

DAFTAR PUSTAKA

- Accreditation Council on Graduate Medical Education [ACGME]. Clinical Learning Environment Review overview. Available from: <http://www.acgme.org/What-We-Do/Initiatives/Clinical-Learning-Environment-Review-CLER>. [Accessed 22 Oct 202].
- Al-Shiekh, M.H., Ismail, M.H., Al-Khater, S.A., 2014. Validation of the postgraduate hospital educational environment measure at a Saudi university medical school. *Saudi Med J.* 35 (7), 734–738.
- Allen, M., Gawad, N., Park, L., Raïche, I., 2019. The educational role of autonomy in medical training: a scoping review. *J Surg Res.* 9, 240:1–16. doi:10.1016/j.jss.2019.02.034
- Anderson, K., Haesler, E., Stubbs, A., Molinari, K., 2015. Comparing general practice and hospital rotations. *Clin Teach.* 12, 8–13.
- Asch, D.A., Nicholson, S., Srinivas, S., Herrin, J., Epstein, A.J., 2009. Evaluating obstetrical residency programs using patient outcomes. *JAMA.* 302, 1277–1283.
- Asch, D.A., Parker, R.M., 1988. The Libby Zion case. One step forward or two steps backward? *N Engl J Med.* 318, 771–775.
- Auret, K.A., Skinner, L., Sinclair, C., Evans, S.F., 2013. Formal assessment of the educational environment experienced by interns placed in rural hospitals in Western Australia. *Rural Remote Health.* 13, 2549.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., 2016. Job demands-resources theory: taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol.* 22 (3), 273–85.
- Bari, A., Khan, R.A., Rathore, A.W., 2018. Postgraduate residents' perception of the clinical learning environment; use of postgraduate hospital educational environment measure (PHEEM) in Pakistani context. *J Pak Med Assoc.* 68 (3), 417–422.
- Barron, H.L., 2006. A Case that Shook Medicine. *Washington Post.* November 28.
- Binsaleh, S., Babaeer, A., Alkhayal, A., Madbouly, K., 2015. Evaluation of the learning environment of urology residency training using the postgraduate hospital educational environment measure inventory. *Adv Med Educ Pract.* 6, 271–277. doi:10.2147/AMEP.S81133.
- Bitran, M., Zuniga, D., Pedrals, N., Padilla, O., Mena, B., 2012., Medical students' change in learning styles during the course of the undergraduate program: from 'thinking and watching' to 'thinking and doing'. *Can Med Educ J.* 3, e86–e97.
- Boor, K., Van Der Vleuten, C., Teunissen, P., Scherpbier, A., Scheele, F., 2011. Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate. *Med Teach.* 33, 820–7.

- Boor, K.B., 2009. *The Clinical Learning Climate*. Amsterdam, the Netherlands: Vrije Universiteit Amsterdam.
- British Medical Association [BMA] Health Policy and Economic Research Unit., 2003. Violence in the workplace: the experience of UK doctors; Available from: <http://image.guardian.co.uk/sysfiles/Society/documents/2003/10/15/violeceatwork.pdf>. [Accessed 22 Oct 202].
- Brown, T., Williams, B., Lynch, M., 2011. The Australian DREEM: evaluating student perceptions of academic learning environments within eight health science courses. *International Journal of Medical Education*. 2, 94-101.
- Cadieux, G., Tamblyn, R., Dauphinee, D., Libman, M., 2007. Predictors of inappropriate antibiotic prescribing among primary care physicians. *CMAJ*. 177, 877–883.
- Center, C., Davis, M., Detre, T., et al., 2003. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 289, 3161–6.
- Chan, C.Y., Sum, M.Y., Lim, W.S., Chew, N.W., Samarasekera, D.D., Sim, K., 2016. Adoption and correlates of Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) in the evaluation of learning environments – a systematic review. *Med Teach*. 38, 1248–1255.
- Chen, C., Petterson, S., Phillips, R., Bazemore, A., Mullan, F., 2014. Spending patterns in region of residency training and subsequent expenditures for care provided by practicing physicians for Medicare beneficiaries. *JAMA*. 312, 2385–2393.
- Clapham, M., Wall, D., Batchelor, A., 2007. Educational environment in intensive care medicine—use of Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM). *Med Teach*. 29 (6), e184–e191. doi:10.1080/01421590701288580.
- Co, J.P.T., Weiss, K.B., Koh, N.J., Wagner, R., 2018. CLER Program. CLER National Report of Findings 2018: Executive Summary. Chicago (IL): Accreditation Council for Graduate Medical Education.
- Coombs, A.A., King, R.K., 2005. Workplace discrimination: experiences of practicing physicians. *J Natl Med Assoc*. 97,467–477.
- Cresswell, J.W., Plano, V.K.C., 2011. *Designing and Conducting Mixed Method Research*. Edisi ke-3. Los Angeles: Sage Publication, Asia-Pacific Pte. Ltd.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L., 2000. Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice*. 39(3), 124–130. https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2

- Datta, S.T., Davies, S.J., 2014. Training for the future NHS: training junior doctors in the United Kingdom within the 48-hour European working time directive. *BMC Med Educ.* 14. doi: 10.1186/1472-6920-14-S1-S12.
- Dijkstra, I.S., Pols, J., Remmelts, P., Rietzschel, E.F., Cohen-Schotanus, J., Brand P.L., 2015. How educational innovations and attention to competencies in postgraduate medical education relate to preparedness for practice: the key role of the learning environment. *Perspect Med Educ.* 4, 300–7.
- Dine, C.J., Bellini, L.M., Diemer, G., Ferris, A., Rana, A., Simoncini, G., et al., 2015. Assessing correlations of physicians' practice intensity and certainty during residency training. *J Grad Med Educ.* 7, 603–609.
- Dyrbye, L.N., Power, D.V., Massie, F.S., Eacker, A., Harper, W., Thomas, M.R., Szydlo, D.W., Sloan, J.A., Shanafelt, T.D., 2010. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ.* 44, 1016–1026.
- Dyrbye, L., Shanafelt, T., 2016. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ.* 50, 132–49.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Massie, F.S., et al., 2008. Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med.* 149, 334.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H., 2014. Qualitative Content Analysis. *SAGE Open.* 4(1), 215824401452263. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Enujioké, S. C., McBrayer, K., Soe, K. C., Imburgia, T. M., Robbins, C., 2021. Impact of COVID-19 on post graduate medical education and training. *BMC Medical Education.* 21, 580. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03019-6>
- Fenwick, T., 2014. Sociomateriality in medical practice and learning: Attuning to what matters. *Med Educ.* 48, 44–52.
- Ferrara, M., Romano, V., Steel, D. H., Gupta, R., Iovino, C., Van Dijk, E. H. C., Romano, M. R. (2020). Reshaping ophthalmology training after COVID-19 pandemic. *Eye,* 34, 2089-2097.
- Fisseha, H., Mulugeta, B., Argaw, A.M., Kassu, R.A., 2021. Internal Medicine Residents' Perceptions of The Learning Environment of a Residency Training Program in Ethiopia: a Mixed Method Study. *Advances in Medical Education and Practice.* 12, 1175–1183.
- Gazelle, G., Liebschutz, J.M., Riess, H., 2015. Physician burnout: coaching a way out. *J Gen Int Med.* 30, 508–13.
- Genn, J.M., 2001. AMEE medical education guide no. 23 (part 2): curriculum, environment, environment, quality and change in medical education—a unifying perspective. *Med Teach.* 23, 445–54.

- General Medical Council [GMC], 2016. The state of medical education and practice in the UK. London (UK): General Medical Council. Available from https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/gmc-somep-2016—executive-summary_pdf-68137466.pdf. [accessed on 30 Oct 2022].
- General Medical Council [GMC], 1993. Tomorrow's doctor: recommendations on undergraduate medical curriculum. London (UK): General Medical Council.
- Genn J., Harden, R., 1986. What is medical education here really like? Suggestions for action research studies of climates of medical education – unifying perspective. *Med Teach.* 8, 111–124.
- Golub, J., Weiss, P., Ramesh, A., Ossoff, R., Johns, M., 2007. Burnout in residents of otolaryngology-head and neck surgery: a national inquiry into the health of residency training. *Acad Med.* 82, 596–601.
- Gough. J, Bullen. M, Donath. S., 2010. PHEEM 'downunder'. *Med Teach.* 32,161-3.
- Gong, D., Winn, B. J., Beal, C. J., Blomquist, P. H., Chen, R.W., Culican, S.M., et al. 2019. Gender differences in case volume among ophthalmology residents. *JAMA Ophthalmol.* 137, 1015–20. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2019.2427>.
- Gruppen, L.D., Irby, D.M., Durning, S.J., Maggio, L.A., 2018. Interventions designed to improve the learning environment in the health professions: a scoping review. *AMEE MedEd Pub.* 7:73.
- Gruppen, L.D., Irby, D.M., Durning, S.J., Maggio, L.A., 2019. Conceptualizing Learning Environments in the Health Professions. *Acad Med.* 94, 969–974.
- Harden, R.M., Crosby, J., 2000 AMEE Guide No 20: the good teacher is more than a lecturer—the twelve roles of the teacher. *Med Teach.* 22(4), 334–347. doi:10.1080/014215900409429.
- Henning, M.A., Hawken, S.J., Hill, A.G., 2009. The quality of life of New Zealand doctors and medical students: what can be done to avoid burnout? *N Z Med J.* 122, 102–110.
- Holt, K.D., Miller, R.S., Vasilias, J., Byrne, L.M., Cable, C., Grosso, L., et al., 2018. Relationships between the ACGME resident and faculty surveys and program pass rates on the ABIM internal medicine certification examination. *Acad Med.* 93, 1205–1211.
- Hopmans, C.J., den Hoed, P.T., van der Laan, L., van der Harst, E., van der Elst, M., Mannaerts, G.H., et al., 2015. Impact of the European Working Time Directive (EWTD) on the operative experience of surgery residents. *Surgery.* 157, 634–641.
- Hutchins, E.B., 1961. The 1960 medical school graduate: his perception of his faculty, peers, and environment. *J Med Educ.* 36, 322–329.

