FFST adalah suatu format tugas yang diberikan oleh konselor kepada konseli untuk diselesaikan pada antara sesi pertama dan sesi kedua. Konselor dapat berkata : “ diantara saat ini dan pertemuan kita selanjutnya, saya berharap anda dapat mengamati sehingga anda dapat menjelaskan pada saya pada pertemuan yang akan datang, tentang apa yang terjadi pada (keluarga, hidup, pernikahan, hubungan) anda yang diharapkan terus terjadi” (de Shazeer, 1985 dalam Corey 2005). Pada sesi kedua, konseli dapat ditanya tentang apa yang telah mereka amati dan apa yang mereka inginkan dapat terjadi dimasa mendatang.

e. Umpan Balik (Feedback)

Para pelaksana konseling umumnya mengambil waktu jeda lima sampai dengan sepuluh menit menjelang setiap akhir pertemuan untuk menyusun suatu ringkasan pesan kepada konseli. Selama waktu jeda ini konselor merumuskan umpan balik yang akan diberikan kepada konseli

setelah waktu jeda. De Jong dan Berg (dalam Gerald Corey, 2002:9) menguraikan tiga bagian pokok untuk umpan balik yang berupa ringkasan: pujian, jembatan, dan anjuran tugas. Pujian adalah pengakuan yang tulus terhadap apa yang telah konseli lakukan yang mengarah ke solusi yang efektif. Pujian-pujian ini yang wujudnya berbentuk dorongan, menciptakan harapan, dan penyampaian harapan kepada konseli bahwa mereka dapat mencapai tujuan-tujuan mereka dengan menggunakan kekuatan dan keberhasilan mereka. Kedua, sebuah jembatan menghubungkan pujian awal kepada tugas anjuran yang diberikan. Jembatan memberikan alasan penalaran untuk pujian itu. Aspek umpan balik ketiga berisi anjuran tugas kepada konseli, yang dapat dipertimbangkan sebagai pekerjaan rumah. Tugas pengamatan maksudnya ialah meminta konseli untuk sekedar memberikan perhatiannya kepada beberapa aspek kehidupan mereka. Proses monitoring diri ini membantu konseli mencatat perbedaan-perbedaan apabila segala sesuatu keadaannya lebih baik.

f. Penghentian

Dari awal sekali wawancara berfokus solusi, konselor selalu berpikiran bahwa dalam bekerja akan mengarah kepada penghentian. Begitu konseli mampu membangun solusi yang memuaskan, hubungan terapi dapat dihentikan. Sebelum konseling berakhir, konselor membantu konseli dalam mengenali hal-hal yang bisa mereka lakukan untuk melanjutkan perubahan-perubahan yang telah mereka lakukan di masa yang akan datang.

Konseli juga bisa dibantu untuk mengenali rintangan atau hambatan-hambatan yang kemungkinan ditemui dalam perjalanannya memelihara perubahan yang telah mereka lakukan. Karena model terapi ini singkat, berpusat pada masa sekarang, dan dimaksudkan untuk keluhan tertentu, akan sangat mungkin bahwa konseli akan mengalami persoalan-persoalan perkembangan lain di kemudian hari. Konseli bisa minta pertemuan tambahan kapan saja ketika mereka merasakan adanya kebutuhan yang mereka rasakan untuk kembali ke jalan hidup yang benar.

Secara umum prosedur atau tahapan pelaksanaan SFBT menurut Corey (2005) adalah sebagai berikut:

- a. Para konseli diberikan kesempatan untuk memaparkan masalah-masalah mereka. Konselor mendengarkan dengan penuh perhatian dan cermat jawaban-jawaban konseli terhadap pertanyaan dari konselor, “ bagaimana saya dapat membantu anda?”
- b. Konselor bekerja dengan konseli dalam membangun tujuan-tujuan yang dibentuk secara spesifik dengan baik secepat mungkin. Pertanyaannya adalah “ apa yang menjadi berbeda dalam hidupmu ketika masalah-masalahmu terselesaikan?”
- c. Konselor menanyakan konseli tentang saat dimana masalah-masalah sudah tidak ada atau saat masalah-masalah sudah tidak ada atau saat masalah-masalah terasa agak ringan. Konseli dibantu untuk mengeksplor pengecualian-pengecualian ini, dengan penekanan yang khusus pada apa

- yang mereka lakukan untuk membuat keadaan/ peristiwa-peristiwa tersebut terjadi.
- d. Diakhir setiap percakapan membangun solusi-solusi (*solution building*), konselor memberikan konseli umpan balik simpulan, memberikan dorongan-dorongan, dan menyarankan apa yang konseli dapat amati atau lakukan sebelum sesi berikutnya yang lebih jauh untuk menyelesaikan masalah mereka.
 - e. Konselor dan konseli mengevaluasi progress yang telah didapat dalam mencapai solusi-solusi yang memuaskan dengan menggunakan suatu skala rata-rata. Konseli juga ditanya tentang apa yang perlu untuk dilakukan sebelum mereka melihat masalah mereka dapat terselesaikan dan juga apa yang akan mereka lakukan selanjutnya.

2.2.7 Mekanisme Perubahan

1. Tahap-Tahap Konseling

Menurut de Shazer (Seligman 2006) SFBT biasanya berlangsung dalam tujuh tahap:

a. Identifying a solvable complaint

Mengidentifikasi keluhan yang bisa dipecahkan merupakan langkah awal yang penting dalam konseling. Tidak hanya memfasilitasi pengembangan tujuan dan intervensi, tetapi mempromosikan perubahan. Konseli dan konselor berkolaborasi untuk membuat gambar dari keluhan yang menempatkan solusi mereka di tangan konseli. Pertanyaan frase konselor sehingga mereka berkomunikasi secara optimis dan harapan untuk perubahan. Kesulitan manusia dipandang sebagai normal dan dapat

diubah. Konselor mungkin bertanya, “Apa yang menyebabkan Anda untuk membuat janji sekarang?” bukan “Apa masalah yang mengganggu Anda?” atau bertanya, “Apa yang ingin Anda ubah?” bukan “Bagaimana saya bantu?”.

Konselor menggunakan empati, ringkasan, mengartikan, pertanyaan terbuka, dan keterampilan mendengarkan aktif untuk memahami situasi konseli dengan jelas dan spesifik. Konselor mungkin bertanya, “Bagaimana Anda mengalami kecemasan?” “Apa yang akan membantu saya untuk benar-benar memahami situasi ini?” dan “Bagaimana hal ini menciptakan masalah bagi Anda?”

b. Establishing goals

Menetapkan tujuan melanjutkan proses konseling. Konselor berkolaborasi dengan konseli untuk menentukan tujuan yang spesifik, dapat diamati, diukur, dan konkret Tujuan biasanya mengambil salah satu dari tiga bentuk: mengubah dari situasi problematis; mengubah tampilan situasi atau kerangka acuan, dan mengakses sumber daya, solusi, dan kekuatan (O’Hanlon (ST Weiner-Davis, 1989 dalam Seligman 2006). Pertanyaan mengandaikan sukses: “Apa yang akan menjadi tanda pertama dari perubahan”, Bagaimana Anda akan tahu kapan terapi ini berguna bagi Anda”, Bagaimana saya bisa tahu?” Diskusi rinci perubahan positif didorong untuk memperoleh pandangan yang jelas dari apa yang terlihat seperti solusi ke konseli. Salah satu cara yang paling berguna untuk solusi yang berfokus pada klinisi untuk menetapkan tujuan terapi adalah dengan menggunakan pertanyaan keajaiban (*miracle question*).

c. Designing an intervention

Ketika merancang intervensi, konselor menggambar pada pemahaman mereka tentang konseli dan penggunaan kreativitas strategi terapi untuk mendorong perubahan, tidak peduli seberapa kecil. Pertanyaan khas selama tahap ini termasuk “Perubahan apa yang telah terjadi?”, “Apa yang berhasil di masa lalu ketika Anda berurusan dengan situasi yang sama?”, “Bagaimana Anda membuat hal itu terjadi?”, dan “Apa yang akan Anda lakukan untuk memiliki itu terjadi lagi? “.

d. Strategic task that promote change

Tugas strategis kemudian mempromosikan perubahan. Biasanya ini ditulis sehingga konseli dapat memahami dan menyetujuinya. Tugas secara hati-hati direncanakan untuk memaksimalkan kerja sama konseli dan sukses. Orang dipuji atas upaya keberhasilan dan kekuatan mereka untuk menggambar di dalam menyelesaikan tugas.

e. Identifying dan emphazing new behavior and changes

Perilaku baru yang positif dan perubahan diidentifikasi serta ditekankan ketika konseli kembali setelah diberi tugas. Pertanyaan fokus pada perubahan, kemajuan, dan kemungkinan dan mungkin termasuk “Bagaimana Anda membuat hal itu terjadi?”, “Siapa yang melihat perubahan?”, dan “Bagaimana sesuatu yang berbeda ketika Anda melakukan itu?” Masalahnya dipandang sebagai “itu” atau “itu” dan sebagai eksternal untuk konseli; ini membantu orang melihat keprihatinan mereka sebagai setuju untuk berubah, bukan sebagai bagian integral dari diri mereka sendiri.

f. Stabilization

Stabilisasi adalah penting dalam membantu orang mengkonsolidasikan keuntungan dan secara bertahap beralih perspektif ke arah yang lebih efektif dan penuh harapan. Selama tahap ini, konselor mungkin benar-benar menahan kemajuan dan kemunduran konseli. Ini memberikan orang waktu untuk menyesuaikan diri dengan perubahan mereka, mempromosikan keberhasilan lebih lanjut, dan mencegah berkecil hati jika perubahan tidak terjadi secepat yang mereka inginkan.

g. Termination

Pengakhiran konseling terjadi, sering diprakarsai oleh konseli yang kini telah mencapai tujuan mereka. Karena SFBT berfokus pada penyajian keluhan bukan resolusi masalah masa kecil atau perubahan kepribadian yang signifikan, ia mengakui bahwa orang dapat kembali untuk terapi tambahan, dan konseli diingatkan pilihan itu. Pada saat yang sama, SFBT tidak hanya berusaha untuk membantu orang menyelesaikan masalah segera. Melalui proses mengembangkan rasa percaya diri, merasa mendengar dan memuji bukan menyalahkan, dan menemukan kekuatan dan sumber daya, orang yang diterapi melalui SFBT dapat menjadi lebih mandiri dan mampu mengatasi kesulitan di masa depan mereka sendiri.

2.2.8 Kelebihan dan Kelemahan**1. Kelebihan**

- a. Langsung Berfokus pada solusi
- b. Hemat waktu, tenaga dan biaya

- c. Bersifat fleksibel dan praktis dalam penggunaan teknik – teknik intervensi
- d. Menilai potensi konseli dalam proses konseling untuk memastikan bahwa waktu dan upaya tidak terbuang percuma
- e. Memandang konseli kompeten dan berdaya
- f. Pendekatan ini bersifat positif untuk digunakan dengan konseli yang berbeda-beda. Maksudnya, teori konseling ini didasarkan pada asumsi optimis bahwa setiap manusia adalah sehat dan kompeten serta memiliki kemampuan dalam mengkonstruksi solusi dalam meningkatkan kualitas hidup mereka dengan optimal.
- g. Pendekatan ini difokuskan pada perubahan dan dasar pemikiran yang menekankan perubahan kecil pada tingkah laku
- h. Pendekatan ini dapat dikombinasikan dengan pendekatan konseling lainnya

2. Kelemahan

- a. Kurang memperhatikan masa lalu konseli
- b. Pendekatan ini hampir tidak memperhatikan riwayat konseli
- c. Pendekatan ini kurang memfokuskan pencerahan
- d. Pendekatan ini menggunakan tim, setidaknya beberapa praktisi, sehingga membuat perawatan ini mahal

2.3 Konsep Stress dan Stressor

Stress merupakan suatu keadaan yang membutuhkan aksi dan respon dari seseorang untuk memenuhi kebutuhan yang nonspesifik (Selye 1976. dalam Koziar dkk, 1999:795). Stress sebagai suatu kondisi disebabkan oleh transaksi

antara individu dengan lingkungan yang menimbulkan persepsi jarak antara tuntutan dengan sumber-sumber daya sistem biologis, psikologis dan sosial dari seseorang (Smet B, 1994:113).

Setiap individu dapat mengalami stress kapan saja dan dimana saja. Termasuk juga kalangan mahasiswa yang sering kali menjadi stress bila akan menghadapi ujian tengah semester. Hal ini memicu suatu perubahan akibat stress disebut dengan stressor (Taylor dkk, 1997:754). Individu akan memberi reaksi yang berbeda-beda terhadap stressor yang sama. Tumbuhnya kesadaran terhadap stress merupakan proses yang kompleks dan dinamis, yang sesuai dengan pendekatan biopsikososial terhadap kehidupan manusia.

Manusia merespon peristiwa stress dengan fisik maupun psikis untuk mempersiapkan dirinya apakah melawan/mengatasi atau menghindari atau melarikan diri dari stress *fight or flight* respon. Ketika individu mempersiapkan adanya ancaman, maka tubuhnya secara cepat mereaksinya melalui sistem syaraf simpatik dan endokrin. Respon atau reaksi tubuh itu memobilisasi organisme untuk menyerang atau menghindari ancaman tersebut (Cannon W 1932, dlm Yusuf S,2004: 95).

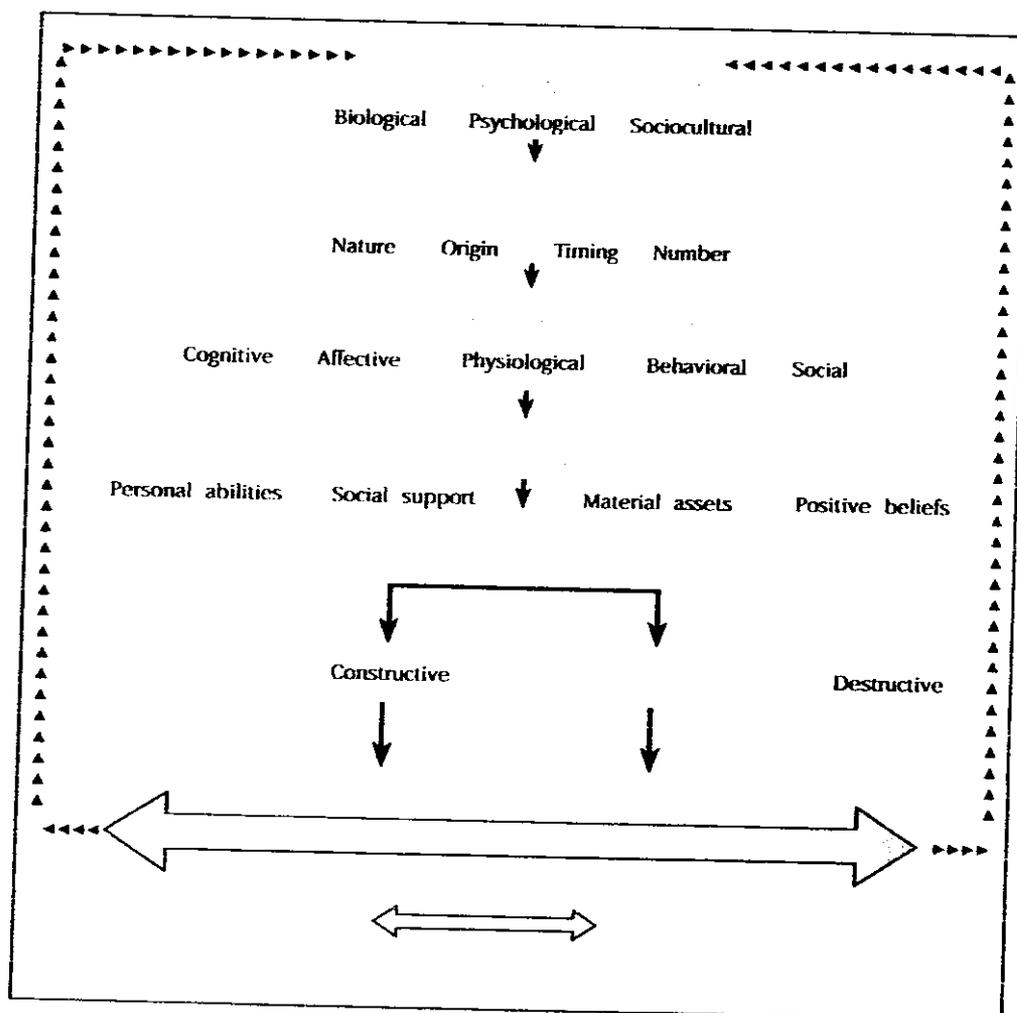
Manifestasi fisiologi stress terjadi dari pengalaman individu. Tergantung cara individu melihat peristiwa yang menjadi penyebab stress dan strategi koping efektif yang dapat digunakan. Manifestasi fisiologi seperti pupil melebar, berkeringat, detak jantung meningkat, kulit pucat, tekanan darah naik, pernapasan cepat, mulut kering peristaltik usus menurun, gula darah meningkat, penurunan fungsi fisiologi dan kehilangan tonus otot. Sementara manifestasi psikologi stress termasuk ansietas, marah, perilaku kognitif, respon verbal dan motorik serta

mekanisme pertahanan ego (Kozier dkk, 1999:799).

Ada tiga aspek respon sosial individu terhadap stress dan penyakit. Aspek pertama "mencari arti" dimana orang akan mencari informasi mengenai masalahnya hal ini diperlukan untuk merencanakan strategi koping yang akan digunakan. Aspek kedua yaitu sifat sosial, dimana seseorang mencoba mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat membantu dalam situasi stress. Seseorang melihat masalahnya sebagai akibat dari kelalaian dirinya, serta menyalahkan diri sendiri, pasif serta perilaku menarik diri. Aspek sosial yang ketiga yaitu perbandingan sosial, dimana seseorang membandingkan masalahnya dengan masalah orang lain yang sama (Mechanic 1977, dalam Stuart & Laraia, 2005:71).

Stress dapat memberikan pengaruh positif maupun negatif terhadap individu. Pengaruh positif, yaitu mendorong individu untuk melakukan sesuatu membangkitkan kesadaran, dan menghasilkan pengalaman baru. Sedangkan pengaruh negatif yaitu menimbulkan perasaan-perasaan tidak percaya diri, penolakan, marah atau depresi dan memicu berjangkitnya penyakit seperti sakit kepala, sakit perut, insomnia, tekanan darah tinggi atau stroke (Yusuf S, 2004:94).

2.3.1 Faktor –faktor penyebab Stress



Gambar 2.1 *Biopsychosocial components of the Stuart Stress Adaptation Model of psychiatric nursing care.*

1. Faktor Predisposisi

Menurut Stuart dan Laraia (2005), faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stress. Yaitu faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural.

1. Biologis

Dalam hal ini latar belakang genetik, status nutrisi, sensitivitas biologis, kesehatan secara umum dan keterpaparan terhadap toksin.

2. Psikologis

Dalam hal ini intelegensi, kemampuan verbal, moral, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri dan motivasi, pertahanan psikologis, dan *locus of control* atau perasaan kontrol terhadap nasib diri.

3. Sosiokultural

Dalam hal ini usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan, pekerjaan, posisi sosial, latar belakang budaya, kepercayaan atau agama yang dianut, afiliasi politik, pengalaman sosial, dan tingkat integrasi sosial atau keterkaitan.

2. Faktor Presipitasi

Menurut Stuart dan Laraia (2005), faktor presipitasi adalah rangsangan yang mengancam, menantang dan menuntut yang membutuhkan energi ekstra dan menghasilkan stress dan tekanan pada individu. Dapat berupa biologis, psikologis, atau sosiokultural dalam alami/ natural. Bisa juga memang berasal dari lingkungan internal atau eksternal individu. Waktu terjadinya stressor perlu juga dikaji, termasuk ketika stressor terjadi, berapa lama individu terpapar stressor dan frekuensi terjadinya stress. Faktor yang terakhir adalah jumlah dari stressor, sebuah pengalaman dalam waktu tertentu karena kejadian yang menyebabkan stress akan lebih sulit ditangani jika terjadi secara bersamaan.

2.3.2 *Stressor Appraisal*

Stressor appraisal merupakan pemahaman dan pengartian akibat dari stressor yang dialami individu. Yang terdiri dari kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan respon sosial. *Appraisal* adalah evaluasi dari arti penting sebuah kejadian dalam hubungannya dengan kebahagiaan individu. Stressor dapat

menanggung arti, intensitas, dan penting atau tidaknya dengan interpretasi dan signifikansi yang unik dari diri individu yang mengalaminya.

1. *Cognitive responses*

Faktor kognitif berperan penting dalam adaptasi, mempengaruhi kejadian stress, pemilihan respon koping, dan emosi, fisiologis, perilaku dan reaksi sosial individu. *Cognitive appraisal* bertindak sebagai penengah psikologis antara individu dengan lingkungannya ketika terjadi stress. Ini berarti bahwa kerusakan dan potensial kerusakan dari situasi ditentukan oleh kemampuan individu memahami situasi untuk berbuat kerusakan dan sumber yang dimiliki individu tersedia untuk menetralkan atau mentolerir kesakitan. Tiga jenis respon kognitif terhadap stress yaitu:

- a. *Harm/ loss* yang sudah terjadi
- b. Ancaman, stress yang sudah diantisipasi, atau stress yang akan datang
- c. Tantangan, yang berfokus pada potensi yang bisa didapatkan, perkembangan atau pengahlian terhadap resiko yang mungkin terjadi.

2. Respon afektif

Respon afektif adalah munculnya sebuah perasaan dalam memahami sebuah stressor. Respon afektif yang utama adalah reaksi cemas umum, yang diekspresikan sebagai emosi, yaitu kebahagiaan, kesedihan, ketakutan, marah, penerimaan, ketidakpercayaan, antisipasi dan terkejut.

Emosi juga dijelaskan berdasarkan jenis, durasi dan intensitas. Karakteristik yang berubah sejalan dengan waktu dan sebagai akibat dari kejadian. Contohnya ketika emosi berlanjut dalam waktu yang lama dapat diklasifikasikan sebagai *mood*. Ketika berlanjut terus-menerus disebut sebagai

sikap.

3. Respon fisiologis

Respon fisiologis mencerminkan interaksi beberapa aksis neuroendokrin yang mengikutsertakan hormone pertumbuhan, prolactin, hormon adrenocorticotropic (ACTH), LH, FSH, TSH, vasopressin, oksitosin, insulin, epinefrin, norepinefrin, dan berbagai macam neurotransmitter dalam otak. Peningkatan atau penurunan respon fisiologis menstimulasi saraf simpatik dari system saraf otonom dan meningkatkan aktivitas dari aksis pituitary-adrenal. Stress mempengaruhi system imun individu dan kemampuan individu melawan penyakit.

4. Respon perilaku

Respon perilaku merupakan hasil dari respon fisiologis dan emosional, sebagaimana analisis kognitif individu terhadap situasi yang penuh dengan stress. Caplan (1981) dalam Stuart 2005 mengemukakan 4 fase respon perilaku individu dalam menghadapi kondisi stress, yaitu:

1. Fase 1, perilaku yang merubah situasi stress atau mengijinkan individu untuk melarikan diri
2. Fase 2, perilaku yang membuat individu mengubah kondisi eksternal dan akibat yang ditimbulkan
3. Fase 3, perilaku intrapsikis yang digunakan untuk mempertahankan diri dari munculnya emosi yang tidak menyenangkan.
4. Fase 4, perilaku intrapsikis yang membantu individu menuju masa kejadian dan kelanjutannya dengan penyesuaian internal.

5. Respon sosial

Respon sosial terhadap stress dan penyakit, berdasarkan tiga kegiatan, yaitu:

1. Mencari pemahaman, dimana individu mencari informasi mengenai masalah yang dihadapi, hal ini diperlukan untuk membentuk strategi koping karena hanya melalui penemuan ide mengenai apa yang terjadi, individu dapat berespon
2. *Social Attribution*, dimana individu mencoba mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap situasi. Seorang pasien yang menganggap masalahnya akibat dari kelalaiannya akan mengalami *blockage* atau tidak mampu mengaktivasi respon koping. Mereka menganggap masalah mereka sebagai kegagalan personal, menyalahkan diri sendiri, pasif, terkalahkan, dan perilaku menarik diri.
3. Komparasi sosial, dimana individu membandingkan kemampuan dan kapasitas diri dengan individu lain yang mengalami permasalahan yang sama. Pengkajian diri seseorang sangat bergantung terhadap individu yang dijadikan pembandingan.

2.3.3 *Coping Resources*

Sumber koping adalah pilihan atau strategi yang membantu menentukan apa yang bisa dilakukan dan apa yang dipertaruhkan. Menjadi alasan pemilihan koping yang tersedia. Kesempatan individu untuk mendapatkan pilihan yang berhasil dan kemungkinan menggunakan

strategi secara efektif.

Sumber koping adalah faktor protektif, yaitu asset ekonomi, kemampuan, dukungan sosial, motivasi. Dll

1. *Spiritual beliefs*, dapat menjadi dasar pengharapan dan dapat mempertahankan usaha koping individu dalam keadaan yang merugikan
2. *Problem solving skill*, kemampuan mencari informasi, mengidentifikasi masalah, membobot alternatif, dan mengaplikasikan rencana.
3. *Social skill*, membantu menyelesaikan permasalahan yang mengikutsertakan pihak lain, meningkatkan kerjasama dan dukungan dari orang lain, dan memberikan individu sosial kontrol yang lebih baik.
4. *Material assets*, berkaitan dengan uang, harta benda dan pelayanan yang dapat dibeli dengan uang. Sumber keuangan secara nyata meningkatkan pilihan koping individu dalam hampir semua kejadian stress.
5. *Knowledge and intelligence*, sumber koping yang memperkenalkan individu untuk mengidentifikasi cara yang berbeda untuk mengatasi stress
6. *Strong ego identity, commitment to a social network, cultural stability, a stable system of values and beliefs, and preventive health orientation* adalah sumber koping yang lain.

2.3.4 Mekanisme Koping

Mekanisme koping didefinisikan sebagai segala upaya yang digunakan untuk mengelola stress (Stuart & Laraia, 2005 :68). Koping berkaitan dengan perilaku atau keterampilan yang digunakan individu untuk menyesuaikan diri dengan kejadian atau situasi yang tidak biasa. Mekanisme koping terdiri dari tiga tipe yaitu:

1. Mekanisme koping fokus problem untuk mengurangi stressor individu akan mengatasi dengan mempelajari cara-cara atau keterampilan yang baru. Individu akan cenderung menggunakan strategi ini bila dirinya yakin akan mengubah situasi yang menjadi stress. Contohnya, negosiasi, konfrontasi, mencari nasehat.
2. Mekanisme koping fokus emosi. Digunakan untuk mengatur respon emosional terhadap stress pengaturan ini melalui perilaku individu seperti, penggunaan alcohol, meniadakan fakta-fakta yang tidak menyenangkan, supresi, proyeksi, denial.
3. Mekanisme koping fokus kognitif yaitu berusaha mengontrol problem dan berusaha menetralsirnya, seperti dengan melakukan perbandingan positif, substitusi *reward* dan mengurangi obyek yang diinginkan (Stuart & Laraia :2005:68).

Perilaku mekanisme koping untuk menurunkan stress antara lain dengan menangis, tertawa, tidur, mengeluarkan makian, melakukan aktivitas fisik dan olah raga, makan, merokok dan minum minuman keras, menarik diri, membatasi hubungan dengan orang yang mempunyai masalah yang sama. Apabila seseorang sedang dilanda masalah yang berat maka mekanisme koping yang digunakan akan berbeda dengan orang yang masalahnya ringan. Mekanisme koping yang digunakan

ini tergantung tingkat ansietas, ancaman dan melibatkan mekanisme koping yang lebih kompleks (Taylor dkk, 1997:760). Koping terhadap stress tergantung pada pengalaman seseorang dengan stressor yang serupa dan persepsi terhadap stressor itu sendiri. Tentunya koping yang digunakan juga berbeda-beda sesuai dengan individu yang mengalaminya (Kozier dkk, 1999 :799).

Mekanisme koping dapat berupa koping yang konstruktif atau destruktif. Koping konstruktif akan muncul jika individu melihat kecemasan atau stressor yang dihadapinya sebagai tanda peringatan sehingga individu tersebut menghadapinya sebagai kesempatan untuk memecahkan masalah Umumnya, jika sekali koping konstruktif ini digunakan dan berhasil maka koping ini akan terus digunakan untuk menghadapi stressor yang datang berikutnya. Koping destruktif merupakan mekanisme individu untuk menghindari stressor tanpa adanya penyelesaian masalah (Stuart & Laraia, 2005:68). Mekanisme koping konstruktif diartikan sebagai upaya-upaya untuk menghadapi stress secara sehat. Koping konstruktif memiliki ciri-ciri sebagai berikut: menghadapi masalah secara langsung, mengevaluasi alternatif secara rasional dalam upaya memecahkan masalah, menilai atau mempersepsikan situasi stress didasarkan kepada pertimbangan yang rasional, mengendalikan diri (*self control*) dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Mekanisme koping destruktif seperti melarikan diri dari kenyataan atau situasi stress yang bentuknya seperti sikap apatis, kehilangan semangat atau perasaan tak berdaya, minum-minuman keras atau mengkonsumsi obat-obatan terlarang, mencela diri sendiri atau menilai negatif diri sendiri, agresif yaitu berbagai perilaku yang ditujukan untuk menyakiti orang lain, memanjakan diri sendiri dengan berperilaku berlebihan seperti makan yang enak-

enak, merokok minum-minuman keras, menghabiskan uang untuk berbelanja, serta mekanisme pertahanan diri yang bentuknya seperti menolak kenyataan dengan cara melindungi diri dari suatu kenyataan yang tidak menyenangkan dengan cara seperti seorang perokok mengatakan bahwa rokok merusak kesehatan hanya teori belaka, berfantasi, intelektualisasi (Weiten 1994 dalam Yusuf S, 2004:123)

2.4 Konsep Program Akademik Keperawatan

2.4.1 Visi dan Misi

a. Visi

Terwujudnya Program Studi S1 Keperawatan yang universal, berkualitas, berbasis riset dan berdaya saing tahun 2015

b. Misi

1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi yang terjangkau untuk seluruh lapisan masyarakat
2. Menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi dalam bidang keperawatan yang relevan dengan kebutuhan dunia kerja
3. Menghasilkan lulusan yang memiliki kemampuan kritis dalam memberikan asuhan (*Evidence Based Practice*) dan mengembangkan ilmu keperawatan
4. Menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi global dan mampu bersaing ditingkat nasional.

c. Tujuan Pendidikan Akademik

Tujuan pendidikan akademik adalah mendidik mahasiswa melalui proses belajar mengajar sehingga memiliki sikap dan kemampuan sebagai berikut:

1. Kompetensi utama: mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh
 - a. Mampu melakukan komunikasi secara efektif
 - b. Mampu melaksanakan pendidikan kesehatan
 - c. Mampu menerapkan aspek etik dan legal dalam praktek keperawatan
 - d. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan professional ditatanan klinik dan komunitas
 - e. Mampu mengaplikasikan kepemimpinan dalam manajemen keperawatan
 - f. Mampu menjalin hubungan interpersonal
 - g. Mampu melakukan penelitian sebagai peneliti pemula
 - h. Mampu mengembangkan profesionalisme secara terus menerus atau belajar sepanjang hayat
2. Kompetensi pendukung: perilaku professional
 - a. Mensintesis ilmu alam dalam mengembangkan ilmu keperawatan
 - b. Menerapkan filsafat ilmu dalam asuhan keperawatan
 - c. Mengaplikasikan pendekatan isospol kesehatan dalam peningkatan pelayanan
 - d. Mengaplikasikan ilmu psikologi dalam asuhan keperawatan

- e. Mempraktikan komunikasi terapeutik dan pendidikan dalam keperawatan pada asuhan keperawatan
 - f. Mengaplikasikan ilmu kesmas dalam asuhan keperawatan
 - g. Mengaplikasikan ilmu kesmas dalam asuhan keperawatan komunitas
 - h. Mengembangkan prinsip manajemen kesehatan dalam mengelola pelayanan keperawatan
3. Kompetensi khusus: pengembangan iptek keperawatan
 - a. Mengembangkan Model Praktik Keperawatan di rumah
 - b. Mempraktikan Asuhan Keperawatan pada kasus terkini sesuai perkembangan iptek keperawatan
 - c. Mempraktikan asuhan keperawatan komunitas dan kegawatdaruratan kelautan sesuai perkembangan iptek

2.4.3 Kurikulum

Program studi S1 Keperawatan Universitas Wiraraja mengalami perubahan kurikulum pada tahun akademik 2010/2011 yang semula adalah kurikulum konvensional kemudian berubah menjadi Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) yang mengacu pada anjuran AIPNI (Asosiasi Institusi Penyelenggara Ners Indonesia).

Perubahan kurikulum dilakukan dengan mengadakan workshop penyusunan kurikulum berbasis kompetensi dengan mengundang narasumber kurikulum dari AIPNI, dalam workshop tersebut ditetapkan kompetensi utama, pendukung, dan lainnya, serta bagaimana proses pembelajaran dengan menggunakan *student centered learning*,

Dalam kurikulum KBK yang baru terintegrasi kompetensi hardskill dan softskill dalam masing masing kuliah yang tercantum dalam rencana program pembelajaran (RPP)

Tabel 2.1 Kurikulum Jurusan/ Program Studi Ilmu Keperawatan T.A 2014/2015
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep

SMT	Kode MK	Nama Mata Kuliah	Bobot sks
I	MKU 101	Pendidikan Agama	3
	MKU 102	Pend.Pancasila & Kewarganegaraan	3
	MKU 103	Bahasa Indonesia	3
	MKK 101	Ilmu Keperawatan Dasar I	4
	MKK 102	Ilmu Keperawatan Dasar II	4
	MKK 104	Ilmu Dasar Keperawatan I	4
	MPK 150	Filsafat Ilmu	3
II	MKU 204	Ilmu Sosial Dasar	3
	MKU 205	Bahasa Inggris I	2
	MKK 205	Ilmu Dasar Keperawatan II	4
	MKK 203	Ilmu Keperawatan Dasar III	4
	MKB 201	Sistem Kardiovaskuler I	4
	MKB 202	Sistem Kardiovaskuler II	4
	MKK 206	Ilmu Dasar Keperawatan III	2
III	MKB 303	Sistem Respirasi I	4
	MKB 304	Sistem Respirasi II	4
	MKB 305	Sistem Imun & Hematologi I	3
	MKB 306	Sistem Imun & Hematologi II	2
	MKB 307	Sistem Neurobehaviour	4
	MKU 306	Bahasa Inggris II	2
	MPK 301 / MPK 302	Elektif I : - Enterpreuner - Leadership	2 2
IV	MKB 408	Sistem Sensori Persepsi	4
	MKB 409	Sistem Endokrin I	3
	MKB 410	Sistem Endokrin II	2
	MKB 411	Sistem Pencernaan I	3
	MKB 412	Sistem Pencernaan II	3
	MBB 401	Kep. Komunitas I	4
V	MKB 513	Sistem Muskuloskeletal	3 - 1
	MKB 514	Sistem Integumen	3 - 1
	MBB 502	Kep.Komunitas II	3 - 1
	MBB 504	Keperawatan Jiwa	3 - 1

	MPK503 / MPK 504	Elektif II : - Terapi Komplementer - Ekonomi Kesehatan	2 2
VI	MKB 615	Sistem perkemihan	4
	MKB 616	Sistem Reproduksi I	4
	MKB 617	Sistem Reproduksi II	2
	MBB 603	Keperawatan Komunitas III	4
	MKB 618	Kegawadaruratan Kelautan	4
VI I	MKK 707	Kegawadaruratan Sistem I	3
	MKK 708	Kegawadaruratan Sistem II	3
	MPB 701	Riset Keperawatan	4
	MKU 707	Bahasa Inggris III	2
	MPB 702	Hukum Kesehatan	2
	MKK 710	Informasi dan Teknologi (IT)	3
VI II	MKK 809	Kegawatdaruratan Sistem III	2
	MKB 819	Skripsi	4
	MPB 803	Manajemen Keperawatan	3
Total SKS			149

2.4.4 Penyelenggaraan Pendidikan

1. Pengertian Sistem Kredit Semester

- a. Sistem Kredit (SK) adalah suatu system penyelenggaraan program pendidikan yang dinyatakan dalam satuan kredit semester (SKS), dengan ukuran waktu terkecil adalah satu semester.
- b. Semester adalah satuan waktu kegiatan pendidikan selama 16 minggu, terdiri atas 14 minggu (tatap muka)kegiatan perkuliahan, 1 minggu kegiatan ujian tengah semester dan 1 minggu ujian akhir semester.

2. Nilai Kredit

- a. Beban studi mahasiswa, beban kerja dosen dan penyelenggaraan program studi dinyatakan dalam nilai kredit
- b. Satu satuan kredit semester untuk perkuliahan ditentukan berdasarkan beban kegiatan yang meliputi tiga macam kegiatan per minggu sebagai berikut:

1) Untuk Mahasiswa

- a. Acara tatap muka terjadwal, yaitu interaksi antara mahasiswa dan dosen dalam bentuk kuliah selama 50 menit
 - b. Acara akademik terstruktur, yaitu kegiatan studi berbentuk pekerjaan rumah atau penyelesaian soal-soal selama 50 menit
 - c. Acara kegiatan akademik mandiri, yaitu kegiatan yang harus dilakukan mahasiswa secara mandiri untuk mendalami, mempersiapkan atau tujuan lain suatu tugas akademik selama 60 menit
- 2) Untuk Dosen
- a. Acara tatap muka terjadwal dengan mahasiswa selama 50 menit
 - b. Acara perencanaan dan evaluasi kegiatan akademik terstruktur selama 50 menit
 - c. Pengembangan materi selama 60 menit
 - d. Satu satuan kredit semester untuk seminar (adalah beban tugas untuk mengikuti seminar) yang ditentukan sebagai tatap muka selama 50 menit per minggu selama satu semester
 - e. Satu satuan kredit semester untuk praktikum di laboratorium adalah beban tugas dilaboratorium sebanyak 2-5 jam per minggu selama satu semester
 - f. Satu satuan kredit semester untuk praktik kerja di lapangan adalah setara dengan beban tugas di lapangan sekurang-kurangnya 4 jam sehari selama 25 hari kerja

- g. Satu satuan kredit semester untuk penyusunan tugas akhir adalah setara dengan beban tugas sebanyak 3 sampai 4 jam sehari selama satu bulan. Satu bulan dianggap 25 hari kerja.