- Ibrahim, H., Lindeman, B., Matarelli, S.A., Nair, S.C., 2014. International Residency Program Evaluation: assessing the reliability and initial validity of the ACGME-I resident survey in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *J Grad Med Educ.* 6, 517–520.
- Institute of Medicine [IOM], 2000. *To err is human*. Washington (DC): National Academy Press.
- Ishak, W.W., Lederer, S., Mandili, C., Nikravesh, R., Seligman, L., Vasa, M., et al., 2009. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* 1, 236–242.
- Jackson, E.R., Shanafelt, T.D., Hasan, O., Satele, D., Dyrbye, L.N., 2016. Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. medical students. *Acad Med*. In press.
- Josiah, M., Jr. Foundation, 2018. *Improving environments for learning in the health professions. Recommendations from the Macy Foundation Conference*. New York: Josiah Macy Jr. Foundation.
- Kanashiro, J., McAleer, S., Roff, S., 2006. Assessing the educational environment in the operating room—a measure of resident perception at one Canadian institution. *Surgery.* 139, 150–158.
- Khan, J.S., 2008. Evaluation of the educational environment of postgraduate surgical teaching. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 20, 104–107.
- Khoja, A.T., 2015. Evaluation of the educational environment of the Saudi family medicine residency training program. *J Fam Community Med.* 22, 49–56.
- Kilty, C., Flood, P., Fu, N., Horgan, M., Higgins, A., Bridget, M., et al., 2017. A national stakeholder consensus study of challenges and priorities for clinical learning environments in postgraduate medical education. *BMC Med Educ.* 17(1): 226. doi: [10.1186/s12909-017-1065-2](https://doi.org/10.1186/s12909-017-1065-2).
- Krug, M.F., Golob, A.L., Wander, P.L., Wipf, J.E., 2017. Changes in resident well-being at one institution across a decade of progressive work hours limitations. *Acad Med.* 92(10), 1480–4.
- Larkin, C., Di Blasi, Z., Arensman, E., 2014. Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies. *PLoS One.* 9, e84282.
- Lebow, D., 1993. Constructivist values for instructional systems design: five principles toward a new mindset. *Educ Technol Res Dev.* 41, 4–16.
- Levey, R.E., 2001. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad Med.* 76:142–150.
- Lewin, K., 1947. *Frontiers of Group Dynamics: concept, method and reality in social science, social equilibria, and social change.* *Hum Relat.* 1, 5–41.

- Liaison Committee for Medical Education [LCME], 2018. The Role of Students in the Accreditation of Medical Education Programs in the US. Published June 2017 For Medical Education Programs with Full Accreditation Surveys in the 2018–19 academic year. Available on: <http://lcme.org/publications/#Guidelines-amp-Procedures>. [accessed 22 Oct 2022].
- Liaqat, N., Iqbal, A., Dar, S.H., 2019. Assessment of Environment of Pediatric Surgery Residents of Pakistan using PHEEM. *Iranian Journal of Pediatric Surgery*. 5(1), 11 -20.
- Lin, C.C., Lin, B.Y., Lin, C.D., 2016. Influence of clerks' personality on their burnout in the clinical workplace: a longitudinal observation. *BMC Med Educ*. 16, 30.
- Llera, J., Durante, E., 2014. Correlation between the educational environment and burnout syndrome in residency programs at a university hospital. *Arch Argent Pediatr*. 112(1),6–11. doi:10.1590/S0325-00752014000100003.
- Lockwood, J.H., Sabharwal, R.K., Danoff, D., Whitcomb, M.E., 2004. Quality improvement in medical students' education: the AAMC medical school graduation questionnaire. *Med Educ*. 38, 234–236.
- Lombarts, K.M., Heineman, M.J., Scherpbier, A.J., Arah, O.A., 2014. Effect of the learning climate of residency programs on Faculty's teaching performance as evaluated by residents. *PLoS One*. 9, e86512.
- Lucas, M.N, Samarage, D.K., 2008. Trainees' perception of the clinical learning environment in the post graduate training programme in paediatrics. *Sri Lanka J Child Health*. 37, 76–80.
- Mahendran, R., Broekman, B., Wong, J.C., Lai, Y.M., Kua, E.H., 2013. The educational environment: comparisons of the British and American postgraduate psychiatry training programmes in an Asian setting. *Med Teach*. 35, 959–961.
- Maisonneuve, J.J., Lambert, T.W., Goldacre, M.J., 2014. UK doctors' views on the implementation of the European Working Time Directive as applied to medical practice: a quantitative analysis. *BMJ Open*. 4. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004390>.
- Malik, H. H., and Hossain, I. T., 2015. Healthcare information technology in medical education – a forgotten focus. *Medical Education Online*. 20, doi: 10.3402/meo.v20.30191.
- Maling, S., Kirandeep Kaur, K., and Bharat Gurnani, B., 2023. Should there be global standards in ophthalmology training? *Eye*. <https://doi.org/10.1038/s41433-023-02582-0>
- Masic, I., Pandza, H., Toromanovic, S., Masic, F., Sivic, S., Zunic, L., Masic Z., 2011. "Information Technologies (ITs) in Medical Education. *ACTA Informatica Medica Journal*. 19(3), 161–167. doi: 10.5455/aim.2011.19.161-167.

- Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P., 1996. Maslach burnout inventory manual. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Mavis, B., Sousa, A., Lipscomb W, Rappley MD. 2014. Learning about medical student mistreatment from responses to the medical school graduation questionnaire. *Acad Med.* 89:705–711.
- Montgomery, A., Todorova, I., Baban, A., Panagopoulou, E., 2013. Improving quality and safety in the hospital: the link between organizational culture, burnout, and quality of care. *Br J Health Psychol.* 18, 656–62.
- Nomura, K., Yano, E., Mizushima, S., Endo, H., Aoki, M., Shinozaki, H., Fukui, T. 2014. The Shift of Residents from University to Non-University Hospitals in Japan: A Survey Study. *J Gen Intern Med.* 23(7), 1105–9. doi:10.1007/s11606-008-0644-7.
- Nordquits, J., Hall, J., Caverzagie, K., Snell, L., Chan, M., Thoma, B., et al. 2019. The clinical learning environment. *Medical Teacher.* doi:10.1080/0142159X.2019.1566601.
- Norman, R.I., Dogra, N., 2014. A survey of the practice and experience of clinical educators in UK secondary care. *BMC Med Educ.* 14:229.
- Nunez-Smith, M., Pilgrim, N., Wynia, M., Desai, M.M., Bright, C., Krumholz, H.M., et al., 2009. Health care workplace discrimination and physician turnover. *J Natl Med Assoc.* 101, 1274–1282.
- Oblinger, D., Lippincott., J.K., 2006. Learning Spaces. Boulder, CO: EDUCAUSE. Available from: <https://digitalcommons.brockport.edu/bookshelf/78>. [Accessed on 28 Oct 2022].
- Ohberg, A., Vuori, E., Ojanpera, I., Lonngvist, J., 1996. Alcohol and drugs in suicides. *Br J Psychiatry.* 169, 75–80.
- Ong, A.M., Fong, W.W., Chan, A.K., Phua, G.C., Tham, C.K., 2019 Using the Postgraduate Hospital Educational Environment Measure to identify areas for improvement in a Singaporean Residency Program. *J Grad Med Educ.* 11(4 Suppl), 73–78. doi:10.4300/JGME-D-19-00234.
- Ong, A.M., Fong, W.W., Chan, A.K., Phua, G.C., Tham, C.K., 2020 Evaluating the educational environment in a residency programme in Singapore: can we help reduce burnout rates? *Singapore Med J.* 61 (9), 476–482. doi:10.11622/smedj.2019094.
- Oreskovich, M.R, Kaups, K.A., Balch, C., et al., 2011. The prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Arch Surg.* 147, 168–74.
- Oreskovich, M.R., Shanafelt, T., Dyrbye, L.N., et al., 2015. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict.* 24(1), 30–8.

- Orlikowski, W.J., 2010. The sociomateriality of organisational life: Considering technology in management research. *Cambridge J Econ.* 34, 125–141.
- Orlikowski, W.J., 2007. Sociomaterial practices: Exploring technology at work. *Organ Stud.* 28, 1435–1448.
- Pai, S.A., 2015. Violence against doctors on the increase in India. *Natl Med J India.* 28, 214–215.
- Palmgren, P., 2016. It Takes Two to Tango: an inquiry into healthcare professional education environments. Thesis, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., et al., 2017. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 177, 195–205.
- Pathman, D.E., Konrad, T.R., Williams, E.S., Scheckler, W.E., Linzer, M., Douglas, J., 2002. Satisfaction Study Group. Physician job satisfaction, dissatisfaction, and turnover. *J Fam Pract.* 51, 593.
- Philibert, I., Friedmann, P., Williams, W.T., 2002. ACGME Work Group on Resident Duty Hours. Accreditation Council for Graduate Medical Education. 2002. New requirements for resident duty hours. *JAMA.* 288, 1112–1114.
- Phillips, J.P., 2016. Workplace violence against health care workers in the United States. *N Engl J Med.* 374, 1661–1669.
- Pinnock, R., Reed, P., Wright, M., 2009. The learning environment of paediatric trainees in New Zealand. *J Paediatr Child Health.* 45, 529–534.
- Prins, J.T., Gazendam-Donofrio, S.M., Tubben, B.J., Van der Heijden, F.M., Van de Wiel, H.B., Hoekstra-Weebers, J.E., 2007. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ.* 41, 788–800.
- Prins, J.T., Hoekstra-Weebers, J.E., Gazendam-Donofrio, S.M., et al., 2010. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: A national study. *Med Educ.* 44, 236–47.
- Raharjanti, N.W. and Ramadianto, A.S., 2016. Validity and reliability of postgraduate hospital educational environment measure – bahasa indonesia version. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia.* 5(3), 157-62.
- Ramani, S., Leinster, S., 2008. AMEE Guide No. 34: teaching in the clinical environment. *Med Teach.* 30(4), 347–364. doi:10.1080/01421590802061613.
- Ripp, J.A., Privitera, M.R., West, C., et al., 2017 Well-Being in Graduate Medical Education: A Call for Action. *Acad Med.* 92, 914–7.