3. Beban Studi

- Beban studi dalam satu semester adalah jumlah nilai kredit yang dapat diambil oleh mahasiswa dalam semester yang bersangkutan
- Beban studi mahasiswa dalam satu semester ditentukan atas dasar kemampuan akademik dan waktu rata-rata yang dimiliki mahasiswa masing-masing. Pengambilan beban studi awal disesuaikan dengan paket yang ditawarkan
- Beban studi maksimum bagi seorang mahasiswa tiap semester ditentukan oleh indeks prestasi mahasiswa yang bersangkutan pada semester yang baru berakhir. Jumlah dan susunan mata kuliah yang diambil oleh mahasiswa tiap semester ditetapkan dengan menggunakan KRS dengan bimbingan dan persetujuan dosen wali.
- Jumlah maksimum beban studi tiap semester dapat dilihat pada tabel dibawah

Tabel 2.2 Beban studi maksimum tiap semester sesuai dengan indeks prestasi semester sebelumnya

No	Indeks Prestasi	Beban studi maksimum (sks)
1.	$IP \geq 3.00$	24
2.	$2.50 \leq IP < 3.00$	21
3.	$2.00 \leq IP < 2.50$	18
4.	$IP < 2.00$	15

Dengan alasan yang sah mahasiswa dapat mengambil beban studi minimum 12 SKS tiap semester, kecuali bagi mahasiswa yang sisa beban studinya kurang dari 12 SKS.

4. Masa studi

- a. Masa studi maksimum untuk program sarjana adalah 14 semester dan untuk program D3 adalah 10 semester
- b. Mahasiswa yang melampaui batas waktu studi maksimum dikeluarkan dari Universitas wiraraja oleh Rektor, setelah memperhatikan pertimbangan dari dekan
- c. Mahasiswa yang belum mencapai batas waktu studi maksimum tetapi mempunyai prestasi hasil belajar yang tidak memenuhi syarat, dapat dikeluarkan dari Universitas Wiraraja oleh Rektor setelah memperhatikan pertimbangan dari dekan
- d. Waktu cuti akademik tidak diperhitungkan dalam penentuan batas waktu studi
- e. Waktu selama mahasiswa dinyatakan tidak aktif, tetap diperhitungkan dalam penentuan batas waktu studi

5. Perkuliahan

1. Umum

- a. Kegiatan perkuliahan terdiri atas kegiatan kuliah dan kegiatan praktikum
- b. Satu tahun akademik penyelenggaraan perkuliahan dibagi menjadi dua semester; semester ganjil dan genap yang diatur dalam kalender akademik yang ditetapkan oleh rektor
- c. Selama kuliah/ praktikum berlangsung, peserta dan dosen/asisten tidak diperkenankan meroko dan atau melakukan tindakan lain yang dapat mengganggu kelancaran perkuliahan

- d. Tempat dan waktu perkuliahan diatur dengan jadwal perkuliahan yang ditetapkan oleh fakultas dan BAAK
- e. Secara umum waktu perkuliahan dimulai pukul 07.00 sampai pukul 15.00 untuk kelas reguler pagi dan pukul 15.30 sampai 21.30 untuk kelas reguler sore. Perubahan waktu dimungkinkan dengan alasan dan pertimbangan tertentu
- f. Peserta perkuliahan dianggap sah, apabila tercantum dalam daftar peserta perkuliahan yang diterbitkan oleh BAAK
- g. Semua mahasiswa diwajibkan mengikuti kuliah minimum 70% dari seluruh jam tatap muka pada semester yang bersangkutan
- h. Semua mahasiswa diwajibkan mengikuti seluruh jam praktikum yang terjadwal pada semester yang bersangkutan
- i. Mahasiswa yang berhalangan mengikuti perkuliahan karena alasan yang dibenarkan harus menyampaikan pemberitahuan tertulis kepada dosen mata kuliah yang bersangkutan
- j. Apabila ketentuan diatas tidak dipenuhi maka mahasiswa dianggap lalai mengikuti perkuliahan
- k. Mahasiswa diharuskan hadir di ruang perkuliahan sebelum kuliah dimulai
- l. Mahasiswa yang datang terlambat sesudah perkuliahan dimulai wajib meminta izin kepada dosen pengajar sebelum masuk ke ruang perkuliahan
- m. Mahasiswa yang datang terlambat datang lebih dari 15 menit sesudah perkuliahan dimulai tidak diperkenankan masuk ke ruang perkuliahan

- dan dianggap lalai mengikuti perkuliahan pada jam perkuliahan yang bersangkutan
- n. Mahasiswa yang hadir dalam perkuliahan wajib mengisi daftar hadir perkuliahan. Daftar hadir perkuliahan tersebut dibuat rangkap dua, satu untuk dosen dan satu untuk program studi. Mahasiswa yang lalai tidak mengisi daftar hadir dianggap lalai mengikuti perkuliahan pada jam perkuliahan yang bersangkutan
 - o. Selama mengikuti perkuliahan mahasiswa diwajibkan berpakaian rapi, bersepatu sesuai dengan norma-norma kesopanan, kepantasan, dan ketentuan yang berlaku
 - p. Selama mengikuti perkuliahan mahasiswa dilarang melakukan aktivitas yang dapat mengganggu jalannya perkuliahan dan ketenangan mahasiswa lain
 - q. Dosen memberi peringatan kepada mahasiswa yang mengganggu perkuliahan dan berhak mengeluarkan mahasiswa yang bersangkutan dari ruang perkuliahan apabila mahasiswa tetap mengganggu jalannya perkuliahan
 - r. Mahasiswa yang karena keperluan yang sangat mendesak terpaksa meninggalkan tempat perkuliahan pada waktu perkuliahan berlangsung wajib meminta izin kepada dosen
6. Ujian
- a. Dalam satu semester tiap mata kuliah diwajibkan menyelenggarakan sekurang-kurangnya dua kali ujian, yaitu ujian tengah semester(UTS) dan ujian akhir semester (UAS)

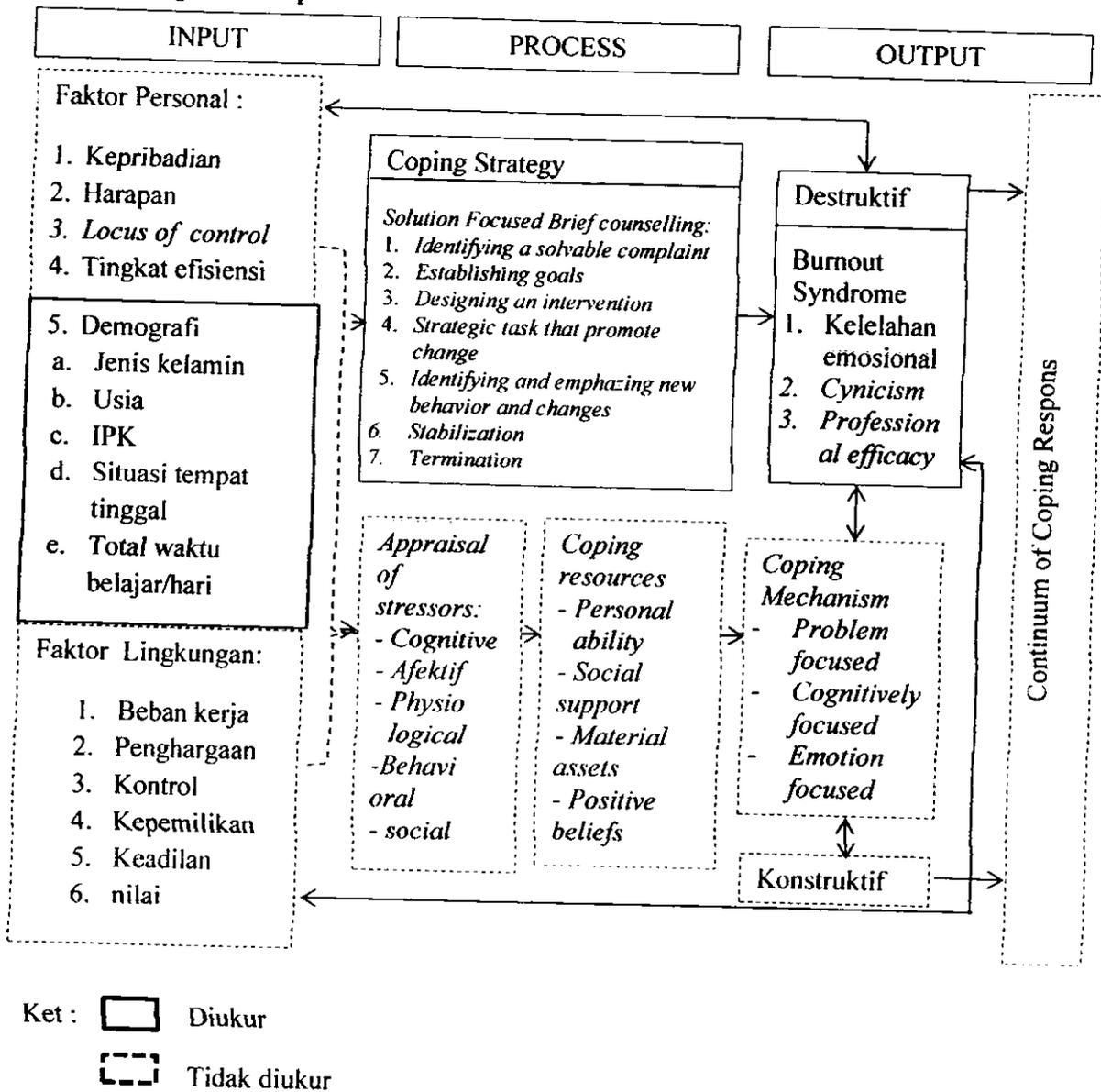
- b. Selain UTS dan UAS dosen mata kuliah dapat memberikan quiz pada semester tersebut
- c. Ujian tengah semester dan ujian akhir semester dilaksanakan oleh dosen mata kuliah yang bersangkutan sesuai dengan jadwal pada ketentuan kalender akademik
- d. Dosen harus mengumumkan nilai hasil quiz atau ujian selambat-lambatnya satu minggu setelah quiz atau ujian dilaksanakan
- e. Pengecekan kebenaran nilai quiz dan ujian oleh mahasiswa kepada dosen harus dilaksanakan selambat-lambatnya dalam 2 hari
- f. Mahasiswa diperbolehkan mengikuti ujian akhir semester suatu mata kuliah jika telah mengikuti sekurang-kurangnya 70% dari seluruh jam tatap muka yang terjadwal pada semester yang bersangkutan
- g. Mahasiswa yang berhalangan mengikuti ujian dalam waktu yang telah ditentukan harus memberitahukan secara tertulis.
- h. Mahasiswa yang tidak mengikuti ujian sesuai dengan jadwal karena suatu alasan yang sah berhak diberi ujian susulan sesuai jadwal
- i. Mahasiswa peserta ujian harus sudah siap diluar ruangan ujian sebelum ujian dimulai dan tidak diperkenankan memasuki ruangan ujian sebelum dipersilahkan oleh pengawas ujian
- j. Ujian diawasi oleh dosen mata kuliah dibantu oleh asisten atau pengawas lain yang ditunjuk oleh fakultas atau tim ujian akhir semester.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL &
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh Solution Focused Brief Counselling (SFBC) Dalam Mencegah *Burnout Syndrome* Pada Mahasiswa Keperawatan Semester Akhir : Konsep *Maslach Burnout Inventory* (2001) dan *Stress Adaptation Model Of Stuart* (2005)

Berdasarkan Gambar 3.1 Sumber stress dapat diklasifikasikan menjadi faktor personal dan atau faktor lingkungan. Faktor personal diantaranya kepribadian, harapan, demografi, locus of control dan tingkat efisiensi. Faktor lingkungan yang berperan diantaranya adalah beban kerja, penghargaan, control, kepemilikan, keadilan, nilai (Cavus, 2010). Beberapa faktor personal yang dapat dialami oleh mahasiswa keperawatan diantaranya demografi antara lain usia, jenis kelamin, nilai kumulatif indeks prestasi, situasi tempat tinggal, dan total waktu untuk belajar (Baker, 2012). Menurut Cheryl (2000) yang menjadi stressor dalam pendidikan medis adalah perubahan gaya hidup yang dramatis, beban kerja yang tinggi, keinginan untuk menjadi lebih unggul, kurangnya kontrol/ otonomi, tanggung jawab terhadap pasien, resiko infeksi, terbatasnya *support system*, kurangnya praktik klinik, tuntutan dan tekanan waktu dll. Stressor lingkungan yang berasal dari lingkungan pembelajaran antara lain beban kerja akademik (ujian, tugas, dan kompetensi klinik).

Stressor appraisal merupakan pemahaman dan penerimaan stressor yang dialami individu. Yang terdiri dari kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan respon sosial. Terdapat tiga jenis respon kognitif yaitu *Harm/ Loss*, dimana stress sudah dialami, lalu ancaman, dimana stress sudah diantisipasi dan Tantangan dimana individu berfokus pada potensi yang bisa didapatkan ketika terjadi stress. Respon afektif lebih mengarah kepada emosi individu ketika mendapatkan stressor, seperti reaksi cemas, kebahagiaan, kesedihan, ketakutan, marah, penerimaan, ketidakpercayaan, antisipasi dan terkejut. Respon fisiologis mengikut sertakan kerja hormon dan neurotransmitter dalam otak sehingga mempengaruhi system saraf simpatis. Respon perilaku terbentuk dari repon kognitif dan emosi, terdapat

4 fase, melarikan diri, mengubah kondisi eksternal, mempertahankan diri terhadap emosi yang tidak menyenangkan, dan penyesuaian internal. Respon sosial yang dilakukan individu ketika terjadi stress adalah mencari pemahaman, mencari faktor yang berkontribusi dan membandingkan.

Sumber koping menentukan pemilihan strategi yang diambil individu dalam menghadapi stress. Terdiri dari kemampuan personal dalam menghadapi stress, dukungan sosial, asset materi/ keuangan, keyakinan positif/ motivasi.

Mekanisme koping didefinisikan sebagai segala upaya yang digunakan untuk mengelola stress (Stuart & Laraia, 2005 :68). Terdapat tiga jenis yaitu mekanisme koping yang berfokus pada problem, individu akan mengatasi dengan mempelajari cara-cara atau keterampilan yang baru. Mekanisme koping fokus emosi. Digunakan untuk mengatur respon emosional terhadap stress. Mekanisme koping fokus kognitif yaitu berusaha mengontrol problem dan berusaha menetralsirnya, seperti dengan melakukan perbandingan positif, substitusi reward dan mengurangi obyek yang diinginkan (Stuart & Laraia :2005:68).

Mekanisme koping dapat berupa koping yang konstruktif atau destruktif. Koping konstruktif akan muncul jika individu melihat kecemasan atau stressor yang dihadapinya sebagai tanda peringatan sehingga individu tersebut menghadapinya sebagai kesempatan untuk memecahkan masalah Umumnya, jika sekali koping konstruktif ini digunakan dan berhasil maka koping ini akan terus digunakan untuk menghadapi stressor yang datang berikutnya. Koping destruktif merupakan mekanisme individu untuk menghindari stressor tanpa adanya penyelesaian masalah (Stuart & Laraia, 2005 :68). Mekanisme koping destruktif

seperti melarikan diri dari kenyataan atau situasi stress yang bentuknya seperti sikap apatis, kehilangan semangat atau perasaan tak berdaya, minum-minuman keras atau mengkonsumsi obat-obatan terlarang, mencela diri sendiri atau menilai negatif diri sendiri

Dalam menghadapi sumber stress diperlukan adanya coping strategi, salah satu cara dengan *Solution Focused Brief counselling*. Terdiri atas 7 Sesi yaitu: *Identifying a solvable complaint*: Mengidentifikasi keluhan yang bisa dipecahkan, *Establishing goals*: Menetapkan tujuan melanjutkan proses konseling,, *Designing an intervention*: merancang intervensi, *Strategic task that promote change*: Tugas strategis yang mempromosikan perubahan. *Identifying dan emphazing new behavior and changes*: identifikasi dan penekanan pada perubahan perilaku baru, *Stabilization*; mengkonsolidasikan keuntungan dan secara bertahap beralih perspektif ke arah yang lebih efektif dan penuh harapan dan *Termination*: Pengakhiran konseling

Teknik dalam Konseling ini adalah *Pretherapy change* yang bertujuan untuk mengurangi ketergantungan klien terhadap terapis dan lebih mengutamakan sumber diri untuk mencapai tujuan. *Exception questions* mengarahkan klien kembali ke waktu dimana tidak ada masalah. *The miracle question* memberikan kesempatan klien untuk mengemukakan hidup tanpa masalah, melibatkan fokus terhadap masa depan. *Scalling question* untuk melihat terjadinya kemajuan. *Homework* untuk mengetahui peristiwa yang ingin terjadi di masa mendatang. Dan yang terakhir *Summary/ Feedback* terapis menunjukkan kekuatan utama klien yang telah didemostrasikan.

Penelitian ini menggunakan teori Maslach Burnout Inventory yang dikembangkan sejak tahun 1981 oleh Maslach dan model stress adaptasi dari Stuart untuk mengetahui pengaruh *Solution Focused Brief counselling* dalam mencegah *burnout syndrome*.

3.2 Hipotesa Penelitian

H0: Tidak Ada pengaruh *Solution Focused Brief counselling* dalam mencegah *burnout syndrome*

H1: Ada pengaruh *Solution Focused Brief counselling* dalam mencegah *burnout syndrome*

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian quasi experiment dengan pendekatan *Randomize Control-Group Pretest-Posttest Design*. Penelitian ini terdiri dari dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok perlakuan. Dua kelompok tersebut diberikan pre-test untuk melihat kondisi awal sebelum perlakuan.

Selanjutnya, kelompok eksperimen diberikan perlakuan yaitu dengan memberikan *solution focused brief counselling* yang bertujuan untuk mengatasi *burnout* pada mahasiswa. Kelompok kedua, yaitu kelompok kontrol diberikan perlakuan berupa motivasi dari dosen selama perkuliahan dan dipantau sebagai kelompok pembanding dari kelompok eksperimen. Secara grafis, desain penelitian *Randomize Control-Group Pretest-Posttest Design* digambarkan sebagai berikut:

Tabel 4.1 Desain penelitian quasi experiment (Nursalam, 2013)

Subyek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan

- X-A : Subjek (mahasiswa keperawatan yang mengalami *burnout*)
Perlakuan
X-B : Subjek (mahasiswa keperawatan yang mengalami *burnout*)
kontrol
O : observasi pre intervensi Kelompok kontrol & perlakuan
I : Intervensi selama 7 minggu
O1 (A+B) : Observasi setelah diberikan intervensi (kelompok kontrol dan kelompok perlakuan)

4.2 Populasi, sampel, dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi terjangkau adalah populasi yang memiliki kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya, (Nursalam, 2013) populasi dalam penelitian ini adalah seluruh mahasiswa keperawatan semester akhir di Fakultas Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep sebanyak 72 mahasiswa.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah mahasiswa keperawatan semester akhir di Fakultas Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep yang memenuhi kriteria inklusi. Sampel di bagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok kontrol (motivasi dari dosen selama perkuliahan) dan kelompok pelakuan (yang mendapatkan perlakuan *solution focused brief counselling*).

1) Kriteria inklusi merupakan persyaratan yang harus ada pada subjek yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah :

1. Mengalami kelelahan emosional sedang – berat
2. Mengalami *cynicism* sedang – berat
3. Mengalami *professional efficacy* sedang – berat
4. Bersedia menjadi responden dengan menanda tangani lembar persetujuan penelitian

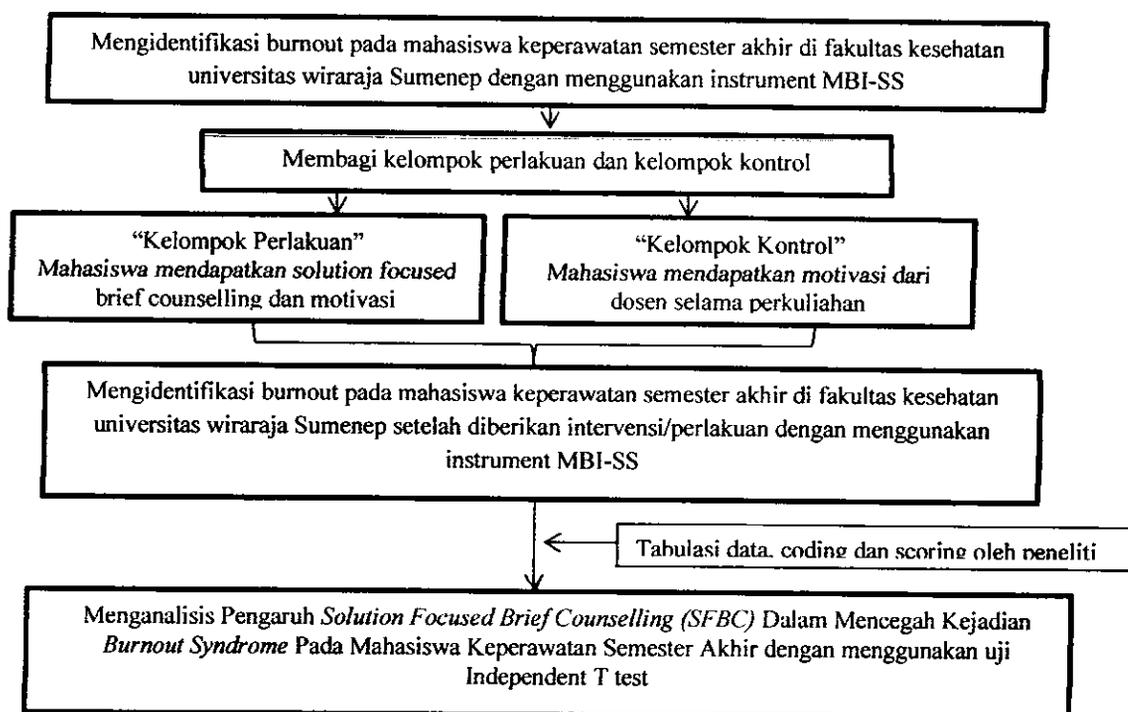
2) Kriteria eksklusi merupakan prasyarat yang tidak boleh ada pada subjek yang diikuti sertakan dalam penelitian ini adalah :

1. Mengalami gangguan fisik atau sakit
2. Tidak hadir saat sesi terapi
3. Bukan mahasiswa regular
4. Mahasiswa semester akhir yang mengulang semester

4.2.3 Sampling

Sampling digunakan untuk menentukan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan, teknik sampling yang digunakan adalah *simple random sampling* yaitu setiap elemen diseleksi secara acak

4.3 Kerangka Operasional Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Pengaruh *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* Dalam Mencegah Kejadian *Burnout Syndrome* Pada Mahasiswa Keperawatan Semester Akhir

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi operasional

4.4.1 Variabel Penelitian

4.4.1.1 Variabel bebas (Variabel independen)

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pemberian *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*

4.4.1.2 Variabel tergantung (variabel dependen)

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Kejadian *burnout syndrome*

4.4.2 Definisi operasional

Tabel 4.2 Definisi operasional penelitian Pengaruh *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* Dalam Mencegah Kejadian *Burnout Syndrome* Pada Mahasiswa Keperawatan Semester Akhir

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala data	Skor	Klasifikasi
Variabel independen: pemberian <i>Solution Focused Brief Counselling (SFBC)</i>	Pemberian intervensi berupa konseling dimana Konselor mengajak konseli untuk menemukan solusi untuk permasalahannya	Terdiri dari 7 sesi dengan waktu 30-40 menit/sesi 1. <i>Establishing Rapport</i> 2. <i>Identifying a Solvable Complaint</i> 3. <i>Establishing Goals -exception questions -miracle questions</i> 4. <i>designing intervention -Scalling questions - homework</i> 5. <i>Identifying & emphasizing new behavior & changes</i> 6. <i>feedback</i> 7. <i>termination</i>	Lembaran observasi	Nominal	1 : Dilakukan 2: Tidak dilakukan	
Variabel dependen: Dimensi <i>burnout syndrome</i>	Kondisi kejenuhan yang diakibatkan stress yang tidak teratasi	1. Emotional Exhaustion 2. Cynicism 3. professional Efficacy	MBI-SS	Interval	1-90	Burnout 1. Berat (61-90) 2. Sedang (31-60) 3. Ringan (1-30)
Emotiona	Kondisi perasaan	5 buah pertanyaan	MBI-	Interval	5-30	Emotional exhaustion:

<i>l exhaustion</i>	yang muncul sebagai respon terhadap beban dan tugas yang melebihi kemampuan mahasiswa	yang berkaitan dengan respon emosional yang meliputi: 1. Kegiatan yang menguras emosi 2. Keletihan pada akhir hari 3. Kelelahan perasaan 4. Perasaan tegang dan ketidaknyamanan 5. Kejenuhan	SS				1. Berat (22-30) 2. Sedang (14-21) 3. Ringan (5-13)
<i>Cynicism</i>	Sikap penilaian negative terhadap lingkungan sebagai akibat dari kelelahan fisik dan emosional	Empat pertanyaan tentang sikap mahasiswa yang berkaitan dengan jurusan yang diambil, meliputi: 1. Ketertarikan terhadap jurusan 2. Antusiasme dalam belajar 3. Perasaan sinis terhadap kuliah yang diterima 4. Keraguan manfaat	MBI-SS	Interval	3-24		<i>Cynicism</i> 1. Berat (16-24) 2. Sedang (8-15) 3. Ringan (3-7)
<i>Professional Efficacy</i>	Penilaian terhadap kemampuan diri berkaitan dengan jurusan yang diambil mahasiswa	Pernyataan tentang kondisi kemampuan mahasiswa yang meliputi tentang: 1. Kemampuan menyelesaikan masalah 2. Kontribusi di dalam kelas 3. Pandangan terhadap diri 4. Perasaan ketika mencapai tujuan 5. Ketertarikan terhadap kuliah 6. Kepercayaan diri terhadap kemampuan	MBI-SS	Interval	0-36		<i>Professional Efficacy</i> 1. Baik (0-12) 2. Cukup (13-25) 3. Kurang (26-36)

4.5 Alat dan Bahan Penelitian

Penelitian ini membutuhkan bahan penelitian antara lain: alat tulis, lembar kuesioner, dan tempat yang nyaman untuk responden pada saat sesi konseling. Peneliti berkolaborasi dengan konselor yang berpengalaman untuk melaksanakan terapi.

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan lembar kuisioner MBI –SS yang dimodifikasi dari MBI-GS oleh Schaufeli . Terdiri dari 14 item dengan rincian tiap dimensi sebagai berikut: kelelahan = 5 item, sinisme = 4 item, efikasi professional = 6 item.

Skor yang digunakan adalah 0= tidak pernah, 1= jarang sekali, 2= jarang, 3= kadang-kadang, 4= sering, 5= sering sekali, 6=selalu. Setelah dilakukan penyekoran pada setiap jawaban, skor dijumlah pada masing-masing dimensi, kemudian dilakukan penilaian dengan kriteria penilaian sebagai berikut: interpretasi dan rentang skor untuk kelelahan emosional adalah Berat (22-30), Sedang (14-21), Ringan (5-13). Dimensi Cynicism adalah Berat (16-24), Sedang (8-15), Ringan (3-7). Kemudian untuk dimensi Profesional Efficacy, Baik (0-12), Cukup (13-25), Kurang (26-36)

4.7 Uji Instrumen

1) uji validitas

Uji validitas pada penelitian ini menggunakan 2 cara yaitu uji validitas isi dan uji validitas standar. Uji validitas isi dilakukan dengan konsultasi kepada para pakar bidang keperawatan manajemen berkenaan dengan isi dan kedalaman pertanyaan yang pada hal ini dilakukan pada pembimbing, sedangkan uji validitas standar dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan adalah *korelasi Pearson Product Moment* dengan membandingkan nilai r kritis dan r hitung. Pernyataan dinyatakan valid jika lebih nilai r kritis

(0,3). Pengujian validitas instrumen pada penelitian ini dilakukan terhadap 10 responden. Hasil pengujian validitas dan reabilitas terlampir.

2) uji reliabilitas

Uji reliabilitas item instrumen diuji dengan menggunakan uji *Cronbach Alpha*. Prinsip pengujian pada *Cronbach Alpha* adalah membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Jika nilai r *Cronbach Alpha* \geq nilai r tabel maka pernyataan tersebut reliabel, sebaliknya jika nilai r *Cronbach Alpha* \leq nilai r tabel maka pernyataan tersebut tidak reliabel. Kuesioner telah diuji reabilitas dengan perolehan nilai r *Cronbach Alpha* untuk instrumen *Maslach Burnout Inventory-student survey* = 0.98 maka pernyataan tersebut reliabel.

4.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.8.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Fakultas Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep

4.8.2 Waktu penelitian

Pengambilan data pada penelitian ini dilaksanakan pada bulan April – Mei 2015

4.9 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian dengan kuisisioner, ada beberapa langkah yaitu:

4.9.1 Prosedur adminitrasi:

1. Setelah mendapatkan surat izin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan dilanjutkan perizinan ke Fakultas Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep.

2. Melakukan sosialisasi rencana penelitian kepada kaprodi keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep.

4.9.2 Prosedur pelaksanaan:

1. Mempersiapkan tenaga konselor yang berpengalaman dan bersertifikat dalam teknik konseling SFBC
2. Menjelaskan prosedur pengisian kuisisioner burnout MBI-SS pada populasi
3. Melakukan pemilihan responden sesuai dengan kriteria inklusi.
4. Melakukan sampling secara acak dan membagi dua kelompok
5. Peneliti memberi penjelasan tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian dan prosedur penelitian
6. Peneliti meminta kesediaan responden untuk menanda tangani lembaran informed consent bagi responden yang mau ikut serta dan tidak ada paksaan.
7. Mengambil data demografi responden
8. Melakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* pada kelompok perlakuan dan motivasi diberikan oleh dosen selama perkuliahan pada kelompok kontrol
9. Peneliti Melakukan penilaian burnout setelah pemberian tindakan pada kedua kelompok

4.10 Agenda Kegiatan

Tabel 4.3 Time table pelaksanaan penelitian Pengaruh *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* Dalam Mencegah Kejadian *Burnout Syndrome* Pada Mahasiswa Keperawatan Semester Akhir tahun 2015

No	Kegiatan	Bulan											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Bimbingan dan												

	penyusunan Bab 1-4																		
2	<i>Ethical Clearance</i>																		
3	Membuat program <i>treatment</i> konseling berfokus solusi																		
4	Pelaksanaan Pelaksanaan penelitian, <i>treatment</i> dan pengumpulan data																		
5	Pengolahan dan analisis data																		
7	Pembuatan laporan penelitian																		
8	Masa pembimbingan																		
9	Penyempurnaan laporan penelitian																		
10	Penggandaan laporan penelitian																		

4.11 Pengolahan Analisis Data

4.10.1 Pengolahan Data

Data dikumpulkan kemudian dilakukan proses pengolahan data yang dimulai dengan editing untuk memeriksa kembali data yang terkumpul dan coding yaitu memberikan kode tertentu pada setiap data sehingga memudahkan dalam melakukan analisa data, scoring yaitu mengelompokkan data berdasarkan skor tertentu sesuai kriteria penilaian dalam *MBI* yaitu skor dijumlah pada masing-masing dimensi, kemudian dilakukan penilaian dengan kriteria penilaian sebagai berikut: interpretasi dan rentang skor untuk kelelahan emosional adalah Berat (22-30), Sedang (14-21), Ringan (5-13). Dimensi

Cynicism adalah Berat (16-24), Sedang (8-15), Ringan (3-7). Kemudian untuk dimensi Professional Efficacy, Berat (10-19), Sedang (20-27), Ringan (28-36) Professional Efficacy, Baik (0-12), Cukup (13-25), Kurang (26-36). Tahap lanjutan adalah entry data dan tabulasi data.

4.8.2 Analisis data

Hasil pengolahan data akan dianalisis dengan bantuan perangkat lunak SPSS. Analisis data dalam penelitian ini dengan tahapan sebagai berikut :

1. Analisis deskriptif

Analisis deskriptif bertujuan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis univariat dalam penelitian ini berbentuk data kategorik dan untuk mendeskripsikan variabel demografi mahasiswa yang terdiri dari jenis kelamin, usia, IPK, situasi tempat tinggal dan total waktu belajar mahasiswa.

2. Analisis analitik

Data yang diperoleh dari pengukuran burnout diolah Secara statistik analitik menggunakan uji statistik paired T test dan Independent T test, yaitu uji beda untuk data yang berpasangan, karena nilai burnout bersifat interval. Namun untuk mempermudah pengklasifikasian dibuat data ordinal untuk masing-masing dimensi *burnout* Dalam pengambilan kesimpulan statistik dalam penelitian ini menggunakan derajat kepercayaan 5% ($\alpha = 0,05$). “ Jika nilai $p < \alpha$, maka H_0 ditolak dan jika nilai $p > \alpha$, maka H_0 diterima.

4.12 Etika penelitian

Untuk menjaga etika dalam penelitian dan tidak merugikan responden maka Peneliti mengikuti uji laik etik dan telah mendapat sertifikat layak etik dari

LPPM Universitas Airlangga. Peneliti di dalam penelitian ini sangat menjunjung tinggi prinsip-prinsip etik. Secara umum prinsip etika dalam penulisan/pengumpulan data dapat dibedakan menjadi 3 bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai hak- hak subjek, dan prinsip keadilan.

1. Inform consent

Sebelum menjadi responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah responden mengerti maksud dan tujuan dari penelitian ini maka responden menandatangani lembaran persetujuan.

2. Anominity

Di dalam surat pengantar penelitian dijelaskan bahwa nama responden tidak harus dicantumkan. Peneliti akan memberikan kode pada lembaran yang diisi oleh responden.

3. Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden selalu dijamin kerahasiannya oleh peneliti.

4. Beneficiency dan non maleficiency

Penelitian ini mengutamakan manfaat dan tidak merugikan responden. Intervensi diberikan semata mata untuk memberi manfaat pada responden dan tidak menyebabkan cedera melainkan manfaat.

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5**HASIL DAN ANALISA PENELITIAN****5.1 Gambaran Umum Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep**

Tempat pengambilan data untuk penelitian ini adalah Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja. Universitas Wiraraja merupakan salah satu perguruan tinggi swasta yang berada di ujung paling timur pulau Madura. Universitas Wiraraja saat ini memiliki 7 fakultas dengan 11 Program Studi. Fakultas Ilmu Kesehatan memiliki 3 program studi yaitu Prodi Ilmu Keperawatan, Prodi D3 Kebidanan dan Prodi Ners.

Visi Program Studi Ilmu Keperawatan adalah terwujudnya program studi S1 Keperawatan yang universal, berkualitas, berbasis riset, dan berdaya saing , sedangkan misi Program Studi Ilmu Keperawatan adalah 1) menyelenggarakan pendidikan tinggi yang terjangkau untuk seluruh lapisan masyarakat. 2) menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi dalam bidang keperawatan yang relevan dengan kebutuhan dunia kerja. 3) menghasilkan lulusan yang memiliki kemampuan kritis dalam memberikan asuhan (*Evidence Based Practice*) dan mengembangkan ilmu keperawatan. 4) menghasilkan lulusan yang memiliki kompetensi global dan mampu bersaing ditingkat nasional.

Kondisi *burnout* pada mahasiswa di program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep belum pernah diidentifikasi sebelumnya. Kondisi *burnout* bisa diatasi dengan cara: *cognitive behavioral training*, *communication training*, konseling, supervise, pemberian dukungan sosial dan latihan relaksasi. Dari intervensi diatas belum pernah

dilakukan sebelumnya oleh dosen pembimbing akademik, selama ini jika ada mahasiswa bermasalah diselesaikan oleh pembimbing akademik dengan memberikan motivasi dan dukungan sosial. Ruang konseling belum tersedia dan kegiatan konseling belum berjalan dengan optimal.