- Risberg, G., Johansson, E., Westman, G., Hamberg, K., 2003. Gender in medicine – an issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes. *Int J Equity Health*. 2, 10.
- Rodriguez-Jareno, M.C., Demou, E., Vargas-Prada, S., Sanati, K.A., Skerjanc, A., Reis, P.G., et al., 2014. European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence. *BMJ Open*. 4. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004916>.
- Roff, S., McAleer, S., 2001. What is educational climate? *Med Teach*. 23, 333–334.
- Roff, S., McAleer, S., Harden, R., Al-Qahtani, M., Ahmed, A., Deza, H., et al., 1997. Development and validation of the Dundee ready education environment measure (DREEM). *Med Teach*. 19, 295–299.
- Roff, S., McAleer, S., Skinner, A., 2005. Development and validation of an instrument to measure the postgraduate clinical learning and teaching educational environment for hospital-based junior doctors in the UK. *Med Teach*. 27, 326–331.
- Samarakoon, L., Fernando, T., Rodrigo, C., 2013. Learning styles and approaches to learning among medical undergraduates and postgraduates. *BMC Med Educ*. 13, 42.
- Sandhu, A., Liaqat, N., Waheed, K., et al., 2018. Evaluation of educational environment for postgraduate residents using Post Graduate Hospital Educational Environment Measure. *J Pak Med Assoc*. 68 (5), 790–792.
- Schönrock-Adema, J., Bouwkamp-Timmer, T., van Hell, E.A., Cohen-Schotanus, J., 2012. Key elements in assessing the educational environment: where is the theory? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 17, 727-42.
- Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., et al., 2010. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 251, 995–1000.
- Shanafelt, T.D., Bradley, K.A., Wipf, J.E., Back, A.L., 2002. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 136, 358–67.
- Shankar, P.R., Balasubramaniam, R., Dwivedi, N.R., Nuguri, V., 2014. Student feedback about the integrated curriculum in a Caribbean medical school. *J Educ Eval Health Prof*. 30(11), 23.
- Shimizu, T., Tsugawa, Y., Tanoue, Y., Konishi, R., Nishizaki, Y., Kishimoto, M., et al., 2013. The hospital educational environment and performance of residents in the General Medicine In-Training Examination: a multicenter study in Japan. *Int J Gen Med*. 29, 637–640.
- Silkens, M. W. M., Chahine, S., Lombarts, K. M. J. M. H., Arah, O. A., 2018. From good to excellent: improving clinical departments' learning climate in residency training. *Med Teach*. 40, 237-43.

- Sirovich, B.E., Lipner, R.S., Johnston, M., Holmboe, E., 2014. The association between residency training and internists' ability to practice conservatively. *JAMA Intern Med.* 174, 1640–1648.
- Squires, A., Finlayson, C., Gerchow, L., Cimiotti, J.P., Matthews, A., Schwendimann, R., et al., 2014. Methodological considerations when translating “burnout”. *Burn Res.* 1, 59–68.
- Sum, M.Y., Chew, Q.H., Sim, K., 2019. Perceptions of the Learning Environment on the Relationship Between Stress and Burnout for Residents in an ACGME-I Accredited National Psychiatry Residency Program. *Journal of Graduate Medical Education Supplement*, doi: DOI: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-18-00795>
- Talib, Z., Narayan, L., Harrod, T., 2019. Postgraduate Medical Education in Sub-Saharan Africa: a scoping review spanning 26 years and lessons learned. *J Grad Med Educ.* 11(4 Suppl), 34–46. doi:10.4300/ JGME-D-19-0017021
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Girard, N., Bartlett, G., Grand'Maison, P., et al., 2005. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ.* 331, 1002.
- Ten Cate, O., Durning, S., 2007. Peer teaching in medical education: twelve reasons to move from theory to practice. *Med Teach.* 29:591–599.
- Tsai, J.C., Chen, C.S., Sun, I.F., Liu, K.M., Lai, C.S., 2014. Clinical learning environment measurement for medical trainees at transitions: relations with socio-cultural factors and mental distress. *BMC Med Educ.* 14, 226. doi:10. 1186/1472-6920-14-226.
- Vandenbroeck, S., Lambreghts, C., De Witte, H., Vanhaecht, K., Godderis, L., 2017. Burnout and work engagement in medical trainees and specialists. *Tijdschr voor Geneskunde.* 73, 9–16.
- Van Der Heijden, F., Dillingh, G., Bakker, A., Prins, J., 2008. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res.* 12, 344–6.
- Van Gerven, E., Vander Elst, T., Vandenbroeck, S., Dierickx, S., Euwema, M., Sermeus, W., et al., 2016. Increased risk of burnout for physicians and nurses involved in a patient safety incident. *Med Care.* 54, 937–43.
- Van Vendeloo, S.N., et al., 2018. The learning environment and resident burnout: a national study. *Perspect Med Educ.* 7, 120–125.
- Van Vendeloo, S.N., Brand, P.L., Verheyen, C.C., 2014. Burnout and quality of life among orthopedic trainees in a modern educational program: importance of the learning environment. *Bone Joint J.* 96, 1133–8.
- Vaughn, L., Baker, R., 2001. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods. *Med Teach.* 23, 610–612.

- Vieira, J.E., 2008. The postgraduate hospital educational environment measure (PHEEM) questionnaire identifies quality of instruction as a key factor predicting academic achievement. *Clinics (Sao Paulo)*. 63, 741–746.
- Wagner, R., Koh, N.J., Patow, C., Newton, R., Casey, B.R., Weiss, K.B., 2016. CLER Program. 2016 detailed findings from the CLER national report of findings. *J Grad Med Educ*. 8, 35–54.
- Wayne, S.J., Fortner, S.A., Kitzes, J.A., Timm, C., Kalishman, S., 2013. Cause or effect? The relationship between student perception of the medical school learning environment and academic performance on USMLE Step 1. *Med Teach*. 35, 376–380.
- Weiss, K.B., Co, J.P.T., Bagian, J.P., 2018. Challenges and opportunities in the 6 focus areas: CLER national report of findings 2018. *J Grad Med Educ*. 10, 25–48.
- Weiss, K.B., Bagian, J.P., Nasca, T.J., 2013. The clinical learning environment: the foundation of graduate medical education. *JAMA*. 309, 1687–1688.
- Weiss, K.B., Wagner, R., Nasca, T.J., 2012. Development, testing, and implementation of the ACGME Clinical Learning Environment Review (CLER) program. *J Grad Med Educ*. 4, 396–398.
- West, C.P., Drefahl, M.M., Popkave, C., Kolars, J.C., 2009. Internal medicine resident self-report of factors associated with career decisions. *J Gen Intern Med*. 24, 946–949.
- West, C.P., Shanafelt, T.D., Kolars, J.C., 2011. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*. 306, 952–60.
- West, C.P., Tan, A.D., Shanafelt, T.D., 2012. Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents. *Mayo Clinic Proc*. 87, 1138–44.
- Wu, D., Wang, Y., Kwok, F.L., Hesketh, T., 2014. Health system reforms, violence against doctors and job satisfaction in the medical profession: a cross-sectional survey in Zhejiang Province, Eastern China. *BMJ Open*. 4, e006431.
- Yaldizli, O., Kuhl, H.C., Graf, M., Wiesbeck, G.A., Wurst, F.M., 2010. Risk factors for suicide attempts in patients with alcohol dependence or abuse and a history of depressive symptoms: a subgroup analysis from the WHO/ISBRA study. *Drug Alcohol Rev*. 29, 64–74.

LAMPIRAN

Lampiran 1. KUISIONER PENELITIAN

**INSTRUMEN PARAMETER LINGKUNGAN PENDIDIKAN
RUMAH SAKIT PENDIDIKAN PASCA SARJANA**

No :

Nama :

Gender: Laki-laki Perempuan (berilah tanda silang)Tingkat pelatihan: Magang Mandiri (berilah tanda silang)

Semester pada tingkatan ini: 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ((berilah tanda silang)

Hal-hal di bawah ini berkaitan dengan pengalaman anda saat ini. Harap baca setiap pernyataan dan nilailah sesuai dengan perasaan anda mengenai posisi anda di rumah sakit saat ini. Hal ini mengenai persepsi pribadi anda terhadap bagian tersebut.