5.2 Data Umum

1. Karakteristik Responden

Sampel penelitian ini adalah Mahasiswa semester akhir (semester 8) Program Studi S1 Keperawatan berjumlah 40 orang meliputi :

Tabel 5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Umur		
18 – 19 Thn	0	0 %
20 – 21 Thn	2	5 %
≥ 22 Thn	38	95 %
Total	40	100 %
Jenis kelamin		
Laki-Laki	32	80 %
Perempuan	8	20 %
Total	40	100 %
IPK		
Memuaskan (2,00 – 2,75)	7	17.5 %
Sangat memuaskan (2,76 – 3,50)	25	62.5 %
Dengan Pujian (3,51 – 4,00)	8	20 %
Total	40	100 %
Total Waktu Belajar/hari		
0-2 Jam/hari	7	17.5 %
3-4 Jam/hari	33	82.5 %
≥ 5 Jam/hari	0	0%
Total	40	100 %
Tempat Tinggal		
Kos	18	45 %
Rumah	22	55 %
Total	40	100 %
Jarak rumah/kos dengan kampus		
≤ 2 Km	10	25%
≥ 3 Km	30	75%
Total	40	100%

Distribusi Data Responden Berdasarkan Karakteristik Mahasiswa

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan umur menunjukkan hampir seluruh responden berusia ≥ 22 tahun. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan hampir seluruh responden berjenis kelamin laki-laki. Usia merupakan salah satu variabel yang paling berhubungan dengan *burnout*. Maslach mengungkapkan bahwa seseorang yang berusia lebih muda mengalami *burnout* yang lebih tinggi dibanding seseorang yang berusia lebih dari 30 atau 40 tahun. Usia diartikan sebagai pengalaman kerja sehingga *burnout* muncul sebagai risiko awal dari karir seseorang. Berdasarkan jenis kelamin antara pria dan wanita, belum ada penelitian yang menunjukkan perbedaan yang jelas. Satu-satunya perbedaan yang konsisten ditemukan adalah pria cenderung mengalami depersonalisasi sedangkan wanita cenderung mengalami kelelahan emosional

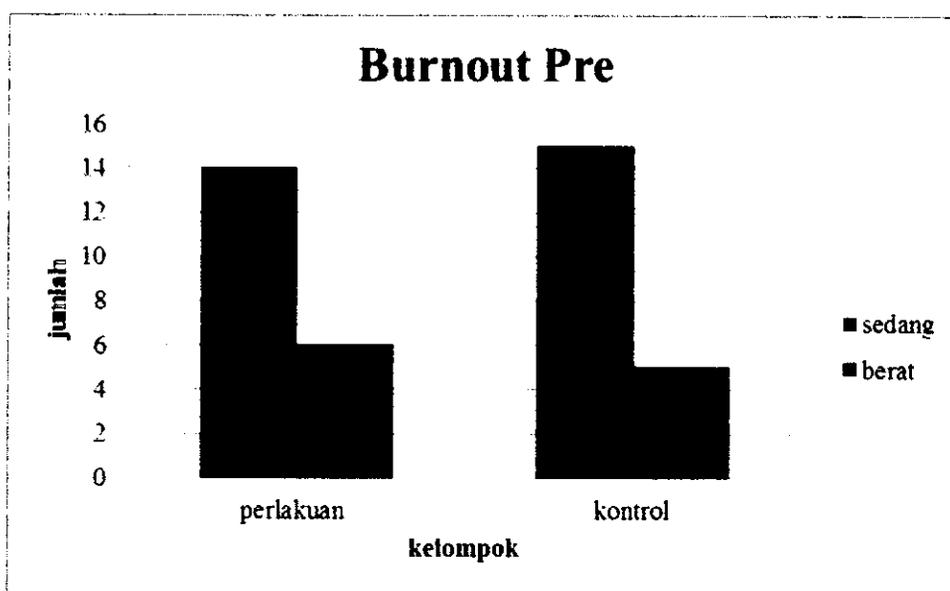
Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan Indeks Prestasi Kumulatif (IPK) menunjukkan sebagian besar mahasiswa memiliki predikat sangat memuaskan. Karakteristik responden berdasarkan Total waktu belajar per hari menunjukkan hampir seluruh mahasiswa memiliki waktu belajar 3-4 jam/ hari. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat *burnout*. Hal ini dimungkinkan karena seseorang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, bekerja dengan tanggung jawab yang lebih besar dan tingkat stress yang tinggi. Atau dimungkinkan juga bahwa orang yang berpendidikan memiliki ekspektasi yang lebih tinggi terhadap pekerjaannya dan mereka menjadi lebih *distressed* saat ekspektasi tidak terealisasi. Setiap individu memiliki ekspektasi yang beragam dalam pekerjaan mereka. Harapan yang tinggi mendorong individu untuk bekerja terlalu keras dan berbuat terlalu banyak

sehingga menyebabkan kelelahan dan sinisme ketika upaya yang dilakukan tidak memberikan hasil yang diharapkan.

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa Karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal menunjukkan sebagian besar responden tinggal di rumah sendiri bersama orangtua. Karakteristik responden berdasarkan jarak tempat tinggal dengan kampus menunjukkan sebagian besar responden memiliki rumah/kos dengan jarak ≥ 3 Km dari kampus. Kondisi lingkungan atau tempat tinggal yang terlalu jauh menyebabkan seseorang lebih mudah mengalami kelelahan fisik.

5.3 Data Khusus

5.3.1 Identifikasi kejadian *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*



Sumber Data Primer

Gambar 5.1 Kejadian *Burnout* Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep sebelum dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* pada bulan April – Juni 2015

Gambar 5.1 menjelaskan kejadian *burnout* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*. Mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan sebagian besar mengalami *burnout* sedang. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar responden mengalami *burnout* sedang. Dimana jumlah mahasiswa yang mengalami *burnout* sedang lebih banyak pada kelompok kontrol dibandingkan kelompok perlakuan. *Burnout* merupakan kelelahan yang disebabkan karena individu bekerja keras, merasa bersalah, merasa tidak berdaya, merasa tidak ada harapan, kesedihan yang mendalam, merasa malu, menghasilkan perasaan lelah dan tidak nyaman, yang pada gilirannya meningkatkan rasa kesal. Apabila hal itu terjadi dalam jangka panjang maka individu tersebut akan mengalami kelelahan karena telah berusaha memberikan sesuatu secara maksimal namun memperoleh apresiasi yang minimal.

5.3.1.1 *Emotional Exhaustion* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Tabel 5.2 *Emotional Exhaustion* Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep sebelum dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* pada bulan April – Juni 2015

No	Kelompok	Kategori						Total	%
		Berat	%	Sedang	%	Ringan	%		
1.	Perlakuan	12	60	8	40	0	0	20	100%
2.	Kontrol	17	85	3	15	0	0	20	100%

Sumber Data Primer

Tabel 5.2 menjelaskan *Emotional Exhaustion* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan sebagian besar mengalami *emotional exhaustion* berat. Sedangkan pada kelompok kontrol hampir seluruh responden mengalami *emotional exhaustion* berat. Kelelahan emosional merupakan inti dari sindrom *burnout*. Kelelahan emosional ditandai dengan terkurasnya sumber-sumber emosional, misalnya perasaan frustrasi, putus asa, sedih, dan tidak berdaya, tertekan, mudah tersinggung dan mudah marah tanpa alasan yang jelas.

5.3.1.2 *Cynicism* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Tabel 5.3 *Cynicism* Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep sebelum dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* pada bulan April – Juni 2015

No	Kelompok	Kategori						Total	%
		Berat	%	Sedang	%	Ringan	%		
1.	Perlakuan	13	65	7	35	0	0	20	100%
2.	Kontrol	11	55	9	45	0	0	20	100%

Sumber Data Primer

Tabel 5.3 menjelaskan *Cynicism* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan sebagian besar mengalami *cynicism* berat. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar responden mengalami *cynicism* berat. *Cynicism* merupakan dimensi *burnout* yang ditandai dengan sikap sinis, cenderung menarik diri dari dalam lingkungan. Ketika seseorang merasakan *cynicism* (sinis), mereka cenderung dingin, menjaga jarak, cenderung tidak ingin terlibat dengan lingkungan. *Cynicism* juga merupakan cara untuk terhindar dari rasa kecewa

5.3.1.3 *Professional Efficacy* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Tabel 5.4 *Professional Efficacy* Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep sebelum dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* pada bulan April – Juni 2015

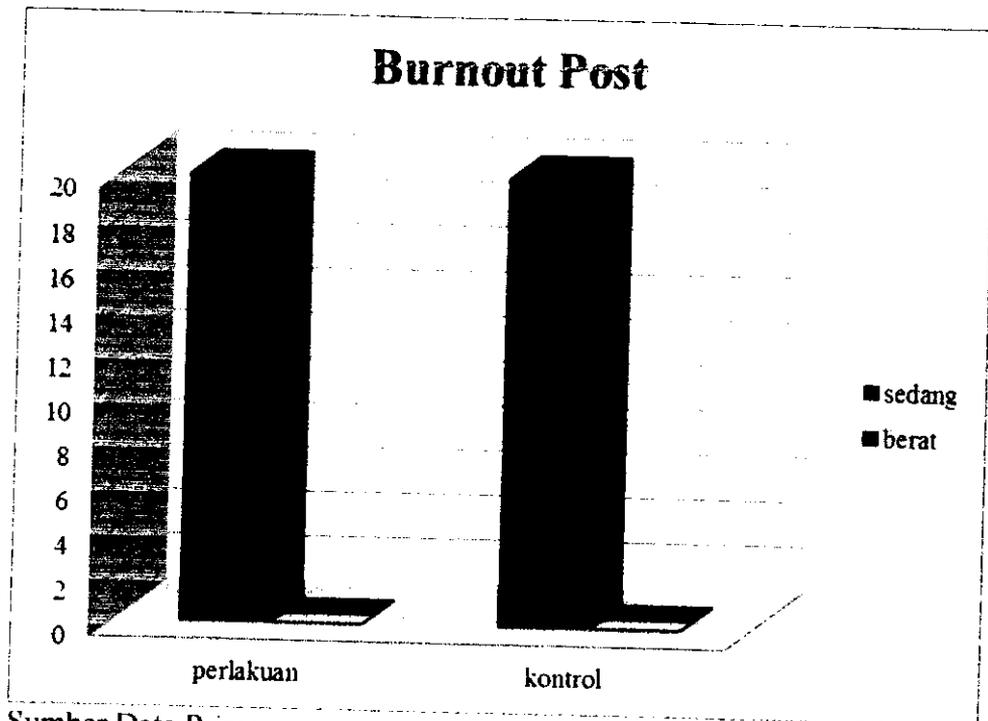
No	Kelompok	Kategori						Total	%
		Baik	%	Sedang	%	Kurang	%		
1.	Perlakuan	0	0	19	95	1	5	20	100%
2.	Kontrol	2	10	17	85	1	5	20	100%

Sumber Data Primer

Tabel 5.4 menjelaskan *Professional Efficacy* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan hampir seluruh responden memiliki *professional efficacy* yang sedang. Sedangkan untuk kelompok kontrol hampir seluruhnya memiliki *professional efficacy* yang sedang. Keberhasilan profesional digunakan untuk menjelaskan suatu kepuasan atas pencapaian di masa lalu dan di masa sekarang. Dimensi ini lebih berfokus pada harapan dan *skill* atau kompetensi seseorang dalam melakukan sesuatu.

5.3.2 Identifikasi kejadian *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*



Sumber Data Primer

Gambar 5.2 Kejadian *Burn Out* Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep setelah diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* pada bulan April – Juni 2015

Gambar 5.2 menjelaskan kejadian *burnout* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan dan kontrol seluruhnya mengalami *burnout* sedang. Namun pada masing-masing dimensi terdapat perbedaan. *Burnout* lebih mengarah kepada proses dibandingkan dengan bagian dari pikiran. Setiap proses menggambarkan tanda

5.3.2.1 *Emotional Exhaustion* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Tabel 5.5 *Emotional Exhaustion* Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep setelah dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* pada bulan April – Juni 2015

No	Kelompok	Kategori						Total	%
		Berat	%	Sedang	%	Ringan	%		
1.	Perlakuan	1	5	19	95	0	0	20	100%
2.	Kontrol	12	60	8	40	0	0	20	100%

Sumber Data Primer

Tabel 5.5 menjelaskan *Emotional Exhaustion* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan hampir seluruhnya mengalami *emotional exhaustion* sedang. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar mengalami *emotional exhaustion* berat. Terdapat perbedaan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol, namun kelompok perlakuan mengalami penurunan skor *emotional exhaustion*, dan kelompok kontrol mengalami peningkatan skor *emotional exhaustion*.

5.3.2.2 *Cynicism* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Tabel 5.6 *Cynicism* Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep setelah dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* pada bulan April – Juni 2015

No	Kelompok	Kategori						Total	%
		Berat	%	Sedang	%	Ringan	%		
1.	Perlakuan	0	0	15	75	5	25	20	100%
2.	Kontrol	20	100	0	0	0	0	20	100%

Sumber Data Primer

Tabel 5.6 menjelaskan *Cynicism* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan sebagian besar mengalami *cynicism* sedang. Sedangkan pada kelompok kontrol Seluruh Mahasiswa mengalami *cynicism* berat. Terdapat perbedaan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol, namun jumlah responden dalam kelompok perlakuan yang sebelumnya mengalami *cynicism* berat mengalami perubahan menjadi sedang dan ringan, dan kelompok kontrol mengalami peningkatan *cynicism*.

5.3.2.3 *Professional Efficacy* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Tabel 5.7 *Professional Efficacy* Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep setelah dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* pada bulan April – Juni 2015

No	Kelompok	Kategori						Total	%
		Baik	%	Sedang	%	Kurang	%		
1.	Perlakuan	0	0	20	100	0	0	20	100%
2.	Kontrol	5	25	15	75	0	0	20	100%

Sumber Data Primer

Tabel 5.7 menjelaskan *Professional Efficacy* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah dilakukan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.

Seluruh mahasiswa pada kelompok perlakuan memiliki *professional efficacy* yang sedang. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar mahasiswa memiliki *professional efficacy* yang sedang. Jumlah mahasiswa yang memiliki *professional efficacy* sedang hampir sama dengan sebelum intervensi.

5.3.3 Analisis Pengaruh Variabel Penelitian

1. Analisis pengaruh *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* dalam mencegah *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir

Tabel 5.8 Pengaruh *Solution Focused Brief Counselling* dalam Mencegah *Burnout Syndrome* pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep pada bulan April – Juni 2015

No	Variabel	Uji	Perlakuan	Kontrol	Independent T test
1.	Burnout	Pre test	($\bar{X} \pm SD$) 56,85 ± 7,74	($\bar{X} \pm SD$) 56,85 ± 5,94	t : -3. 683 p: .001
		Post test	($\bar{X} \pm SD$) 45,25 ± 5,34	($\bar{X} \pm SD$) 51,35 ± 5,12	
		Paired T test	t : 11.649 p: .000	t : 13.098 p: .000	
2.	Emotional Exhaustion	Pre test	($\bar{X} \pm SD$) 21,9 ± 5,31	($\bar{X} \pm SD$) 22,6 ± 3,81	t: -5,579 p: .000
		Post test	($\bar{X} \pm SD$) 15,05 ± 3,22	($\bar{X} \pm SD$) 20,75 ± 3,24	
		Paired T test	t : 9,15 p: .000	t : 3,47 p: .003	
3.	Cynicism	Pre test	($\bar{X} \pm SD$) 16,8 ± 3,28	($\bar{X} \pm SD$) 16,7 ± 3,05	t:-13,24 p: .000
		Post test	($\bar{X} \pm SD$) 10,5 ± 2,74	($\bar{X} \pm SD$) 27,7 ± 5,12	
		Paired T test	t: 9,20 p: .000	t: -13,25 p: .000	
4	Professional Efficacy	Pre test	($\bar{X} \pm SD$) 18,15 ± 3,32	($\bar{X} \pm SD$) 17,45 ± 4,24	t: 4,91 p: .000
		Post test	($\bar{X} \pm SD$) 19,7 ± 2,94	($\bar{X} \pm SD$) 14,6 ± 3,52	
		Paired T test	t: -1,78 p: .104	t: 4,8 p: .000	

Sumber data primer

Tabel 5.8 menunjukkan hasil uji *Paired T test* perbedaan *Burnout Syndrome* pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir antara kelompok kontrol dan perlakuan. Pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah intervensi didapatkan $p .000 < 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan

yang signifikan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan. Pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan motivasi oleh dosen pembimbing akademik didapatkan $p .000 < 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan. Hasil uji independent T-test pada kondisi sebelum diberikan intervensi menunjukkan $p 1.000 > 0,05$ sehingga dapat disimpulkan kondisi *burnout* sebelum intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol tidak ada perbedaan atau sama (hasil uji terlampir)

Pada dimensi *emotional exhaustion* kelompok perlakuan didapatkan $p .000 < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan dimensi *emotional exhaustion* sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan. Sama halnya pada kelompok kontrol didapatkan nilai $P .000 < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara dimensi *emotional exhaustion* sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol.

Pada dimensi *Cynicism* kelompok perlakuan didapatkan nilai $p .000 < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan dimensi *cynicism* sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan. Sama halnya pada kelompok kontrol didapatkan nilai $P .003 < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara dimensi *cynicism* sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol.

Pada dimensi *professional Efficacy* kelompok perlakuan didapatkan nilai $p .104 > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan dimensi *Professional Efficacy* sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok perlakuan. Berbeda pada kelompok kontrol dimana nilai $p .000 < 0,05$, sehingga dapat

disimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara dimensi *Professional Efficacy* sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol.

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan nilai F hitung adalah 0,102 dengan probabilitas $0,751 > 0,05$ maka kedua varians populasi adalah homogen. Nilai p dengan probabilitas $0,001 < 0,005$ sehingga H_0 ditolak, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan kejadian *burnout syndrome* pada kelompok kontrol dan perlakuan setelah diberikan *Solution Focused Brief counselling*. Hasil uji *Independent Sample T Test* pada semua dimensi *burnout* (*emotional exhaustion, cynicism, dan professional Efficacy*) didapatkan nilai p $.000 < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan pada kelompok kontrol dan perlakuan setelah diberikan *Solution Focused Brief counselling*.

BAB 6

PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian mengenai Pengaruh *Solution Focused Brief Counselling* dalam Mencegah *Burnout Syndrome* pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir. Hasil penelitian yang dibahas pada bab ini adalah kejadian *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan akhir sebelum diberikan konseling dan setelah diberikan konseling (SFBC). Analisis pengaruh *Solution Focused Brief Counselling* dalam Mencegah *Burnout Syndrome* pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir.

6.1 Kejadian *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan *Solution Focused Brief Counselling* (SFBC)

Pada penelitian ini didapatkan bahwa Mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum diberikan *Solution Focused Brief Counselling* (SFBC). Sebagian besar mengalami *burnout* sedang. Setiap dimensi *burnout* pada masing-masing kelompok berada dalam kategori yang sama.

Pada kelompok perlakuan, sebagian besar responden mengalami *emotional exhaustion* berat, sedangkan pada kelompok kontrol hampir seluruh responden mengalami *emotional exhaustion* berat.

Emotional exhaustion mengarah pada keadaan kegagalan mental dan akal psikologis yang mempengaruhi kuantitas suasana hati, misal mental energy yang berkurang dan terkuras. *Emotional exhaustion* merupakan manifestasi *burnout* yang sering muncul, dan dianggap sebagai dimensi kunci (Te Brake et

al,2008; Peterson et al,2008). Bukti yang ada memberi kesan bahwa *Emotional exhaustion* yang mengawali timbulnya *cynicism* dan pencapaian diri secara independen (Te Brake et al,2008). Sehubungan dengan gangguan tidur (misal: tidur yang sedikit, sering terbangun, dan rendahnya kemampuan untuk tertidur), gangguan tidur pada *burnout* dapat menimbulkan kelelahan dan menjelaskan mengapa seseorang yang mengalami *burnout* merasa mengantuk dan kelelahan mental selama hari kerja dan tidak berkurang saat akhir pekan (Ekstedt et al, 2006).

Emotional exhaustion pada mahasiswa keperawatan semester akhir bisa disebabkan karena tuntutan perkuliahan, dimana pada semester akhir mahasiswa diharuskan menyelesaikan tugas akhir/skripsi dalam waktu 1 semester untuk bisa memperoleh gelar sarjana keperawatan. Dalam waktu yang singkat mahasiswa harus menyelesaikan tugas akhir tersebut, sehingga kegiatan penelitian yang padat menjadi sumber kelelahan tersendiri bagi mahasiswa.

Pada dimensi *cynicism* sebagian besar responden pada kelompok perlakuan maupun kontrol responden mengalami *cynicism* berat.

Cynicism atau depersonalisasi digambarkan sebagai sebuah sikap negative terhadap pekerjaan. Permasalahan ini seringkali muncul mencakup hubungan dengan teman kantor atau klien yang berkaitan dengan berkurangnya respon terhadap komitmen. Namun, beberapa penulis memperdebatkan bahwa *Cynicism* bukan merupakan manifestasi yang khusus, tetapi lebih mengarah kepada koping mekanisme yang mengalami disfungsi terhadap *Emotional*

exhaustion. Disfungsi koping dapat muncul dari mekanisme pertahanan yang berbeda yang mungkin menjelaskan gejala *Cynicism* sebagai proses pertahanan diri atau sebagai perlindungan emosional dalam menghadapi stress kronis (Onder and Basim, 2008). Ketidakberdayaan merupakan gejala kognitif *burnout* pada tingkat individual (Ohue et al, 2011). Pada level interpersonal, *burnout* menunjukkan sebuah sinisme dan persepsi tidak manusiawi, pandangan negative, pesimis, berkurangnya empati, *stereotyping*, menghina, menyalahkan, membesar-besarkan, sikap bermusuhan, curiga, proyeksi, paranoid, perasaan tidak dihargai, keraguan (Schaufeli and Enzmann, 1998). Sedangkan pada level intrapersonal keyakinan yang irrasional dapat terjadi, ketergantungan, menghindari permasalahan, dan ketidakberdayaan (Ohue et al, 2011).

Perasaan sinisme yang dialami oleh mahasiswa keperawatan semester akhir berkaitan dengan kelelahan yang dihadapi oleh mahasiswa selama proses perkuliahan. Mahasiswa yang tidak mampu beradaptasi terhadap stres atau kelelahan yang dialami cenderung membentuk mekanisme pertahanan ego yang maladaptif, mereka cenderung menyalahkan lingkungan atas kondisi yang dialami. Sehingga timbul perasaan sinisme terhadap apa yang dilakukan, dan lingkungan.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa pada dimensi *Professional Efficacy* mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* hampir seluruh responden memiliki

professional efficacy yang sedang, baik pada kelompok perlakuan maupun kontrol

Berkurangnya kemampuan *professional* seseorang sering menyebabkan berkurangnya pencapaian diri atau pandangan *negative* terhadap kemampuan diri (Evers et al, 2002). Seseorang yang mengalami *burnout* merasakan adanya penurunan pada prestasi kerja atau kemampuan mereka dalam menyelesaikan tugas, gejala ini menggambarkan pola pikir yang menyimpang dan evaluasi diri yang kurang tepat. Terdapat fakta yang mendukung tidak adanya hubungan antara pencapaian diri dengan 2 dimensi lain dari *burnout*. Oleh karena itu seseorang dengan *emotional exhaustion* dan *cynicism* yang berat tidak selalu mengalami pencapaian diri yang rendah (Onder and Basim, 2008).

Dari teori diatas dapat dijelaskan *Professional Efficacy* mahasiswa keperawatan semester akhir tidak berhubungan secara langsung dengan dimensi *burnout* yang lain. Sesuai dengan penelitian terdahulu, hasil penelitian menunjukkan tidak adanya hubungan antara kemampuan profesional dengan beratnya *emotional exhaustion* dan *cynicism* pada mahasiswa keperawatan.

Menurut Cheryl (2000) Kejadian *Burnout syndrome* pada mahasiswa keperawatan dapat disebabkan karena Faktor internal dan eksternal. Faktor eksternal yang mendasari terjadinya *burnout* adalah faktor lingkungan. Stressor lingkungan yang berasal dari lingkungan pembelajaran antara lain beban kerja akademik (ujian, tugas, dan kompetensi klinik). Sedangkan yang menjadi stressor dalam pendidikan medis adalah perubahan gaya hidup yang dramatis, beban kerja yang tinggi, keinginan untuk menjadi lebih unggul,

kurangnya kontrol/ otonomi, tanggung jawab terhadap pasien, resiko infeksi, terbatasnya *support system*, kurangnya praktik klinik, tuntutan dan tekanan waktu dll.

Menurut Maslach dan Leiter (dalam Bahrer. 2013) Dari perspektif organisasi, beban kerja bermakna produktivitas. Bagaimanapun juga dari prespektif individu beban kerja berarti waktu dan energi. Dalam hubungannya dengan beban kerja, mahasiswa keperawatan menjalani waktu belajar yang lebih lama dan kurangnya waktu kosong untuk bersenang-senang (Jones and Johnston, 1997). Dari hasil penelitian didapatkan bahwa mahasiswa keperawatan sebagian besar menghabiskan waktu untuk belajar selama 3-4 jam/hari selain belajar di kampus.

Meningkatnya kebutuhan masyarakat akan perawat professional, menuntut adanya perbaikan jenjang pendidikan dan kurikulum pembelajaran pendidikan perawat. Pelaksanaan kurikulum KBK yang menuntut partisipasi aktif mahasiswa menjadi sumber stress tersendiri bagi mahasiswa keperawatan. Tuntutan tugas mata kuliah yang semakin banyak dan ujian menuntut mahasiswa keperawatan untuk belajar lebih lama. Sehingga mahasiswa keperawatan lebih rentan terhadap stress dan jika stress ini tidak diatasi akan menjadi awal dari terjadinya *burnout* dimana individu mulai merasa jenuh dengan aktivitas belajar dan rutinitas yang dijalani setiap harinya, yang ditandai dengan kurangnya antusiasme terhadap kuliah yang diikuti, sering tidak masuk kuliah, peningkatan perasaan sinis terhadap jurusan yang diambil maupun terhadap dosen mata kuliah.

Menurut Maslach dan Leiter (dalam Bahrer. 2013), faktor internal yang mendasari terjadinya *Burnout* adalah karakteristik demografik dan karakteristik pribadi seseorang. Karakteristik demografi meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tempat tinggal, status pernikahan, dan lain-lain.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar mahasiswa berada pada masa remaja akhir. Usia merupakan salah satu variabel yang paling berhubungan dengan *burnout*. Maslach mengungkapkan bahwa karyawan yang berusia lebih muda mengalami *burnout* yang lebih tinggi dibanding karyawan yang berusia lebih dari 30 atau 40 tahun. Usia diartikan sebagai pengalaman kerja sehingga *burnout* muncul sebagai risiko awal dari karir seseorang. Berdasarkan penelitian Oliveira tahun 2012, didapatkan bahwa mahasiswa pada semester akhir mengalami *emotional exhaustion* yang berat, *depersonalisasi* yang rendah dan *pencapaian diri* yang tinggi dibandingkan dengan mahasiswa semester 7. Hal ini disebabkan karena mahasiswa semester akhir sudah mendekati akhir program, berada dalam tekanan, dengan tuntutan pengajar untuk menyelesaikan kurikulum internship, pengerjaan tugas akhir dan kecemasan untuk memperoleh gelar sarjana. Pada waktu bersamaan mahasiswa semester akhir juga mengalami kegelisahan mengenai daya saing untuk memperoleh pekerjaan.

Semakin muda usia seseorang semakin mudah mengalami stress, hal ini dikarenakan kurangnya pengalaman dalam menghadapi situasi stress. Mahasiswa keperawatan semester akhir berada pada rentang usia remaja akhir dimana pada masa ini, seseorang mulai dikenalkan pada lingkungan kerja dan

diharuskan lepas dari perlindungan orang tua. Usia yang masih relatif muda dimana individu belum memiliki kematangan kepribadian menyebabkan mahasiswa kurang bisa menghadapi situasi stress yang disebabkan proses perkuliahan, mahasiswa yang kurang memiliki kemampuan pengambilan keputusan akan lebih mudah mengalami kejenuhan (*burnout*) dan mengambil keputusan untuk menelantarkan perkuliahan.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Campos et all (2012). Dari hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar mahasiswa keperawatan semester akhir berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan jenis kelamin antara pria dan wanita, belum ada penelitian yang menunjukkan perbedaan yang jelas. Satu-satunya perbedaan yang konsisten ditemukan adalah pria cenderung mengalami depersonalisasi sedangkan wanita cenderung mengalami kelelahan emosional (Maslach dan Leiter dalam Bahrer. 2013).

Faktor demografik jenis kelamin diketahui tidak berhubungan dengan kejadian *burnout*. Namun jenis kelamin perempuan lebih mudah mengalami stress yang disebabkan kepribadian wanita yang lebih memilih *emotional oriented coping* dibandingkan *problem oriented* dan *kognitif oriented coping*. Namun berbeda dengan teori, dari hasil penelitian didapatkan bahwa mahasiswa yang mengalami *burnout* sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, hal ini bisa disebabkan karena laki-laki berusaha menyelesaikan sendiri permasalahannya, sedangkan perempuan cenderung mencari bantuan dan dukungan keluarga atau teman.

Penelitian sebelumnya menemukan bahwa *burnout* lebih sering terjadi pada mahasiswa yang memiliki kemampuan akademik kurang memuaskan (Campos, 2012). Berbeda dengan penelitian sebelumnya mahasiswa yang mengalami *burnout* sebagian besar adalah mahasiswa yang memiliki IPK dalam kategori sangat memuaskan. Hal ini bisa disebabkan karena mahasiswa yang memiliki intelegensi yang baik lebih bersifat kompetitif dan perfeksionis, sehingga rentan mengalami *burnout*.

6.2 Kejadian *Burnout Syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir setelah diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*

Berdasarkan hasil penelitian mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan dan kontrol seluruhnya mengalami *burnout* sedang. Terdapat perubahan dimana pada pre yang mengalami *burnout* sedang sebagian besar responden namun setelah diberikan intervensi/post seluruh responden mengalami *burnout* sedang.

Pada dimensi *emotional exhaustion*, mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan hampir seluruhnya mengalami *emotional exhaustion* sedang. Terdapat perbedaan pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*. Dimana pada saat pre responden pada kelompok perlakuan sebagian besar mengalami *emotional exhaustion* berat.

Pada dimensi *cynicism*, mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok perlakuan sebagian besar mengalami *cynicism* sedang Terdapat perbedaan pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan *Solution*

Focused Brief Counselling (SFBC). Dimana pada saat pre responden pada kelompok perlakuan sebagian besar mengalami *Cynicism* berat.

Sedangkan untuk *professional efficacy* seluruh mahasiswa pada kelompok perlakuan memiliki *professional efficacy* yang sedang. Tidak ada perbedaan secara signifikan pada dimensi *professional efficacy* sebelum dan sesudah perlakuan.

Menurut Maslach dalam Bahrer 2013, *burnout* melibatkan sikap, penilaian diri, dan penilaian terhadap orang lain yang terjadi pada konteks sosial, yang merupakan hasil dari interaksi sosial, hubungan ini menuntut emosional individu, dan membutuhkan kemampuan emosional serta personal dalam mengontrol dan mengatur interaksi emosional. Seorang profesional harus mengatur dan mengontrol emosinya dan emosi orang lain, aspek yang berurusan dengan pemikiran, penggambaran dan emosi, dll. termasuk kemampuan diri yang baik dalam menyelesaikan masalah.

Menurut Gerald Corey, terapi singkat berfokus solusi didasarkan pada asumsi yang optimistik bahwa manusia itu sehat dan kompeten dan memiliki kemampuan untuk membangun solusi yang dapat meningkatkan hidupnya. Lepas dari berbentuk seperti apapun klien yang terlibat dalam terapi adalah mampu. Berg percaya bahwa klien adalah kompeten dan peran konselor adalah membantu klien agar menyadari bahwa ia mempunyai kemampuan itu. Proses terapi menyediakan suatu keadaan yang menjadikan individu memfokuskan diri pada pemulihan dan penciptaan solusi ketimbang membicarakan *problem* mereka.

Hasil meta analisis dari 84 penelitian (Klink et al, 2001), menemukan bahwa keefektifan dari berbagai macam strategi manajemen stress berbeda; *Cognitive-behavioral strategies* lebih efektif dibandingkan dengan terapi modalitas dan metode relaksasi. Komunikasi berperan pada titik dimana individu membentuk struktur kognitif dari pengalaman dan emosi. Struktur kognitif ini memungkinkan individu yang mengalami *burnout* untuk lebih memahami pengalaman, untuk merenungkannya, dan menginterpretasikan kembali pengalaman yang dialami. Kebingungan dan kecemasan yang disebabkan oleh pengalaman masa lalu dapat diartikan sebagai kondisi kecemasan yang masih bisa diatasi (Zech and Rime, 2005).

Manusia memiliki kemampuan untuk berubah dan beradaptasi terhadap situasi yang terjadi di sekitarnya. Begitupula dalam keadaan distress dan jenuh, setiap individu akan berusaha menyelesaikan masalahnya dan keluar dari kondisi distress. Berbagai macam cara dapat dilakukan untuk mencapai kondisi non-stress, belajar dari pengalaman terdahulu, mencari bantuan untuk menemukan solusi, bercerita kepada teman dll. Komunikasi merupakan cara terbaik dalam memecahkan masalah.

Bahrer 2013 :

“ Communication, one of the important means of preventing burnout, is effective in all three areas of prevention, in primary prevention, it serves to avoid burnout, in secondary prevention, it serves to heal and prevent the deterioration of symptoms, and in tertiary prevention, it assists in the reintegration of patients into their working life and the prophylaxis of burnout”.

Konseling mengindikasikan hubungan profesional antara konselor terlatih dengan klien, hubungan yang terbentuk biasanya bersifat individu ke individu, kadang juga melibatkan lebih dari satu orang suatu missal keluarga klien.konseling didesain untuk menolong klien dalam memahami dan menjelaskan pandangan mereka terhadap suatu masalah yang sedang mereka hadapi melalui pemecahan masalah dan pemahaman karakter dan perilaku klien.(Latipun, 2001).

Berdasarkan hasil penelitian mahasiswa keperawawatan semester akhir pada kelompok kontrol Mahasiswa keperawawatan semester akhir pada kelompok kontrol sebagian besar mengalami *emotional exhaustion* berat dan Seluruh Mahasiswa pada kelompok kontrol mengalami *cynicism* berat Sedangkan untuk *professional efficacy* sebagian besar mahasiswa memiliki *professional efficacy* yang sedang. Jumlah mahasiswa yang mengalami *emotional exhaustion* berat mengalami penurunan namun *cynicism* mengalami peningkatan kategori menjadi berat dan tidak ada perbedaan *professional efficacy* pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan

Pada kelompok kontrol mahasiswa hanya mendapatkan motivasi dari dosen pembimbing akademik, dimana kemampuan masing-masing pembimbing akademik untuk memberikan motivasi tidak sama. Kondisi lingkungan saat pemberian motivasi juga sangat mempengaruhi motivasi tersebut diterima oleh mahasiswa.

6.3 Analisis pengaruh *Solution Focused Brief Counselling* dalam Mencegah *Burnout Syndrome* pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir

Data hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh *Solution Focused Brief Counselling* dalam Mencegah *Burnout Syndrome* pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir. Dibuktikan dengan hasil uji Independent T test $0,001 < 0.005$.

Menurut hasil penelitian Grant tahun 2012, "a solution focused questioning approach is more effective than a problem focused questioning approach"

Hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa konseling yang mengarah pada solusi lebih efektif daripada konseling yang mengarah pada masalah. *Solution focused* salah satu intervensi yang menjanjikan dalam mengurangi angka dropout pada remaja yang beresiko dan memungkinkan remaja untuk memperoleh penghargaan dari sekolah dan lulus (Franklin, 2007).

Pemberian konseling pada mahasiswa yang mengalami *burnout* belum pernah dilakukan sebelumnya, namun penelitian mengenai pengaruh konseling terhadap penurunan angka drop out dan perubahan perilaku siswa telah banyak dilakukan, dan hasil penelitian menunjukkan keefektivan dari pemberian konseling khususnya *solution focused counselling*. Hal ini disebabkan karena tercipta komunikasi dua arah dimana konselor mampu mengarahkan konseli untuk menemukan solusi untuk masalahnya dan konselor menguatkan bahwa konseli mampu mengatasi permasalahannya dengan kemampuan yang dimilikinya.

Konselor menanamkan sikap optimis dalam diri konseli seberat apapun masalah yang dialami oleh konseli.

Keterbukaan konseli juga mempengaruhi kelancaran dari proses konseling. Dengan keterbukaan konseli, konselor lebih mudah dalam mengarahkan konseli untuk menemukan *core problem* dan solusi, oleh sebab itu konselor sebaiknya adalah orang yang dipercaya dan dekat dengan mahasiswa misal, dosen pembimbing akademik dan keluarga. Namun tidak semua dosen pembimbing atau keluarga memiliki kemampuan untuk menjadi seorang konselor, diperlukan pelatihan khusus untuk menjadi seorang konselor yang mampu mengarahkan konseli dengan baik.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti masih menemukan berbagai keterbatasan penelitian. Pada penelitian ini peneliti tidak bisa mengontrol faktor perancu yang ada pada responden yang berasal dari daerah dan lingkungan yang berbeda dan dengan karakteristik yang berbeda pula, dimana faktor-faktor tersebut juga mempengaruhi mahasiswa dalam menghadapi masalah dan kemampuan coping mahasiswa. Sehingga tidak bisa dipastikan burnout pada mahasiswa dapat dicegah karena pemberian SFBC. Mengenai desain penelitian yang digunakan masih ada keterbatasan yaitu peneliti belum bisa mengontrol responden pada kelompok perlakuan dan kontrol untuk tidak berhubungan satu dengan yang lain, sehingga sangat besar kemungkinan terjadinya bias. Kemudian untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat memfollow up kondisi *burnout* setelah pemberian

konseling dan menambah variabel-variabel yang belum diteliti seperti, karakter mahasiswa, kemampuan coping dll.

BAB 7**KESIMPULAN DAN SARAN****7.1 Kesimpulan**

1. Mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*. Sebagian besar mengalami *emotional exhaustion* dan *cynicism* berat dan sebagian besar mahasiswa memiliki *professional efficacy* yang sedang. Hal ini menunjukkan adanya *burnout syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir sebelum diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*.
2. Mahasiswa keperawatan semester akhir setelah mendapatkan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* sebagian besar mengalami *emotional exhaustion* sedang dan mengalami *cynicism* sedang, dan *professional efficacy* yang sedang. Terdapat perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah diberikan *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)*. Sedangkan mahasiswa keperawatan semester akhir pada kelompok kontrol sebagian besar mengalami *emotional exhaustion* berat dan Seluruh Mahasiswa pada kelompok kontrol mengalami *cynicism* berat dan memiliki *professional efficacy* yang sedang.
3. Terdapat Perbedaan kondisi *Burnout Syndrome* pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir sebelum dan sesudah pemberian *Solution Focused Brief Counselling* namun untuk pengaruh pemberian *Solution Focused Brief Counselling* dalam mencegah *Burnout Syndrome* pada Mahasiswa Keperawatan Semester akhir belum dapat disimpulkan.