Beri tanda (X) pada kotak yang sesuai

1. Sangat setuju
2. Setuju
3. Ragu-ragu
4. Tidak setuju
5. Sangat tidak setuju

No	Pertanyaan	1	2	3	4	5
1	Saya diberikan informasi mengenai jam kerja					
2	Pengajar klinis saya memberikan target yang jelas					
3	Saya memiliki masa pendidikan yang jelas di bagian ini					
4	Saya memiliki program pengenalan/matrikulasi yang informatif					
5	Saya memiliki tingkat tanggung jawab yang sesuai di bagian ini					
6	Saya mendapatkan supervisi klinis yang baik di setiap waktu					
7	Ada isu rasisme (SARA) di bagian ini					
8	Saya harus melakukan tugas yang tidak semestinya					
9	Ada buku panduan pengajaran bagi residen yang informatif					
10	Pengajar klinis saya memiliki ketrampilan komunikasi yang baik					
11	Saya dipanggil untuk mengerjakan pekerjaan yang bukan bagian dari pendidikan					
12	Saya dapat berpartisipasi aktif dalam kegiatan pendidikan					

13	Ada diskriminasi gender di bagian ini					
14	Ada protokol klinis yang jelas di bagian ini					
15	Pengajar klinis saya sangat antusias					
16	Saya menjalin kerja sama yang baik dengan dokter sejawat lain					
17	Jam kerja saya sesuai dengan peraturan yang ada					
18	Saya mendapat kesempatan untuk memberikan pelayanan berkelanjutan					
19	Saya memiliki akses yang sesuai untuk bimbingan karir					
20	Rumah sakit ini menyediakan akomodasi (kamar jaga) yang baik untuk para dokter, terutama saat jaga					
21	Terdapat akses untuk program pendidikan yang relevan dengan kebutuhan saya					
22	Saya secara reguler mendapat umpan balik dari para senior					
23	Pengajar klinis saya terorganisasi dengan baik					
24	Saya merasa aman secara fisik saat berada di lingkungan rumah sakit ini					
25	Tidak ada budaya menyalahkan di bagian ini					
26	Tersedia konsumsi (makanan dan minuman) yang cukup saat jaga					
27	Saya cukup mendapatkan pengalaman belajar klinis yang dibutuhkan					
28	Pengajar klinis saya memiliki ketrampilan mengajar yang baik					
29	Saya merasa menjadi bagian dari tim yang bekerja di sini					
30	Saya mendapat kesempatan untuk menguasai prosedur praktik yang sesuai dengan tingkatan saya					
31	Pengajar klinis saya mudah ditemui					
32	Beban kerja saya masih wajar					
33	Staf senior memanfaatkan kesempatan belajar dengan efektif					
34	Pelatihan di bagian ini membuat saya siap untuk menjadi seorang spesialis/konsultan					
35	Pengajar klinis saya memiliki ketrampilan mentoring yang baik					
36	Saya sangat menikmati pekerjaan saya saat ini					
37	Pengajar klinis saya memotivasi saya untuk menjadi pelajar yang mandiri					
38	Tersedia kesempatan untuk konseling bagi residen yang gagal menyelesaikan pelatihan dengan memuaskan					
39	Para pengajar klinis memberikan umpan balik positif mengenai kekuatan dan kelemahan saya					
40	Pengajar klinis saya menciptakan suasana saling menghormati					

Komentar _____

Interpretasi Kuisisioner *Postgraduate Hospital Educational Environment Measure*

PHEEM dikelompokkan menjadi 3 komponen, yaitu:

1. Persepsi peran otonomi terdiri dari 14 butir dan skor maksimal untuk sub-skala ini adalah 56. Berikut ini ditampilkan daftar butir pertanyaan komponen persepsi terhadap peran otonomi:

Butir	Pertanyaan
1	Saya diberikan informasi mengenai jam kerja
4	Saya memiliki program pengenalan/matrikulasi yang informatif
5	Saya memiliki tingkat tanggung jawab yang sesuai di bagian ini
8	<i>Saya harus melakukan tugas yang tidak seharusnya</i>
9	Ada buku panduan pengajaran bagi residen yang informatif
11	<i>Saya dipanggil dengan tidak semestinya untuk melakukan pekerjaan yang tidak berhubungan dengan pendidikan spesialis</i>
14	Ada protokol klinis yang jelas di bagian ini
17	Jam kerja saya sesuai dengan peraturan yang ada
18	Saya mendapat kesempatan untuk memberikan pelayanan berkelanjutan
29	Saya merasa menjadi bagian dari tim yang bekerja di sini
30	Saya mendapat kesempatan untuk menguasai prosedur praktik yang sesuai dengan tingkatan saya
32	Beban kerja saya masih wajar
34	Pelatihan di bagian ini membuat saya siap untuk menjadi spesialis/konsultan
40	Pengajar klinis saya menciptakan suasana saling menghormati

2. Persepsi pengajaran terdiri atas 15 butir pertanyaan dan skor maksimal subskala ini adalah 60. Berikut ini rincian butir pernyataan komponen persepsi terhadap pengajaran:

Butir	Pertanyaan
2	Pengajar klinis saya memberikan target yang jelas
3	Saya memiliki masa pendidikan yang jelas di bagian ini
6	Saya mendapatkan supervisi klinis yang baik di setiap waktu
10	Pengajar klinis saya memiliki ketrampilan komunikasi yang baik
12	Saya dapat berpartisipasi aktif dalam kegiatan pendidikan
15	Pengajar klinis saya sangat antusias
21	Terdapat akses untuk program pendidikan yang relevan dengan kebutuhan saya
22	Saya secara reguler mendapat umpan balik dari para senior
23	Pengajar klinis saya terorganisasi dengan baik
27	Saya cukup mendapatkan pengalaman belajar klinis yang dibutuhkan
28	Pengajar klinis saya memiliki ketrampilan mengajar yang baik
31	Pengajar klinis saya mudah ditemui
33	Staf senior memanfaatkan kesempatan belajar dengan efektif
37	Pengajar klinis saya memotivasi saya untuk menjadi pelajar yang mandiri
39	Para pengajar klinis memberikan umpan balik positif mengenai kekuatan dan kelemahan saya

3. Persepsi dukungan sosial terdiri atas 11 butir dan skor maksimal subskala ini adalah 44. Berikut ini adalah rincian butir pertanyaan komponen persepsi terhadap dukungan sosial:

Butir	Pertanyaan
7	<i>Ada isu rasisme di bagian ini</i>
13	<i>Ada diskriminasi gender di bagian ini</i>
16	Saya menjalin kerja sama yang baik dengan dokter lain yang setingkat
19	Saya memiliki akses yang sesuai untuk bimbingan karir
20	Rumah sakit ini menyediakan akomodasi yang baik untuk para dokter, terutama saat jaga
24	Saya secara fisik merasa aman dalam lingkungan rumah sakit ini
25	Tidak ada budaya menyalahkan di bagian ini
26	Tersedia fasilitas katering yang memuaskan bahkan saat jaga
35	Pengajar klinis saya memiliki ketrampilan mentoring yang baik
36	Saya sangat menikmati pekerjaan saya saat ini
38	Tersedia konseling untuk para residen yang gagal menyelesaikan pelatihan dengan memuaskan

Interpretasi hasil skoring masing-masing sub-skala adalah sebagai berikut:

I. Interpretasi skor total PHEEM:

Skor 0-40 sangat buruk

Skor 41-80 banyak masalah

Skor 81-120 lebih banyak positif daripada negatif, perlu perbaikan

Skor 121-160 sangat baik.

II. Persepsi peran otonomi:

Skoring 0–14 sangat buruk

Skoring 15–28 pandangan negatif terhadap peran seseorang

Skoring 29–42 persepsi yang lebih positif terhadap peran seseorang

Skoring 43–56 persepsi yang sangat baik terhadap pekerjaan seseorang

III. Persepsi pengajaran:

Skoring 0–15 kualitas sangat buruk

Skoring 16–30 perlu pelatihan kembali

Skoring 31–45 bergerak ke arah yang benar

Skoring 46–60 guru idola

IV. Persepsi dukungan sosial:

Skoring 0–11 tidak ada sama sekali

Skoring 12–22 bukan tempat yang menyenangkan

Skoring 23–33 lebih banyak pro daripada kontra

Skoring 34–44 lingkungan yang suportif

Catatan: PHEEM juga dapat digunakan untuk menentukan kekuatan dan kelemahan yang lebih spesifik dalam lingkungan pendidikan. Untuk melakukan ini, perlu dilihat respon terhadap masing-masing item. Item yang memiliki skor rata-rata 3,5 atau lebih adalah poin positif nyata. Setiap item dengan rata-rata 2 atau kurang harus diperiksa lebih dekat karena mereka menunjukkan area masalah. Item dengan rata-rata antara 2 dan 3 adalah aspek iklim yang dapat ditingkatkan.

PERTANYAAN TERBUKA

Jawablah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan hal yang anda alami selama menjalankan pendidikan!

1. Ceritakan, bagaimana pendapat/pandangan saudara tentang proses pengajaran yang berlangsung selama ini! (tentang pengajarnya, materinya, sarpras atau apa saja terkait pengajaran)
2. Ceritakan, hal-hal apa saja yang masih kurang dalam proses pengajaran selama ini, dan perlu perhatian lebih! (apakah pengajarnya, materinya, sarpras atau apa saja terkait pengajaran)
3. Ceritakan, hal-hal apa saja yang sudah bagus dalam proses pengajaran selama ini, dan perlu ditingkatkan lagi! (apakah pengajarnya, materinya, sarpras atau apa saja terkait pengajaran)
4. Ceritakan, bagaimana perlakuan orang-orang (rekan kerja dan sejenisnya) selama anda berada di sini!
5. Ceritakan, bagaimana orang-orang (rekan kerja dan sejenisnya) bersikap saat anda melakukan kesalahan/mengalami nasib buruk.
6. Ceritakan, bagaimana orang-orang (rekan kerja dan sejenisnya) bersikap saat anda memperoleh kesuksesan/mengalami nasib baik.
7. Ceritakan, apakah pimpinan di sini memberikan saudara kesempatan untuk mengekspresikan diri!
8. Ceritakan, apakah ide-ide saudara diakomodasi oleh pimpinan di sini (ceritakan apa ide yang diakomodir itu). Jika tidak terakomodir, apakah yang menyebabkannya?

Lampiran 2. Protokol *Focus Group Discussion (FGD)*

Peserta Diskusi

1. Moderator diskusi terdiri dari satu orang yang merupakan seorang ahli dalam memandu jalannya diskusi *FGD*.
2. Responden *FGD* merupakan mahasiswa PPDS Ilmu Kesehatan mata FK Unhas yang telah mengisi kuisisioner *PHEEM* dan bersedia mengikuti *FGD*. Peserta *FGD* sebanyak 20 orang dipilih dengan *purposive sampling*.

Komposisi Kelompok

Peserta *FGD* dibagi menjadi 2 grup, masing-masing terdiri atas 10 orang. Grup dibuat heterogen berdasarkan hasil jawaban kuisisioner tertutup dan terbuka, jenis kelamin maupun tahun masuk.

Waktu dan Tempat Diskusi Kelompok

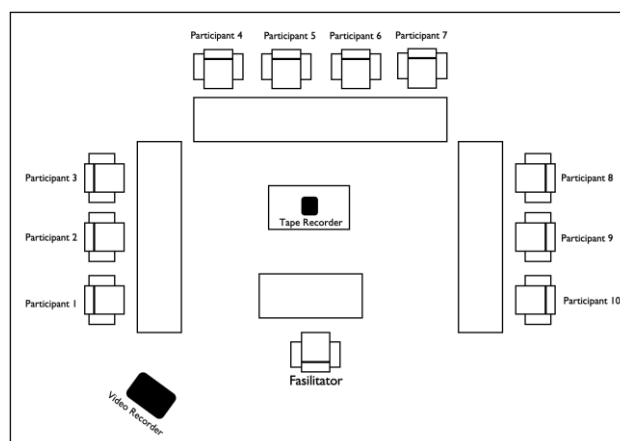
Diskusi dilaksanakan pada bulan Februari 2023 bertempat di Ruang Kuliah Departemen Pendidikan Kedokteran FK Unhas. Diskusi dilaksanakan selama kurang lebih 60-90 menit pada masing-masing kelompok.

Alat dan Bahan Diskusi

1. Meja dan kursi
2. Alat untuk mencatat hasil (alat tulis, buku catatan atau *notebook/laptop*),
3. *Tape recorder* dan atau *video recorder*,
4. Baterai
5. *Flip chart*
6. Petunjuk diskusi

Pengaturan Tempat Duduk

Tempat duduk diatur seperti pada gambar 1. Peserta duduk dalam satu lingkaran dengan moderator. Pencatat duduk di luar lingkaran. Urutan peserta/responden diskusi dilakukan secara acak.



Gambar 1. Posisi tempat duduk sesi *FGD*

Peran Moderator Diskusi

Moderator *FGD* bertugas sebagai pemimpin diskusi. Moderator bertanggung jawab tidak hanya untuk membimbing peserta melalui diskusi, tetapi juga untuk menjaga dinamika kelompok untuk memastikan semua peserta bergabung dalam diskusi. Ketika beberapa peserta mendominasi diskusi, moderator harus

menyampaikan pertanyaan kepada individu yang enggan berbicara, untuk menyeimbangkan partisipasi. Berikut peran moderator saat diskusi:

- b) Menjelaskan topik diskusi.
- c) Memahami topik diskusi sehingga dapat menguasai pertanyaan. Seorang fasilitator tidak perlu seorang ahli yang berkaitan dengan topik diskusi.
- d) Melakukan pendekatan kepada peserta sehingga peserta terdorong untuk mengeluarkan pendapatnya. Fasilitator yang mempunyai rasa humor menjadi nilai plus dalam memimpin sebuah FGD.
- e) Mampu mengarahkan kelompok, bukan sebaliknya.
- f) Bertugas mengajukan pertanyaan dan tetap netral terhadap jawaban peserta. Memastikan kepada peserta bahwa tidak ada jawaban mereka yang benar atau salah. Tidak boleh memberikan persetujuan atau ketidaksetujuan terhadap jawaban yang akan memengaruhi pendapat peserta.
- g) Mengamati peserta dan tanggap terhadap reaksi para peserta. Mendorong semua peserta untuk berpartisipasi dan tidak membiarkan sejumlah individu memonopoli diskusi. Perlu disadari bahwa dinamisitas sebuah kelompok bisa menimbulkan dampak tak terprediksi bagi peserta. Sebagai contoh, seorang peserta yang dominan, bisa menjadikan peserta lain malas berbicara. Contoh lain adalah sebuah komentar jujur peserta, ternyata dapat memancing peserta lain untuk memberikan respons yang lebih jujur lagi
- h) Menciptakan hubungan baik dengan peserta sehingga dapat menggali jawaban dan komentar yang lebih dalam.
- i) Fleksibel dan terbuka terhadap saran, perubahan mendadak dan lain-lain.
- j) Mengamati komunikasi non-verbal (Gerakan tangan, perubahan raut wajah) antar peserta dan tanggap terhadap hal tersebut.
- k) Hati-hati terhadap nada suara dalam mengajukan pertanyaan. Peserta akan merasa tidak senang apabila nada suara fasilitator memperlihatkan ketidaksabaran, dan tidak bersahabat.
- l) Mengusahakan tidak ada interupsi dari luar pada waktu FGD berjalan.
- m) Menganalisa data dengan menggunakan proses induktif.

Peran Notulen

Sangat penting bagi pencatat untuk menangkap informasi dari diskusi seakurat mungkin. Hal-hal yang harus dicatat saat diskusi yaitu:

- a) Tanggal pertemuan, waktu mulai dan waktu selesai.
- b) Nama lingkungan dan catatan singkat mengenai lingkungan tersebut serta informasi lain yang mungkin dapat memengaruhi aktivitas peserta, misalnya jarak yang harus ditempuh peserta ke tempat FGD.
- c) Tempat pertemuan dan catatan ringkas mengenai tempat serta sejauh mana tempat tersebut memengaruhi peserta. Misalnya apakah tempat tersebut cukup luas, menyenangkan peserta dan lain-lain.
- d) Jumlah peserta dan beberapa uraiannya yang meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan dan lain-lain.
- e) Pencatat menyertakan sketsa pengaturan tempat duduk, menulis nama atau nomor yang ditetapkan.
- f) Deskripsi umum mengenai dinamika kelompok. Contoh gambaran partisipasi peserta, apakah ada peserta dominan, peserta yang menunjukkan kebosanan, peserta yang selalu diam dan lain-lain.
- g) Pencatat harus menangkap apa yang dikatakan dan diungkapkan, mencatat nada diskusi, urutan orang berbicara (dengan nomor atau nama peserta), serta frasa atau pernyataan yang dibuat oleh setiap peserta.

- h) Pencatat harus memperhatikan Ekspresi non-verbal, seperti ekspresi wajah atau gerakan tangan, juga harus diperhatikan.
- i) Pencatat harus menuliskan kata-kata yang diucapkan dalam bahasa lokal oleh peserta.
- j) Pencatat memperingatkan kepada fasilitator kalau ada pertanyaan yang terlupakan atau juga mengusulkan pertanyaan yang baru.
- k) Pencatat dapat meminta peserta untuk mengulangi komentarnya apabila fasilitator tidak dapat mendengarkan komentar peserta tersebut karena sedang mendengarkan komentar peserta lain.

Pembukaan Diskusi

1. Moderator memperkenalkan diri serta nama notulen dan peranan masing-masing.
2. Memberi penjelasan tujuan diadakan diskusi, durasi diskusi 60-90 menit dan memberitahukan bahwa sesi diskusi akan direkam.
3. Meminta peserta memperkenalkan diri dan dengan cepat mengingat nama peserta dan menggunakannya pada waktu berbicara dengan peserta.
4. Menjelaskan bahwa pertemuan tersebut tidak bertujuan untuk memberikan ceramah tetapi untuk mengumpulkan pendapat dari peserta. Tekankan bahwa moderator ingin belajar dari para peserta.
5. Menekankan bahwa moderator membutuhkan pendapat dari semua peserta dan sangat penting, sehingga diharapkan semua peserta bebas mengeluarkan pendapat.
6. Menjelaskan bahwa pada waktu moderator mengajukan pertanyaan, jangan berebutan menjawab pada waktu yang bersamaan.
7. Memulai pertemuan dengan mengajukan pertanyaan yang sifatnya umum, yang tidak berkaitan dengan topik diskusi.

Pertanyaan Diskusi

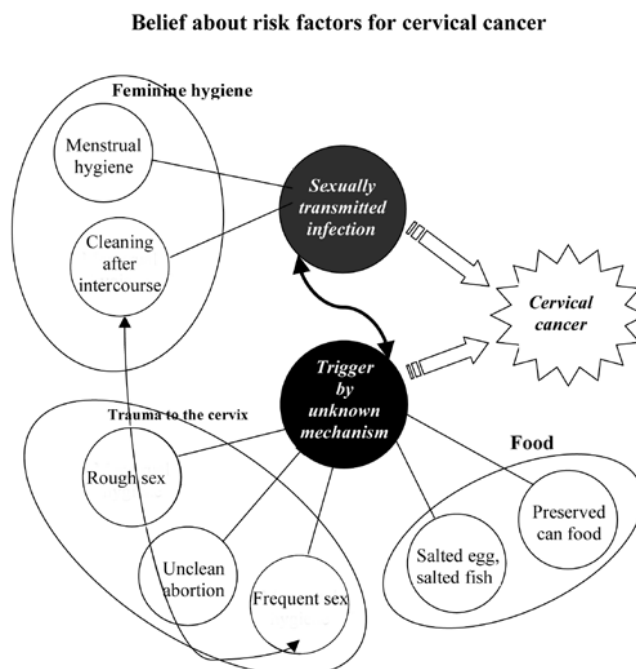
Pertanyaan diskusi terdiri atas beberapa pertanyaan sebagai berikut:

1. *Opening question*: Bagaimana kehidupan seorang residen?
2. *Introductory question*: Coba anda ingat-ingat lagi pengalaman anda belajar sebagai residen mata di Unhas. Bagaimana lingkungan belajar anda disana? Apakah ada hal yang dapat ditingkatkan? Apakah ada yang ingin berpendapat mengenai hal tersebut?
3. *Transition question*: Apakah ada usaha yang anda dalam mewujudkan hal tersebut?
4. *Key question*:
 - a. Apa pendapat Anda tentang isi kuesioner *PHEEM*? Apakah ada sesuatu yang Anda rasa harus nya ada dan ada yang harus dihilangkan?
 - b. Apa yang dapat dilakukan konsultan Anda untuk memperbaiki lingkungan pembelajaran tersebut?
 - c. Apa yang dapat dilakukan pihak rumah sakit bagi Anda untuk memperbaiki lingkungan pembelajaran tersebut?
 - d. Bagaimana dukungan sosial Anda dapat ditingkatkan untuk meningkatkan pengalaman belajar Anda?
 - e. Apakah menurut Anda performa akademik Anda tergantung pada lingkungan pembelajaran? Menurut Anda apa lagi yang memengaruhi cara Anda memandangnya?