7.2 Saran

Dari hasil penelitian ini penulis memberikan saran-saran berdasarkan apa yang telah peneliti dapatkan adalah:

1. Bahwa dengan pemberian *Solution Focused Brief Counselling* dapat mencegah kejadian *burnout syndrome* pada mahasiswa keperawatan. Diharapkan dosen di program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep, mampu memberikan motivasi dan konseling bagi mahasiswa yang beresiko tinggi mengalami *burnout*. Dosen pembimbing akademik diharapkan memiliki kemampuan dan keterampilan memberikan konseling khususnya teknik SFBC melalui keikutsertaan dalam pelatihan atau workshop konseling
2. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan dari hasil penelitian di program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep, Pihak fakultas sebagai pemegang kebijakan diharapkan lebih memperhatikan lingkungan akademik yang kondusif sehingga mengurangi kejenuhan mahasiswa melalui penyesuaian kurikulum, metode pembelajaran yang inovatif dan sarana prasarana yang memadai serta menyediakan sarana konseling bagi mahasiswa yang membutuhkan.
3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan mampu meneliti faktor seperti karakteristik pribadi mahasiswa dan lingkungan serta mengikuti perkembangan mahasiswa setelah mengalami *burnout*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C Skalay, 1997, *Psikologi Sosial untuk Burnout (Terjemahan Leony S. M.)*, Jakarta: EGC
- Agustin, Mubiar. (2009). *Model Konseling Kognitif-Perilaku Untuk Menangani Burnout pada Mahasiswa (Disertasi)*. Bandung : PPS UPI
- Bahrer, S. 2013. *Burnout for Expert ; Prevention in The Context of Living and Working*. New York: Springer New York Heidelberg Dordrecht London
- Baker, Mary L, 2012, “ *Nursing Student Stress and Demographic Factors*”, Thesis Master, California State University. San Marcos
- Bannink, F.P. & Jackson , P.Z.(2011). *Positive Psychology and Solution Focus – looking at similarities and differences. Interaction: The Journal of Solution Focus in Organisations*, 3, 1, 8–20.
- Buku Petunjuk Akademik tahun akademik 2014/2015. Sumenep: Universitas Wiraraja
- Burns, Kidge. 2005. *Focus On Solutions A Health Professional`S Guide*. London: Whurr Publishers
- Capuzzi, D. & Gross, D.R. 2009. *Introduction to the Counseling Profession*. Columbus, Ohio: Pearson.
- Cavus. 2010. “The Impact of Structural & Psychological Empowerment on Burnout. Canadian Social Science 6 (4). Hlm 63-72
- Charlesworth, J.R. & Jackson, C.M. 2004. *Solution-Focused Brief Counseling: An Approach for Professional School Counselors*. Dalam Erford, B.T. (ed.). *Professional School Counseling: A Handbook of Theories, Programs and Practices*. Austin, TX: Caps Press.
- Cherniss. (1980). *Staff Burnout Job Stress in the Human Services*. London : Sage Publications
- Chou, Shirley. (2003). *The Relationship Between Organizational Commitment and Burnout*, Dissertation. Alliant International University Los Angeles
- Corey, Gerald. 2009. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy Eighth Edition*. USA: Thomson Higher education.

- Daki, J., Savage. S. R, (2010). *Solution Focused Brief Therapy: Impact on Academic and Emotional Difficulties. The Journal of Educational Research*.103.309-326
- De Shazer,(2007). *More Than Miracle: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Binghamton. NY: Haworth Press.
- Farber, B.A. (1991). *Crisis in Education: Stress and Burnout in The American Teacher*, San Fransisco: Jossey Bass
- Franklin, C., Streeter, L.C., Kim, S. J., Tripodi. J. S. (2007). *The Effectiveness of a Solution Focused Brief. Public Alternative School for Dropout Prevention and Retrieval. Proquest Psychology Journals, Children & School* 29 (3), 133-144
- Franklin, C., Moore. K., Hopson L.(2008). *Effectiveness of solution focused brief therapy in a school setting. Proquest Psychology Journals, Children & School*, 30 (1), 15-26
- Freudenberger, J, 1974, "Staff Burnout". *Journal of Social Issues*. Hal: 159-165
- Haire,I.M.(2009).*A Literature Review Of Solution-Focused Art Therapy.Letter of intent. CAAP Final Project Requirement*
- Irawati, E, 2012, *Burnout Syndrom pada Mahasiswa Reguler Program Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Berdasarkan Analisis Faktor Perilaku dan Lingkungan*, Skripsi, Universitas Airlangga; Surabaya
- Jackson, Paul. & Mc.Kergow, Mark. 2007. *The Solusion Focus (Second Edition)*. London: Nicholas Brealey International
- Jacobs. (2003). *Student Burnout as a Function Personality, Social Support, and Work Load. Journal of Collage Development. [Online]. Tersedia : Desember 2014]*
- Kelly, M. 2008. *Solution Focused Brief Therapy In Schools*. New York: Oxford University Press
- Kozier, B. (1999). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice*. Jakarta: EGC
- Lightsey, R. O. Jr & C.D. Hulsey. (2002). *Impulsivity, Coping Stress, Burnout and Problem Gambling Among University Students. Journal of Couseling Psychology*. Vol. 49. No.2. PP. 202-211.

- Maslach, C. (1982). *Understanding Burnout: Definition Issues in Analysing a Complex Phenomenon*. Dalam *W.S. Pain Job Stress Burnout*. Beverly Hills: Sage Publication
- Maslach, C. (1997). *Maslach Burnout Inventory*. California: Consulting Psychology Press
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey Bass
- Maslach, C. (2001), "Job Burnout". *Annual Review of Psychology*, diakses 8 Januari 2015, Findarticles.com
- Maslach, C, Jackson, S & Leiter, M. (2003). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California: CPP
- Maslach, C. (2004). *Different Perspectives on Job Burnout*. *Contemporary Psychology*. APA Review Of Books. Hlm.168-170
- Maslach, C.& Leiter, M.P. (2005). *Banishing Burnout: Six Strategies for Improving Your Relationship with Work*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nystul, M.S. 2006. *Introduction to Counseling: An Art and Science Perspective*. Boston: Pearson.
- O'Connel, B.(2001). *Solution-Focused Stress Counselling*. London: Continuum
- Palmer, Stephen. 2011. *Introduction to Counselling and Psychotherapy* (terjemahan). Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Salmela-Aro, K., Savolainen, H. & Holopainen,L.(2009). *Depressive Symptoms and School Burnout During Adolescence : Evidence from two cross-lagged longitudinal studies*. *Journal of Psychology*, 4, 310-330.
- Schaufeli (2002). *Burnout And Engagement In University Students, A Cross-National Study*. *Journal Of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 33 No. 5, September 2002 464-481

- Schaufeli, W.B., Taris, T.W. & Van Rhenen, W. (2008). *Workaholism, burnout and engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being?* *Applied Psychology: An International Review*, 57, 173-203.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). *Maslach Burnout Inventory—General Survey*. In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *The Maslach Burnout Inventory—Test manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Seligman, L. 2006. *Theories of Counseling and Psychotherapy*. Columbus, Ohio: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Silvar, Branko. (2001). *The syndrome of burnout, self-image, and anxiety with grammar school students*. *Journal of Psychology*. Vol. 10. No. 2. PP. 21-32. Board of Education of the Republic of Slovenia
- Skovholt, (2003). *Student Learning Burnout Studied. Families in Society : The Journal of Contemporary Human Service*.
- Slivar, B. (2001). *The syndrome of burnout, self-image, and anxiety with grammar school students*. *Horizons of Psychology*, 10, 2, 21-32.
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia
- Spielberger, C.D & Sarason, I.(2005). *Stress and Emotion: Anxiety, Anger, and Curiosity*. Vol.17. New York : Routledge
- Stuart, G.W. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 8th edition*. Missouri: Elsevier Mosby
- Taylor L, La Mone. (1997). *Fundamental of Nursing : The Art and Science of Nursing Care. 3rd edition*. Philadelphia: Lippincott
- Yusuf, S. (2004). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya

Lampiran 1

Assalamualaikum Wr. Wb

Dalam rangka penelitian tesis, saya mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Airlangga meminta waktu Saudara untuk berpartisipasi mengisi kuisisioner dibawah ini. Partisipasi Saudara dalam penelitian ini sangat penting bagi perkembangan ilmu pengetahuan. Dalam kuisisioner ini, tidak ada jawaban benar atau salah, semua jawaban benar jika sesuai dengan apa yang Saudara alami atau rasakan selama ini. Alangkah bijaksananya apabila Saudara menjawab dengan kejujuran dan kesungguhan hati. Dalam penelitian ini, data Saudara dijamin kerahasiaannya. Hal yang terbaik ialah ketika Saudara tidak menghabiskan waktu terlalu lama pada tiap pernyataan dalam kuisisioner dan menjawab dengan opsi yang Saudara pikirkan pertama kali (spontan).

Terimakasih

Peneliti

Sugesti Alifitah S. Kep, Ns

Data Demografi:

Usia:

Jenis Kelamin:

IPK:

Total waktu belajar /hari:

Tempat tinggal:

 Kos Rumah

Jarak kampus-dengan tempat tinggal (kos/rumah):

 Kurang dari 2 Km Lebih dari 2 Km

Alasan lain:

1. Financial :.....
2. Masalah keluarga:.....
3. Kuliah sambil bekerja:.....

Kuesioner Burnout Syndrome Student Survey

Berilah tanda (√) pada jawaban yang saudara/
saudari kehendaki

Exhaustion dan cynicism

0 = tidak pernah

1 = jarang sekali

2 = jarang

3 = kadang-kadang

4 = sering

5 = sering sekali

6 = selalu

Professional Efficacy

0 = selalu

1 = sering sekali

2 = sering

3 = kadang-kadang

4 = jarang

5 = jarang sekali

6 = tidak pernah

No.	Pernyataan	0	1	2	3	4	5	6
Exhaustion								
1	kegiatan kuliah menguras emosi saya							
2	saya merasa letih setelah pulang kuliah							
3	Saya merasa lelah saat bangun pagi karena harus kembali kuliah							
4	Saya merasakan ketegangan saat menghadiri kuliah							
5	Saya merasa jenuh menjalani kuliah							
Cynicism								
1	Saya merasa ketertarikan saya terhadap jurusan (keperawatan) berkurang dibandingkan sejak masuk kuliah pertama kali							
2	Saya merasa kurang antusias terhadap kuliah-kuliah yang diberikan							
3	Saya menganggap jurusan (keperawatan) yang saya pilih tidak berguna							
4	Saya meragukan manfaat dari ilmu yang saya pelajari di kampus							
Professional efficacy								
1	Saat kuliah Saya dapat menyelesaikan masalah yang muncul secara efektif							
2	Saya yakin bisa memberikan kontribusi di dalam kuliah yang saya hadiri							
3	Menurut pendapat saya, saya adalah mahasiswa yang baik							
4	Saya merasa bersemangat ketika saya mencapai tujuan saya dalam belajar (nilai baik, IPK baik)							

5	Saya belajar banyak hal yang menarik selama kuliah								
6	Selama di dalam kelas, saya merasa percaya diri bahwa saya bisa melakukan sesuatu dengan efektif								

Lampiran 2

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* dalam Mereduksi Kejadian *Burn Out Syndrome* pada Mahasiswa Keperawatan Semester Akhir

Peneliti : Sugesti Alifitah , Mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Tujuan dari penelitian ini adalah membuktikan pengaruh *Solution Focused Brief Counselling (SFBC)* dalam mereduksi kejadian *burn out syndrome* pada mahasiswa keperawatan semester akhir. Hasil dari penelitian ini diharapkan memberikan sumbangsih untuk Ilmu keperawatan khususnya dalam penanganan *Burnout Syndrome* pada mahasiswa. Selain itu, penelitian ini dapat menjadi acuan bagi pengembangan metode proses pendidikan yang menghindarkan mahasiswa dari kejadian *Burnout Syndrome*. Partisipasi saudara sebagai responden saya harapkan dan saya tidak memaksa. Kerahasiaan dari identitas Saudara akan saya jamin.

Apabila saudara berkenan menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar yang telah disediakan.

Sumenep,.....2015

Hormat saya

(Sugesti Alifitah)

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Sugesti Alifitah, Mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, dengan judul “pengaruh Solution Focused Brief Counselling (SFBC) dalam mereduksi kejadian burn out syndrome pada mahasiswa keperawatan semester akhir”.

Saya memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan bagi saya. Oleh karena itu saya selaku responden dalam penelitian ini dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Sumenep ,2015

Responden

(.....)

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN KONSELING

Saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Sugesti Alifitah, Mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, dengan judul “pengaruh Solution Focused Brief Counselling (SFBC) dalam mereduksi kejadian burn out syndrome pada mahasiswa keperawatan semester akhir”.

Saya bersedia mengikuti konseling (SFBC) yang dilaksanakan selama 7 sesi/tahap dalam 7 minggu dan mengikuti sesi terapi hingga tahap terminasi.

Saya memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan bagi saya. Oleh karena itu saya selaku responden dalam penelitian ini dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Sumenep,2015

Responden

(.....)

Lampiran 5

**SATUAN ACARA KEGIATAN *SOLUTION FOCUSED BRIEF*
COUNSELLING DALAM MEREDUKSI KEJADIAN BURNOUT PADA
MAHASISWA SEMESTER AKHIR**

Materi : Pemberian *Solution Focused Brief Counselling*

Waktu Pertemuan : 30-40 menit /sesi

A. Analisis Situasional

1. Pelaksana : Terapis dari Bimbingan dan Konseling
2. Sasaran : Mahasiswa Semester Akhir yang mengalami Burnout
3. Tempat : Fakultas Kesehatan Universitas Wiraraja Sumenep

B. Tujuan Instruksional

Tujuan Umum : Setelah pemberian *Solution Focused Brief Counselling* Burnout tidak terjadi

- Tujuan Khusus :
1. Sesi 1: mengidentifikasi masalah/keluhan
 2. Sesi 2: menetapkan tujuan konseling
 3. Sesi 3: merancang solusi/intervensi
 4. Sesi 4: merencanakan tugas/*homework*
 5. Sesi 5: mengidentifikasi perubahan
 6. Sesi 6: stabilisasi perubahan
 7. Sesi 7: penarikan kesimpulan dan terminasi

C. Pokok Bahasan

Solution Focused Brief Counselling yang dilaksanakan dalam 7 sesi

D. Uraian Kegiatan

No	Jenis Kegiatan	Waktu
1.	<p><i>Establishing Rapport</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konselor menerima kedatangan klien dengan senyuman dan mempersilakan klien duduk - Konselor membina hubungan saling percaya dengan klien - Meyakinkan klien bahwa rahasianya akan terjamin, oleh karena itu klien diminta terbuka terhadap konselor agar proses 	30-40 menit

	<p>konseling berjalan dengan lancar.</p> <p><i>Identifying a Solvable Complaint</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - "apa yang menyebabkan anda untuk membuat janji dengan saya sekarang?" - "apa yang ingin anda ubah?" - " bagaimana anda mengalami kecemasan?" - Apa yang akan membantu saya untuk benar-benar memahami situasi ini? - Bagaimana hal ini menciptakan masalah bagi anda? 	
2.	<p><i>Establishing Goals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apa yang menjadi berbeda dalam hidupmu ketika masalah-masalahmu terselesaikan? <p><i>Exception questions:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan klien tentang saat dimana masalah-masalah sudah tidak ada atau saat masalah-masalah terasa agak ringan? <p><i>Miracle questions:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konselor mengajak klien untuk membayangkan hal-hal yang diharapkan. - 'anda bangun tidur besok, dan masalah yang anda hadapi terpecahkan, apa yang berubah?apa lagi?apa yang berbeda sebagai hasil dari perubahan ini? 	30-40 menit
4.	<p><i>Designing an Intervention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Konselor mengajak klien untuk mempertimbangkan perubahan dari kondisi terpuruk saat ini menuju pada kondisi yang dibayangkan - Perubahan apa yang telah terjadi - Apa yang berhasil di masa lalu ketika anda berurusan dengan situasi yang sama? - Bagaimana anda membuat hal itu terjadi? - Apa yang akan anda lakukan agar tidak terjadi lagi? <p><i>Scaling Questions</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertanyaan yang meminta konseli menilai kondisi dirinya (masalah, pencapaian tujuan) berdasarkan skala 1-10 	30-40 menit

5.	<p><i>Strategic task that promote change (Homework)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dianjurkan menulis strategi - Antara sekarang dan waktu mendatang kita bertemu, saya meminta anda untuk mengamati, sehingga Anda dapat menggambarkan pada saya pada pertemuan mendatang, apa yang terjadi di kehidupan Anda yang Anda inginkan terjadi secara berkelanjutan” 	30-40 menit
5.	<p><i>Identifying & emphazing new behavior & changes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apa yang sudah anda lakukan? - Apakah berhasil? 	30-40 menit
6.	<p><i>Stabilisasi Feedback</i></p> <p><i>Validate Chief Complaint:</i> Saya tidak menyalahkan anda karena mengalami depresi,,,dst,,</p> <p><i>Compliment:</i> “ saya kagum bahkan dalam keadaan....anda dapat....”</p>	30-40 menit
7.	<p><i>Termination</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Membuat kesimpulan bersama - Konselor mengajak klien untuk mengulang keputusan yang telah klien pilih - Perencanaan untuk layanan lanjutan jika dibutuhkan 	30-40 menit

E. Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

F. Evaluasi

Prosedur : Kegiatan dilakukan dengan baik dan lancar sesuai rencana

Kegiatan : Kegiatan berjalan sesuai dengan waktu yang dijadwalkan

Peserta : Klien mengikuti semua sesi lengkap dari awal hingga akhir kegiatan

LAMPIRAN 6

PERLUKUAN PRE

No	EMX						CYNISM						PE						Jumlah						
	1	2	3	4	5	Σ	koding	ket	1	2	3	4	5	6	Σ	koding	ket	1		2	3	4	5	6	Σ
1	5	3	6	4	4	22	3	Berat	5	5	6	3	19	3	Berat	4	2	4	4	3	3	20	2	Sedang	61
2	6	5	6	3	6	26	3	Berat	5	5	5	5	20	3	Berat	1	2	3	3	3	2	14	2	Sedang	60
3	5	6	6	4	4	25	3	Berat	5	6	4	3	18	3	Berat	3	1	3	4	3	3	17	2	Sedang	60
4	6	6	4	5	4	25	3	Berat	6	4	5	3	18	3	Berat	3	1	3	4	3	3	17	2	Sedang	60
5	2	3	4	4	3	16	2	Sedang	5	2	2	1	10	2	Sedang	4	1	2	5	2	2	16	2	Sedang	42
6	6	5	6	4	6	27	3	Berat	6	5	4	2	17	3	Berat	3	3	2	2	4	4	18	2	Sedang	62
7	6	6	6	4	6	28	3	Berat	6	6	5	2	19	3	Berat	4	2	3	2	4	4	19	2	Sedang	66
8	3	3	3	3	4	16	2	Sedang	6	3	4	3	16	2	Sedang	3	3	3	3	3	2	17	2	Sedang	49
9	5	3	4	3	4	19	2	Sedang	4	3	4	3	14	2	Sedang	2	1	2	4	1	3	13	2	Sedang	46
10	3	3	3	3	2	14	2	Sedang	6	4	4	3	17	3	Berat	3	4	4	3	4	4	22	2	Sedang	53
11	6	6	6	5	4	27	3	Berat	6	6	4	3	19	3	Berat	3	3	3	4	3	3	19	2	Sedang	65
12	6	6	6	6	6	30	3	Berat	6	3	4	6	19	3	Berat	3	3	3	2	4	3	18	2	Sedang	67
13	3	4	3	3	2	15	2	Sedang	3	2	3	4	12	2	Sedang	3	4	3	5	3	3	21	2	Sedang	48
14	5	5	5	5	4	24	3	Berat	5	6	4	4	19	3	Berat	3	2	3	3	3	3	17	2	Sedang	60
15	2	3	4	4	3	16	2	Sedang	5	3	3	3	14	2	Sedang	4	5	3	3	3	2	20	2	Sedang	50
16	5	4	4	5	5	23	3	Berat	6	5	5	3	19	3	Berat	2	2	3	6	2	3	18	2	Sedang	60
17	6	6	5	6	6	29	3	Berat	6	5	6	4	21	3	Berat	3	4	4	3	2	3	19	2	Sedang	69
18	3	3	3	2	3	14	2	Sedang	2	2	3	3	10	2	Sedang	4	4	5	6	5	4	28	3	Berat	52
19	4	5	3	3	5	20	2	Sedang	6	3	3	3	15	2	Sedang	1	2	3	3	2	2	13	2	Sedang	48
20	4	5	4	4	5	22	3	Berat	6	5	4	5	20	3	Berat	3	3	3	3	3	2	17	2	Sedang	59

PERLUKUAN POST

No	EMX					Σ	koding	ket	CYNISM					Σ	koding	ket	PE						Σ	koding	ket	Jumlah
	1	2	3	4	5				1	2	3	4	5				6	1	2	3	4	5				
1	4	3	2	2	2	13	2	Sedang	4	2	3	2	11	2	Sedang	2	3	3	4	3	3	3	18	2	Sedang	42
2	4	3	4	3	4	18	2	Sedang	2	3	5	2	12	2	Sedang	3	3	3	3	3	2	17	2	Sedang	47	
3	5	5	4	3	3	20	2	Sedang	3	3	1	1	8	1	Ringan	4	3	2	3	3	2	17	2	Sedang	45	
4	4	4	3	5	4	20	2	Sedang	3	2	3	3	11	2	Sedang	2	3	3	2	2	2	14	2	Sedang	45	
5	2	2	2	3	3	12	2	Sedang	5	2	2	1	10	2	Sedang	2	2	3	2	2	2	13	2	Sedang	45	
6	4	3	3	3	3	16	2	Sedang	3	3	3	4	13	2	Sedang	4	5	4	4	4	3	24	2	Sedang	53	
7	3	4	3	4	2	16	2	Sedang	3	3	4	3	13	2	Sedang	4	4	3	4	3	3	21	2	Sedang	50	
8	2	3	3	2	2	12	2	Sedang	2	3	2	3	10	2	Sedang	2	2	3	3	4	4	18	2	Sedang	40	
9	3	2	2	2	2	11	2	Sedang	2	1	1	1	5	1	Ringan	5	6	3	3	3	5	25	2	Sedang	41	
10	2	2	3	2	2	11	2	Sedang	3	1	2	1	7	1	Ringan	4	3	3	5	3	3	21	2	Sedang	39	
11	5	4	3	3	4	19	2	Sedang	3	3	3	3	12	2	Sedang	4	3	4	3	4	3	21	2	Sedang	52	
12	3	3	2	4	4	16	2	Sedang	4	1	3	2	10	2	Sedang	4	4	4	3	4	3	21	2	Sedang	47	
13	2	2	3	3	2	12	2	Sedang	3	1	1	2	7	1	Ringan	5	3	3	4	4	3	21	2	Sedang	40	
14	4	3	3	4	3	17	2	Sedang	4	2	3	3	12	2	Sedang	3	4	4	4	4	3	22	2	Sedang	51	
15	2	3	3	3	2	13	2	Sedang	3	3	3	3	12	2	Sedang	3	3	3	4	4	4	21	2	Sedang	46	
16	4	2	4	3	2	15	2	Sedang	4	4	5	3	16	2	Sedang	4	2	3	4	3	4	20	2	Sedang	51	
17	5	4	4	5	3	21	3	Berat	3	3	3	4	13	2	Sedang	3	3	4	2	4	3	19	2	Sedang	53	
18	2	3	3	2	3	13	2	Sedang	2	2	3	3	10	2	Sedang	3	3	4	3	3	5	21	2	Sedang	44	
19	3	3	2	3	2	13	2	Sedang	2	1	1	2	6	1	Ringan	3	3	4	3	3	3	19	2	Sedang	38	
20	3	2	3	3	2	13	2	Sedang	4	3	3	2	12	2	Sedang	4	4	2	3	4	4	21	2	Sedang	46	

KONTROL PRE

No	EMX						CYNISM						PE						Jumlah						
	1	2	3	4	5	Σ	koding	ket	1	2	3	4	5	Σ	koding	ket	1	2		3	4	5	6	Σ	koding
1	4	4	6	3	4	21	3	Berat	4	4	3	3	14	2	Sedang	2	2	4	3	4	3	18	2	Sedang	53
2	3	6	6	5	6	26	3	Berat	6	5	4	5	20	3	Berat	3	3	1	1	3	2	13	2	Sedang	59
3	5	5	6	5	4	25	3	Berat	4	6	5	3	18	3	Berat	4	3	3	2	3	3	18	2	Sedang	61
4	5	4	4	5	3	21	3	Berat	6	5	5	3	19	3	Berat	3	4	1	3	3	3	17	2	Sedang	57
5	2	3	4	4	3	16	2	Sedang	5	2	4	1	12	2	Sedang	3	4	4	5	2	2	20	2	Sedang	48
6	5	5	6	6	4	26	3	Berat	5	4	4	5	18	3	Berat	2	2	2	1	1	2	10	1	Ringan	54
7	5	6	6	5	6	28	3	Berat	6	6	4	3	19	3	Berat	3	1	1	2	2	1	10	1	Ringan	57
8	4	3	4	3	3	17	2	Sedang	5	4	3	3	15	2	Sedang	2	4	4	4	3	3	20	2	Sedang	52
9	5	5	4	4	4	22	3	Berat	2	3	3	3	11	2	Sedang	4	2	2	1	1	3	13	2	Sedang	46
10	2	2	4	3	3	14	2	Sedang	4	4	4	3	15	2	Sedang	2	4	4	3	4	3	20	2	Sedang	49
11	5	4	6	6	4	25	3	Berat	6	3	3	4	16	2	Sedang	3	4	1	1	3	2	14	2	Sedang	55
12	5	6	4	6	6	27	3	Berat	5	5	4	6	20	3	Berat	3	4	4	3	3	4	21	2	Sedang	68
13	5	4	5	6	3	23	3	Berat	3	4	2	2	11	2	Sedang	4	4	5	3	3	3	22	2	Sedang	56
14	4	4	5	5	6	24	3	Berat	6	6	3	3	18	3	Berat	2	2	4	3	2	3	16	2	Sedang	58
15	4	5	6	4	3	22	3	Berat	5	4	3	4	16	2	Sedang	3	5	4	2	3	2	19	2	Sedang	57
16	6	4	4	5	5	24	3	Berat	6	5	5	3	19	3	Berat	2	2	3	6	2	3	18	2	Sedang	61
17	6	5	5	6	6	28	3	Berat	6	5	6	4	21	3	Berat	3	4	4	3	3	3	20	2	Sedang	69
18	6	4	4	5	3	22	3	Berat	4	6	5	3	18	3	Berat	2	3	2	3	3	3	16	2	Sedang	56
19	4	4	3	5	5	21	3	Berat	6	3	3	3	15	2	Sedang	4	4	6	5	5	4	28	3	Berat	64
20	3	4	5	4	5	21	3	Berat	6	5	4	5	20	3	Berat	3	2	3	3	3	2	16	2	Sedang	57

KONTROL POST

No	EMX					CYNISM					PE						Jumlah							
	1	2	3	4	Σ	1	2	3	4	Σ	Σ	koding	ket	2	3	4		5	6	Σ	koding	ket		
1	3	6	4	4	5	22																	49	
2	4	6	6	5	6	27																		55
3	5	5	4	5	4	23																		56
4	5	3	3	5	3	19																		51
5	4	2	3	4	3	16																		43
6	3	3	6	5	4	21																		48
7	3	6	3	4	4	20																		51
8	3	3	4	4	3	17																		46
9	4	3	3	3	4	17																		40
10	2	2	4	3	3	14																		46
11	5	5	5	4	4	23																		49
12	5	5	4	5	6	25																		59
13	4	4	4	3	4	19																		50
14	4	4	5	5	4	22																		53
15	4	3	6	5	4	22																		52
16	6	5	4	4	5	24																		57
17	5	4	5	4	5	23																		59
18	6	3	4	5	4	22																		53
19	3	4	3	3	5	18																		56
20	4	4	5	3	5	21																		54

LAMPIRAN 5

UJI NORMALITAS

EXAMINE

```
VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004
/PLOT NPLOT
/STATISTICS NONE
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

Explore

Notes

Output Created	04-JUL-2015 04:18:57	
Comments		
Input	Data	C:\Users\W7_HP_X64\Desktop\suges t\lntri all.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	20
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.
Syntax	EXAMINE VARIABLES=VAR00001 VAR00002 VAR00003 VAR00004 /PLOT NPLOT /STATISTICS NONE /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.	
Resources	Elapsed Time	0:00:07.98
	Processor Time	0:00:08.22

[DataSet1] C:\Users\W7_HP_X64\Desktop\sugesti\entri all.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
perlakuan pre	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
perlakuan post	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
kontrol pre	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
kontrol post	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
perlakuan pre	.209	20	.022	.937	20	.213
perlakuan post	.113	20	.200(*)	.956	20	.463
kontrol pre	.140	20	.200(*)	.964	20	.634
kontrol post	.076	20	.200(*)	.971	20	.786

* This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

GET

```
FILE='D:\taData\Kuliah\kuliah S2\tesisssssss semangat\tesis post ujian propo
sal\sugesti\entri all.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
T-TEST PAIRS=VAR00001 WITH VAR00003 (PAIRED)
/CRITERIA=CI(.9500)
/MISSING=ANALYSIS.
```

T-Test

[DataSet1] D:\taData\Kuliah\kuliah S2\tesisssssss semangat\tesis post ujian pr
oposal\sugesti\entri all.sav

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 perlakuan pre	56.8500	20	7.74784	1.73247
kontrol pre	56.8500	20	5.94957	1.33036

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 perlakuan pre & kontrol pre	20	.592	.006

Paired Samples Test

	Paired Differences		
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 perlakuan pre - kontrol pre	.00000	6.39078	1.42902

Paired Samples Test

	Paired Differences		t
	95% Confidence Interval of the Difference		
	Lower	Upper	
Pair 1 perlakuan pre - kontrol pre	-2.99098	2.99098	.000

Paired Samples Test

	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 perlakuan pre - kontrol pre	19	1.000

T-TEST
 PAIRS = VAR00003 WITH VAR00004 (PAIRED)
 /CRITERIA = CI(.95)
 /MISSING = ANALYSIS.

T-Test

[DataSet1] C:\Users\W7_HP_X64\Desktop\sugesti\entri all.sav

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 kontrol pre	56.8500	20	5.94957	1.33036
kontrol post	51.3500	20	5.12245	1.14541

Paired Samples Correlations

Pair 1	N	Correlation	Sig.
kontrol pre & kontrol post	20	.953	.000

Paired Samples Test

Pair 1	kontrol pre - kontrol post	Paired Differences				95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper				
Pair 1	kontrol pre - kontrol post	5.50000	1.87785	.41990	4.62114	6.37886	13.098	19	.000	

T-TEST
 PAIRS = VAR00001 WITH VAR00002 (PAIRED)
 /CRITERIA = CI(.95)
 /MISSING = ANALYSIS.

T-Test

[DataSet1] C:\Users\W7_HP_X64\Desktop\sugesti\entri all.sav

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 perlakuan pre	56,8500	20	7,74784	1,73247
perlakuan post	45,2500	20	5,34962	1,19621

Paired Samples Correlations

Pair	N	Correlation	Sig.
1 perlakuan pre & perlakuan post	20	.830	.000

Paired Samples Test

Pair	Mean	Std. Deviation	Paired Differences		t	df	Sig. (2-tailed)
			Mean	Std. Error Mean			
1 perlakuan pre - perlakuan post	11,60000	4,45327	.99578		11,649	19	.000

T-TEST
 GROUPS = VAR00002(2 4)
 /MISSING = ANALYSIS
 /VARIABLES = VAR00001
 /CRITERIA = CI(.95) .

T-Test

[DataSet2] C:\Users\W7_HP_X64\Desktop\sugesti\entri pre-post.sav

Group Statistics

kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
post perlakuan	20	45.2500	5.34962	1.19821
post kontrol	20	51.3500	5.12245	1.14541

Independent Samples Test

skor	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Equal variances assumed	.102	.751	-3.683	38	.001	-6.10000	1.85817	-9.45274	-2.74726	
Equal variances not assumed			-3.683	37.929	.001	-6.10000	1.65817	-9.45295	-2.74705	

T-Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Emotional pre perlakuan	21.90	20	5.310	1.187
emotional post perlakuan	15.05	20	3.220	.720

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Emotional pre perlakuan & emotional post perlakuan	20	.801	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences		
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Emotional pre perlakuan - emotional post perlakuan	6.850	3.345	.748

Paired Samples Test

	Paired Differences		t
	95% Confidence Interval of the Difference		
	Lower	Upper	
Pair 1 Emotional pre perlakuan - emotional post perlakuan	5.285	8.415	9.159

Paired Samples Test

	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 Emotional pre perlakuan - emotional post perlakuan	19	.000

T-Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 emotional pre kontrol	22.65	20	3.815	.853
emotional post kontrol	20.75	20	3.242	.725

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 emotional pre kontrol & emotional post kontrol	20	.771	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences		
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 emotional pre kontrol - emotional post kontrol	1.900	2.447	.547

Paired Samples Test

	Paired Differences		t
	95% Confidence Interval of the Difference		
	Lower	Upper	
Pair 1 emotional pre kontrol - emotional post kontrol	.755	3.045	3.472

Paired Samples Test

	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 emotional pre kontrol - emotional post kontrol	19	.003

T-Test

Group Statistics

group		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
emotional exhaustion	perlakuan	20	15.05	3.220	.720
	kontrol	20	20.75	3.242	.725

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
emotional exhaustion	Equal variances assumed	.083	.775
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
emotional exhaustion	Equal variances assumed	-5.579	38	.000	-5.700
	Equal variances not assumed	-5.579	37.998	.000	-5.700

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
emotional exhaustion	Equal variances assumed	1.022	-7.768	-3.632
	Equal variances not assumed	1.022	-7.768	-3.632

T-Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 cynicism pre perlakuan	16.80	20	3.286	.735
cynicism post perlakuan	10.50	20	2.743	.613

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 cynicism pre perlakuan & cynicism post perlakuan	20	.496	.026

Paired Samples Test

		Paired Differences		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	cynicism pre perlakuan - cynicism post perlakuan	6.300	3.063	.685

Paired Samples Test

		Paired Differences		t
		95% Confidence Interval of the Difference		
		Lower	Upper	
Pair 1	cynicism pre perlakuan - cynicism post perlakuan	4.867	7.733	9.200

Paired Samples Test

	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 cynicism pre perlakuan - cynicism post perlakuan	19	.000

T-Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 cynicism pre kontrol	16.75	20	3.059	.684
cynicism post kontrol	27.70	20	5.121	1.145

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 cynicism pre kontrol & cynicism post kontrol	20	.701	.001

Paired Samples Test

	Paired Differences		
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 cynicism pre kontrol - cynicism post kontrol	-10.950	3.692	.825

Paired Samples Test

	Paired Differences		t
	95% Confidence Interval of the Difference		
	Lower	Upper	
Pair 1 cynicism pre kontrol - cynicism post kontrol	-12.678	-9.222	-13.265

Paired Samples Test

	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 cynicism pre kontrol - cynicism post kontrol	19	.000

T-Test

Group Statistics

group		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
cynicism	perlakuan	20	10.50	2.743	.613
	kontrol	20	27.70	5.121	1.145

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
cynicism	Equal variances assumed	23.104	.000
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
cynicism	Equal variances assumed	-13.241	38	.000	-17.200
	Equal variances not assumed	-13.241	29.077	.000	-17.200

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
cynicism	Equal variances assumed	1.299	-19.830	-14.570
	Equal variances not assumed	1.299	-19.856	-14.544

T-Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 PE pre perlakuan	18.15	20	3.329	.744
PE post perlakuan	19.70	20	2.940	.657

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 PE pre perlakuan & PE post perlakuan	20	.166	.484

Paired Samples Test

	Paired Differences		
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 PE pre perlakuan - PE post perlakuan	-1.550	4.058	.907

Paired Samples Test

	Paired Differences		t
	95% Confidence Interval of the Difference		
	Lower	Upper	
Pair 1 PE pre perlakuan - PE post perlakuan	-3.449	.349	-1.708

Paired Samples Test

	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 PE pre perlakuan - PE post perlakuan	19	.104

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PE pre kontrol	17.45	20	4.249	.950
	PE post Kontrol	14.65	20	3.528	.789

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PE pre kontrol & PE post Kontrol	20	.798	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	PE pre kontrol - PE post Kontrol	2.800	2.567	.574

Paired Samples Test

		Paired Differences		t
		95% Confidence Interval of the Difference		
		Lower	Upper	
Pair 1	PE pre kontrol - PE post Kontrol	1.599	4.001	4.878

Paired Samples Test

		df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	PE pre kontrol - PE post Kontrol	19	.000



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"**

No : 142-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**"PENGARUH SOLUTION FOCUSED BRIEF COUNSELLING (SFBC) DALAM MENCEGAH
BURNOUT SYNDROME PADA MAHASISWA KEPERAWATAN SEMESTER DELAPAN
DI FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS WIRARAJA SUMENEP"**

Peneliti utama : Sugesti Alifitah, S.Kep.,Ns.
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol

15 April 2015
Ketua (Chairman)
KEPK
FKM-U
Prof. Bambang W., dr., M.S., M.CN., Ph.D., Sp.GK.
SNP 99490320 197703 1 002