5. *Ending question:*

Dari semua hal yang telah kita bahas hari ini, apa yang akan Anda katakan adalah masalah terpenting yang ingin Anda ungkapkan?

Moderator dapat menambahkan pertanyaan apabila dianggap perlu.



Gambar 2. Contoh model hubungan dan kaitan antara tema dan kategori

Analisis Data

Pada dasarnya, menganalisis data *FGD* mirip dengan menganalisis data kualitatif lainnya. Kata-kata yang sebenarnya dan Perilaku peserta adalah dasar untuk menjawab pertanyaan penelitian.

1. Membuat transkrip lengkap kata demi kata dari seluruh diskusi.
2. Transkrip lengkap kemudian dibandingkan dengan catatan tulisan tangan yang diambil oleh notulen untuk melengkapi hal-hal yang belum jelas.
3. Langkah selanjutnya adalah mengkodekan data dalam transkrip, yang melibatkan penyortiran data dan mengelompokkan ke dalam kategori. (27)
4. Pengkodean dapat dilakukan secara manual, dengan "memotong dan menempel" dan menggunakan pena berwarna untuk mengkategorikan data. atau menggunakan sejumlah tools seperti *NUDIST*, *NVivo*, *Atlas/ ti*, [*QRS Int, Melbourne, Australia*], dan *Ethnograph* (Qualis Research Associates, Colorado, USA)
5. Proses analisis data. Proses analisis data aktual dapat diklasifikasikan menjadi dua tingkatan.
 - a. Analisis dasar berupa penjelasan deskriptif dari data: penjelasan tentang apa yang dikatakan dan tidak ada asumsi yang dibuat.
 - b. Analisis tingkat kedua adalah interpretasi, yang melibatkan pemahaman tema (atau perspektif), menciptakan hubungan antara tema, menunjukkan bagaimana tema-tema itu muncul dan menghasilkan teori yang didasarkan pada data.
6. Menggunakan model untuk menggambarkan hubungan dan pengaruh timbal balik dari masing-masing dari kategori dan tema (Gambar 2).

7. Dalam melaporkan temuan, hasilnya harus disajikan dalam perspektif dua kelompok diskusi.
8. Peneliti harus mempertimbangkan intensitas komentar responden, serta kekhususan tanggapan responden.
9. Frekuensi statistik sederhana dapat digunakan untuk menggambarkan karakteristik penting dari tem.
10. Perlu dicatat bahwa metode pengambilan sampel dan jumlah anggota kelompok diskusi biasanya tidak cukup besar untuk menjadi perwakilan sampel populasi. Dengan demikian, data yang diperoleh belum tentu mewakili populasi umum, tidak seperti dalam survei.

Lampiran 3. Lembar Informasi kepada Calon Responden

Sebelum menyatakan kesediaan untuk berpartisipasi pada penelitian ini, penting bagi Anda untuk membaca lembar informasi ini. Lembar ini terdiri dari latar belakang, tujuan penelitian, prosedur, risiko dan manfaat, serta hak dan kewajiban partisipan penelitian. Saya, Muhammad Irfan Kamaruddin, mahasiswa Program Magister Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar akan melakukan penelitian dengan judul **“Persepsi Mahasiswa Program Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Kesehatan Mata Terhadap Lingkungan Pembelajaran: *Mixed Method*”**

Latar Belakang dan Tujuan Penelitian

Saat ini terdapat tantangan yang cukup signifikan dalam lingkungan belajar. Sebuah dokumen konsensus mengidentifikasi lingkungan klinis yang penuh sesak, kekurangan tenaga kesehatan dan tekanan pelayanan kesehatan serta beban kerja klinis sebagai hambatan untuk belajar dalam lingkungan pembelajaran klinis (Kilty et al., 2017). Konsisten dengan penelitian lain, domain yang diidentifikasi sebagai yang paling menantang dari perspektif peningkatan kondisi lingkungan pembelajaran adalah "struktur organisasi dan kondisi lingkungan kerja" dan "waktu untuk belajar dengan dokter senior selama pelayanan pasien" (Kilty et al., 2017). Kasus Bawa-Garba di Inggris adalah contoh yang mengharukan (Vaughan, 2018). Kasus ini dan pengamatan umum serupa lebih lanjut mendukung hipotesis bahwa “tuntutan pelayanan kesehatan berdampak pada peluang peserta didik untuk belajar, menghasilkan beban kognitif yang berlebihan, membatasi waktu untuk berefleksi dan berdiskusi dan melalui batasan pada ruang-ruang fisik” (Kilty et al., 2017).

Subyek lingkungan pembelajaran klinis menjadi topik utama diskusi oleh para pendidik, lembaga akreditasi, institusi pendidikan, dan profesional pelayanan kesehatan dan telah lama menjadi fokus penelitian dan upaya peningkatan dalam pendidikan kedokteran. Lingkungan pembelajaran klinis yang tidak optimal telah dikaitkan dengan pelayanan pasien dan hasil pembelajaran yang buruk (Kilty et al., 2017; GMC, 2016; Gruppen et al., 2018). Iklim sistem kesehatan yang terbatas secara finansial dan jumlah tenaga kesehatan yang tidak memadai telah meningkatkan tekanan dan harapan, dan konsekuensi negatif bagi kesejahteraan peserta didik. Kendala keuangan dan ekspektasi produktivitas klinis telah berdampak negatif terhadap waktu yang tersedia untuk proses pendidikan (Kilty et al., 2017; Norman dan Dogra, 2014; Weiss et al., 2018) dan telah berkontribusi pada tingkat stres, kelelahan, depersonalisasi, dan kelelahan emosional yang lebih tinggi pada peserta didik medis dan staf pengajar atau dosen pembimbing klinis mereka (Gruppen et al., 2018). Hal ini mengakibatkan efek negatif tentang iklim pekerjaan maupun iklim belajar bagi peserta didik dan staf pengajar.

Studi yang dilakukan di Amerika Utara menunjukkan bahwa kualitas lingkungan belajar yang sesuai dengan konteks pendidikan adalah prediktor kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh lulusan dokter selama bertahun-tahun setelah kelulusannya (Tamblyn et al., 2005) dan mempengaruhi pola pemberian resep (Cadieux et al., 2007) dan manajemen pasien serta penggunaan sumber daya pelayanan kesehatan (Chen et al., 2014; Sirovich et al., 2014; Dine et al., 2015). Oleh karena itu, upaya untuk meningkatkan kualitas lingkungan pembelajaran tidak hanya berdampak positif di lingkungan di mana peserta didik belajar dan berpartisipasi dalam pelayanan pasien, tetapi juga mempengaruhi praktik lulusan dokter di masa yang akan datang.

Salah satu program pendidikan pascasarjana kedokteran adalah program residensi. Lingkungan belajar klinis juga merupakan faktor penting yang mempengaruhi kualitas pendidikan kedokteran dalam program residensi (Sandhu et al., 2018). Peserta didik yang merasakan iklim pendidikan yang baik akan berpartisipasi aktif dalam proses pembelajaran (Clapham et al., 2007). Lingkungan belajar yang baik akan mempengaruhi standar proses

pembelajaran, perilaku peserta didik, kepuasan terhadap program pendidikan, tingkat kejenuhan dan menentukan hasil akhir kurikulum (Al Sheikh et al., 2014; Bari et al., 2018; Binsaleh et al., 2015; Van Vendeloo et al., 2018; Ong et al., 2020; Ong et al., 2019). Dengan iklim pendidikan yang baik, peserta didik dapat mencapai keberhasilan akademik yang lebih baik daripada peserta didik yang berpersepsi negatif terhadap iklim pendidikan (Ong et al., 2020; Ong et al., 2019).

Lingkungan belajar residen berbeda dengan mahasiswa kedokteran dimana sebagian besar proses pendidikan berlangsung di rumah sakit. Lingkungan ini memiliki banyak faktor yang berdampak destruktif terhadap kinerja residen. Keunggulan program pelatihan residensi dikompensasi oleh tuntutan pendidikan yang tinggi, jam kerja yang panjang, kurangnya otonomi, tingkat tinggi tumpang tindih antara pekerjaan dan rumah tangga dan kurangnya timbal balik dalam hubungan profesional (Ripp et al., 2017; Dyrbye et al., 2016; Prins et al., 2010). Bukti ini memberikan alasan untuk melakukan penelitian tentang lingkungan pembelajaran klinis pada program pendidikan dokter spesialis mata. Selain itu, sejauh pengetahuan kami, belum ada penelitian di Indonesia mengenai persepsi peserta didik dalam program pendidikan spesialis ilmu kesehatan mata. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi mahasiswa PPDS ilmu kesehatan mata terhadap lingkungan pembelajaran di program studi pendidikan dokter spesialis ilmu kesehatan mata FK Unhas.

Prosedur Penelitian

Jika Anda bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda diminta menandatangani lembar persetujuan ini sebanyak dua rangkap. Anda akan menyimpan satu lembar persetujuan untuk disimpan dan satu lembar akan disimpan oleh peneliti. Prosedur selanjutnya adalah anda akan mengisi kuisioner yang berisi data demografik dan beberapa pertanyaan terkait lingkungan pembelajaran. Pada akhir kuisioner anda akan diminta mengisi kesediaan apakah ingin terlibat dalam wawancara dalam bentuk *focus group discussion (FGD)*. Apabila anda bersedia dan terpilih, maka nantinya anda akan bergabung pada tahap kedua dimana akan dilaksanakan FGD yang dipandu oleh pengumpul data terlatih.

Risiko dan Manfaat

Pada penelitian ini Anda akan mengisi kuisioner terkait lingkungan pembelajaran dan apabila bersedia dan terpilih anda akan menjalani wawancara pada *focus group discussion (FGD)*. Anda diharapkan dapat menjawab jujur terhadap setiap pertanyaan yang ditanyakan, meskipun terdapat kekhawatiran apabila anda menyatakan hal negatif, namun, seluruh data pribadi dan informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Manfaat yang dapat diperoleh dari keikutsertaan Anda dalam penelitian ini adalah Anda dapat memberikan kontribusi terhadap evaluasi serta perbaikan program PPDS Ilmu Kesehatan Mata FK Unhas dan juga PPDS secara umum. Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam membangun lingkungan belajar yang positif bagi mahasiswa PPDS.

Hak dan Kewajiban

Dalam proses penelitian responden wajib mengikuti seluruh rangkaian penelitian. Responden berhak menanyakan hal apa saja terkait penelitian dan berhak melakukan penolakan keikutsertaan karena penelitian ini bersifat sukarela dan tidak akan ada sanksi apapun. Keputusan untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini tidak akan mempengaruhi penilaian dalam proses pendidikan yang tengah Anda jalani.

Kerahasiaan

Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan dirahasiakan dan hanya dapat diakses oleh peneliti dan rekan peneliti.

Kompensasi

Dalam penelitian ini terdapat kompensasi dalam bentuk ucapan terima kasih kepada informan yang akan diberikan secara langsung.

Pembiayaan

Tidak ada biaya keikutsertaan dalam penelitian ini. Seluruh biaya yang akan dikeluarkan dalam pelaksanaan penelitian ini akan ditanggung oleh peneliti.

Konflik kepentingan

Peneliti akan berusaha bersikap netral dan menghindari konflik kepentingan jika hal tersebut terjadi selama dan setelah penelitian. Peneliti akan bersikap adil, tidak menguntungkan ataupun merugikan satu pihak tertentu.

Sponsor

Tidak ada sponsor pada penelitian ini

Informasi tambahan


Jika anda memiliki pertanyaan mengenai penelitian ini, anda dapat menghubungi tim peneliti melalui nomor telepon 085240159116.

Lampiran 4. Contoh Lembar Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian**PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN**

Semua penjelasan terkait penelitian telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada Muhammad Irfan Kamaruddin (peneliti).

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tanda tangan subjek:



Tanggal:

28/2/2023

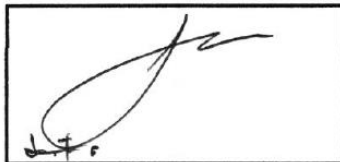
Nama jelas: (.....*Annisa Khaniyah A*.....)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

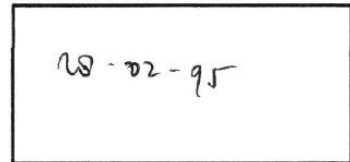
Semua penjelasan terkait penelitian telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada Muhammad Irfan Kamaruddin (peneliti).

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tanda tangan subjek:



Tanggal:

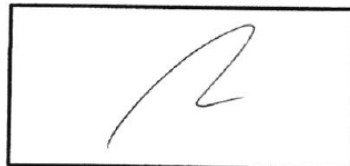
Nama jelas: (.....*Fadhilah Putri Wulandari*.....)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

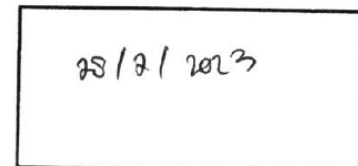
Semua penjelasan terkait penelitian telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada Muhammad Irfan Kamaruddin (peneliti).

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tanda tangan subjek:



Tanggal:



Nama jelas: (.....*Mentari Hani Murnainah*.....)

Lampiran 5. Hasil Analisis Data Kuantitatif

Hasil Uji Normalitas Data

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Peran Otonomi	.152	53	.004	.957	53	.053
Pengajaran	.090	53	.200*	.980	53	.521
Dukungan Sosial	.092	53	.200*	.983	53	.650
Overall	.092	53	.200*	.965	53	.118

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Hasil Uji Internal reliability

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.872	.906	40

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
OtonomiP1	82.60	101.705	.552	.	.865
TeachingP2	82.92	103.071	.624	.	.865
TeachingP3	82.96	105.268	.391	.	.869
OtonomiP4	82.45	103.714	.514	.	.867
OtonomiP5	82.64	103.850	.534	.	.867
TeachingP6	82.51	104.985	.353	.	.870
SocialNP7	80.17	111.682	-.122	.	.881
OtonomiNP8	80.79	111.360	-.103	.	.882
OtonomiP9	82.15	103.438	.425	.	.868
TeachingP10	82.70	102.369	.676	.	.864
OtonomiNP11	80.77	111.871	-.130	.	.883
TeachingP12	82.74	104.544	.494	.	.867
SocialNP13	80.15	115.554	-.297	.	.889
OtonomiP14	82.43	103.943	.453	.	.868

TeachingP1 5	82.60	104.090	.500	.	.867
SocialP16	82.70	103.138	.651	.	.865
OtonomiP17	82.19	103.194	.400	.	.869
OtonomiP18	82.64	105.004	.555	.	.867
SocialP19	82.40	103.052	.500	.	.867
SocialP20	82.49	103.562	.428	.	.868
TeachingP2 1	82.60	103.898	.555	.	.866
TeachingP2 2	82.38	104.855	.338	.	.870
TeachingP2 3	82.60	104.475	.500	.	.867
SocialP24	82.81	104.733	.424	.	.868
SocialP25	81.98	104.634	.247	.	.873
SocialP26	81.42	105.055	.197	.	.876
TeachingP2 7	82.68	106.491	.406	.	.869
TeachingP2 8	82.83	104.105	.588	.	.866
OtonomiP29	82.66	104.306	.561	.	.867
OtonomiP30	82.77	104.448	.528	.	.867

TeachingP3 1	82.23	103.602	.504	.	.867
OtonomiP32	82.47	106.754	.311	.	.870
TeachingP3 3	82.51	104.562	.650	.	.866
OtonomiP34	82.85	105.900	.369	.	.869
SocialP35	82.74	103.621	.582	.	.866
SocialP36	82.60	104.398	.508	.	.867
TeachingP3 7	82.85	105.131	.478	.	.868
SocialP38	82.43	104.981	.352	.	.870
TeachingP3 9	82.43	104.135	.493	.	.867
OtonomiP40	82.79	105.129	.495	.	.868

Hasil Uji Beda rerata 2 Kelompok, Parametrik Independent Sample T-Test Berdasarkan Karakteristik
1. Jenis Kelamin

Group Statistics					
	Jenis Kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Peran Otonomi	Laki-laki	19	43.42	5.004	1.148
	Perempuan	34	42.09	4.400	.755

Pengajaran	Laki-laki	19	46.63	5.198	1.193
	Perempuan	34	48.38	4.579	.785
Dukungan Sosial	Laki-laki	19	32.95	4.441	1.019
	Perempuan	34	33.15	4.054	.695
Overall	Laki-laki	19	123.00	13.237	3.037
	Perempuan	34	123.62	12.030	2.063

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Significance One-Sided p	Significance Two-Sided p	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
										Lower	Upper
Peran Otonomi	Equal variances assumed	.086	.771	1.007	51	.159	.319	1.333	1.324	-1.325	3.990
	Equal variances not assumed			.970	33.503	.169	.339	1.333	1.374	-1.460	4.126

Pengajaran	Equal variances assumed	.587	.447	-1.272	51	.105	.209	-1.751	1.377	-4.515	1.013
	Equal variances not assumed			-1.226	33.555	.114	.229	-1.751	1.428	-4.654	1.153
Dukungan Sosial	Equal variances assumed	.417	.521	-.166	51	.434	.869	-.200	1.201	-2.612	2.212
	Equal variances not assumed			-.162	34.578	.436	.872	-.200	1.233	-2.705	2.305
Overall	Equal variances assumed	.297	.588	-.173	51	.432	.863	-.618	3.572	-7.788	6.553
	Equal variances not assumed			-.168	34.448	.434	.867	-.618	3.671	-8.075	6.840

						One- Sided p	Two- Sided p			Lower	Upper
Peran Otonomi	Equal variances assumed	.058	.810	.979	51	.166	.332	1.486	1.518	-1.561	4.533
	Equal variances not assumed			.957	17.376	.176	.352	1.486	1.553	-1.786	4.758
Pengajaran	Equal variances assumed	.008	.931	1.022	51	.156	.311	1.622	1.586	-1.563	4.807
	Equal variances not assumed			1.003	17.477	.165	.329	1.622	1.617	-1.782	5.026
Dukungan Sosial	Equal variances assumed	.519	.474	.306	51	.380	.761	.421	1.376	-2.341	3.183
	Equal variances not assumed			.329	20.176	.373	.746	.421	1.279	-2.245	3.086

Overall	Equal variances assumed	.060	.807	.868	51	.195	.389	3.528	4.064	-4.630	11.687
	Equal variances not assumed			.844	17.255	.205	.410	3.528	4.181	-5.282	12.339

Hasil Uji Beda Rerata > 2 Kelompok Parametrik One Way Anova Periode Pendidikan

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Peran Otonomi	Tahun 1	10	42.40	4.402	1.392	39.25	45.55	32	50
	Tahun 2	14	43.57	5.316	1.421	40.50	46.64	37	53
	Tahun 3	17	42.65	4.242	1.029	40.47	44.83	36	50
	Tahun 4	8	39.50	2.563	.906	37.36	41.64	36	43
	Tahun 5 atau Lebih	4	45.25	6.238	3.119	35.32	55.18	37	52
	Total	53	42.57	4.622	.635	41.29	43.84	32	53
Pengajaran	Tahun 1	10	48.40	3.596	1.137	45.83	50.97	43	56

	Tahun 2	14	48.43	4.894	1.308	45.60	51.25	39	56
	Tahun 3	17	47.71	5.520	1.339	44.87	50.54	39	59
	Tahun 4	8	44.75	3.284	1.161	42.00	47.50	38	49
	Tahun 5 atau Lebih	4	50.00	6.377	3.189	39.85	60.15	41	55
	Total	53	47.75	4.835	.664	46.42	49.09	38	59
Dukungan Sosial	Tahun 1	10	33.10	2.807	.888	31.09	35.11	29	37
	Tahun 2	14	34.21	3.490	.933	32.20	36.23	29	40
	Tahun 3	17	32.35	5.499	1.334	29.53	35.18	22	42
	Tahun 4	8	31.50	1.852	.655	29.95	33.05	29	34
	Tahun 5 atau Lebih	4	35.25	5.620	2.810	26.31	44.19	28	41
Total	53	33.08	4.155	.571	31.93	34.22	22	42	
Overall	Tahun 1	10	123.90	9.386	2.968	117.19	130.61	104	136
	Tahun 2	14	126.21	12.491	3.338	119.00	133.43	108	149
	Tahun 3	17	122.71	13.869	3.364	115.58	129.84	102	150
	Tahun 4	8	115.75	6.135	2.169	110.62	120.88	103	120
	Tahun 5 atau Lebih	4	130.50	18.083	9.042	101.73	159.27	106	148
Total	53	123.40	12.353	1.697	119.99	126.80	102	150	

Tests of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Peran Otonomi	Based on Mean	1.252	4	48	.302
	Based on Median	1.049	4	48	.392
	Based on Median and with adjusted df	1.049	4	40.578	.394
	Based on trimmed mean	1.229	4	48	.311
Pengajaran	Based on Mean	1.279	4	48	.291
	Based on Median	1.170	4	48	.336
	Based on Median and with adjusted df	1.170	4	40.855	.338
	Based on trimmed mean	1.284	4	48	.289
Dukungan Sosial	Based on Mean	2.972	4	48	.028
	Based on Median	2.522	4	48	.053
	Based on Median and with adjusted df	2.522	4	35.394	.058
	Based on trimmed mean	2.977	4	48	.028
Overall	Based on Mean	1.819	4	48	.141

Based on Median	1.726	4	48	.160
Based on Median and with adjusted df	1.726	4	41.783	.162
Based on trimmed mean	1.846	4	48	.135

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Peran Otonomi	Between Groups	118.558	4	29.639	1.434	.237
	Within Groups	992.461	48	20.676		
	Total	1111.019	52			
Pengajaran	Between Groups	102.953	4	25.738	1.110	.363
	Within Groups	1112.858	48	23.185		
	Total	1215.811	52			
Dukungan Sosial	Between Groups	65.809	4	16.452	.949	.444
	Within Groups	831.889	48	17.331		
	Total	897.698	52			

Overall	Between Groups	791.393	4	197.848	1.329	.273
	Within Groups	7143.287	48	148.818		
	Total	7934.679	52			

Hasil Uji beda rerata Non Prametrik Mann Whitney Peran otonomi dan jenis kelamin

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Peran Otonomi	53	42.57	4.622	32	53
Jenis Kelamin	53	1.64	.484	1	2

Ranks

	Jenis Kelamin	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Peran Otonomi	Laki-laki	19	30.53	580.00
	Perempuan	34	25.03	851.00
	Total	53		

Test Statistics^a

Peran Otonomi	
Mann-Whitney U	256.000
Wilcoxon W	851.000
Z	-1.248
Asymp. Sig. (2-tailed)	.212

a. Grouping Variable: Jenis Kelamin

Hasil Uji Beda rerarat >2 Kelompok Non Parametrik Kruskal Wallis Peran Otonomi dan Periode Pendidikan

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Peran Otonomi	53	42.57	4.622	32	53
Periode Pendidikan	53	2.66	1.176	1	5

Ranks

Periode Pendidikan	N	Mean Rank
Tahun 1	10	29.25

Peran Otonomi	Tahun 2	14	28.68
	Tahun 3	17	27.65
	Tahun 4	8	15.25
	Tahun 5 atau Lebih	4	36.25
	Total	53	

Test Statistics^{a,b}

Peran
Otonomi


Kruskal-Wallis H	6.527
df	4
Asymp. Sig.	.163

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Periode
Pendidikan

Lampiran 6. Hasil Analisis Data Kualitatif

Hasil Analisis Tema *Open-ended Questions*

	Count	% Codes	Cases	% Cases	Nb Words
 PERSEPSI AKTIVITAS PEMBELAJARAN					
• Proses Pembelajaran Berjalan dengan baik/kondusif/interaktif	33	12.2%	31	57.4%	611
• Pengajar sangat membantu/kompeten/support/bersemangat	46	17.0%	40	74.1%	996
• Materi mudah diakses dan lengkap	12	4.4%	10	18.5%	143
• Sarpras cukup lengkap dan mendukung	19	7.0%	18	33.3%	307
• Sarpras kurang mendukung	2	0.7%	2	3.7%	30
• Tantangan (sulit menemukan) pada kasus-kasus langka	2	0.7%	2	3.7%	54
• Kunjungan supervisor perlu ditambah	1	0.4%	1	1.9%	29
• Saat maju ilmiah pengajar perlu lebih menciptakan suasana yang lebih santai	1	0.4%	1	1.9%	13
• Waktu pembimbingan sangat terbatas	6	2.2%	6	11.1%	129
• Sarpras perlu ditambah (slip lamp dan funduscopy)	2	0.7%	2	3.7%	32
• Sarpras perlu ditambah (ruangan wetlab, ruang tindakan SICS, wetlab phaco)	2	0.7%	2	3.7%	34
• Jurnal dan buku masih kurang	1	0.4%	1	1.9%	15
• Ruang poli mata sangat sempit	1	0.4%	1	1.9%	45
• Penilaian terasa masih kurang objektif	1	0.4%	1	1.9%	34
• Perlu mengoptimalkan pendekatan pembelajaran orang dewasa	1	0.4%	1	1.9%	19
• Perlu ada kuliah perbagian	1	0.4%	1	1.9%	18

 PERSEPSI DUKUNGAN SOSIAL

• Berdinamika (ada yang baik, ada yang tidak)	12	4.4%	12	22.2%	437
• Mudah bekerjasama/berkolaborasi	8	3.0%	8	14.8%	136
• Saling Menghormati/menghargai	11	4.1%	11	20.4%	192
• Saling membantu	24	8.9%	23	42.6%	469
• saling Mendukung dan memotivasi	18	6.7%	16	29.6%	387
• Terbuka	3	1.1%	3	5.6%	60
• Rasa kekeluargaan dan kebersamaan	7	2.6%	7	13.0%	225
• Diskriminatif (semester awal)	1	0.4%	1	1.9%	16
• Komunikasi senior-junior kurang baik	1	0.4%	1	1.9%	45

 PERSEPSI KEMANDIRIAN PERAN























• Dibatasi dan harus patuh (waktu semester 1)	1	0.4%	1	1.9%	41
• Diberi kemandirian/kesempatan peran	53	19.6%	52	96.3%	1072

Hasil Analisis Tema Focus Group Discussion (FGD)

1. Kelompok 1

▼	📁 Code System	41
▼	📁 PERSEPSI POSITIF	0
	📁 Jadwal pembelajaran teratur	1
	📁 Dosen mudah diakses	2
	📁 Dosen/Spv bersahabat/terbuka	4
	📁 Suasana belajar kondusif/Tidak tertekan	3
	📁 Dosen/Spv sangat mendukung/supportif	10
	📁 Teman kuliah sangat mendukung/supportif	4
▼	📁 PERSEPSI NEGATIF	0
	📁 Kualitas audio kelas buruk	1
	📁 Tempat belajar yang nyaman kurang	5
	📁 Fasilitas Wifi terbatas/kurang support	3
▼	📁 SARAN PERBAIKAN	0
	📁 Sebaiknya semua aktivitas pembelajaran full offline	1
	📁 Tempat belajar yang nyaman ditambah	6
	📁 Wifi tersedia di semua area	1

2. Kelompok 2

▼	 Code System	47
▼	 PERSEPSI POSITIF	0
	 Dosen/Spv sangat mendukung	1
	 Keberadaan Bag. Konseling sangat membantu	1
	 Sarpras mendukung	1
	 Jadwal Pembelajaran Teratur	5
▼	 PERSEPSI NEGATIF	0
	 Alat "eye-care" sangat terbatas	5
	 Mahasiswa dibebani aktivitas administratif	3
	 Belum ada pemerataan kesempatan (bias gender dan nepotisme)	5
	 Senior/Spv kadang otoriter (pengalaman sem 1)	1
	 Ekstrakurikuler dipaksa/diwajibkan	1
	 Senioritas sedikit mengganggu (terutama non unhas)	1
	 Tempat belajar mandiri/praktik terbatas (hanya wahidin)	4
	 Dosen/ Spv kadang sulit ditemui (masalah waktu)	2
▼	 SARAN PERBAIKAN	0
	 Tugaskan orang khusus input admiminstrasi	1
	 Mekanisme pengajaran diperbaiki (agar res dpt kesempatan sa...	5
	 Mekanisme Pengajaran diperbaiki (res diberi ksmptn operasi d...	2
	 Wahana perlu ditambah (bukan hanya Wahidin)	6
	 Partisipasi ekstrakurikuler jangan diwajibkan	1
	 Pertemuan non praktik/skill/teori sebaiknya dibuat digital	2

