

LEARNING PROFESSIONALISM: MEDICAL STUDENTS' PERSPECTIVE ON IDENTIFYING CLINICAL STAFFS' BEHAVIOUR

Fithriyah C. Ummah*, Gandes Retno Rahayu**, Yai Suryo Prabandari**

* Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya - INDONESIA

** Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta - INDONESIA

ABSTRACT

Background: Role modeling is known as one of the most effective methods in learning professionalism, especially in the workplace. Each role model shows a different substantial values of professionalism, therefore the 'positive' or 'negative' role model criterion are difficult to set. This study aims to understand how students identify 'professional behavior' (positive role model) and 'unprofessional behavior' (negative role model).

Method: The design was a qualitative with case study approach. The sample was 20 students of undergraduate medical school at one university in Indonesia, selected by purposive sampling using maximum variation strategy. Gender, GPA, origin, and clinical rotation are used as key dimensions. Data collection used two methods, written narrative and focus group discussion. While the steps of qualitative analysis refers to Miles and Huberman.

Results: This study found four themes as 'behavioral identification', namely: 'self-principle', 'self-standard of professionalism', 'normative standard of professionalism' and 'subjectivity'.

Conclusion: Differences in identification are a reflection of students' cognitive maturity. The outcome of learning professionalism can be improved from 'valuing' to 'organizing' and 'internalizing' through role model exposure and facilitation that provides the opportunity to explore and to reflect on professional values, before the student chooses them independently. This is part of the development of internal belief systems that are closely related on how students build their professional identity.

Keywords: role model, identification, professionalism, qualitative

PEMBELAJARAN PROFESIONALISME: PANDANGAN MAHASISWA TENTANG CARA IDENTIFIKASI PERILAKU STAF KLINIK

ABSTRAK

Latar belakang: Role modelling merupakan salah satu metode yang efektif dalam pembelajaran profesionalisme, terutama dalam konteks pendidikan klinik. Setiap *role model* dapat menunjukkan sejumlah nilai substansial profesionalisme yang berbeda. Penetapan *role model* yang 'positif' maupun 'negatif' masih sulit dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tentang cara mahasiswa mengidentifikasi perilaku 'profesional' (*positive role model*) dan 'tidak profesional' (*negative role model*).

Metode: Rancangan penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Sampel penelitian adalah 20 orang mahasiswa tahap klinik S1 Pendidikan Dokter di fakultas kedokteran sebuah universitas di Indonesia. Sampel dipilih secara *purposive* menggunakan strategi variasi maksimal. Gender, prestasi belajar, daerah asal, dan penempatan rotasi klinik digunakan sebagai dimensi kunci. Pengumpulan data menggunakan metode narasi tertulis dan *focus group discussion*. Langkah-langkah analisis merujuk pada strategi Miles dan Huberman.

Hasil: Penelitian ini mendapatkan empat tema sebagai 'cara identifikasi perilaku', yaitu: 'prinsip diri', 'standar diri atas profesionalisme', 'standar normatif atas profesionalisme' dan 'subjektivitas'.

contact: fithri.fkunair@gmail.com

Kesimpulan: Perbedaan cara identifikasi mahasiswa merupakan cerminan dari capaian maturitas kognitif mereka. Capaian pembelajaran profesionalisme dapat ditingkatkan dari *valuing* menjadi *organizing* dan *internalizing*, melalui paparan *role model* dan fasilitasi yang menyediakan kesempatan untuk mengeksplorasi dan merefleksikan nilai-nilai profesional, sebelum selanjutnya mahasiswa memilihnya secara mandiri. Hal ini merupakan bagian dari pengembangan sistem keyakinan internal yang berkaitan erat dengan cara mahasiswa membangun identitas profesionalisme.

Kata kunci: *role model*, identifikasi, profesionalisme, kualitatif

PENDAHULUAN

Profesionalisme telah menjadi satu kompetensi yang harus dicapai oleh dokter di Indonesia dan dunia. Integrasi pengembangan profesionalisme ke dalam pembelajaran masih menjadi tantangan bagi pendidikan kedokteran. Metode *role modelling* saat ini diketahui merupakan salah satu metode yang efektif dalam pembelajaran perilaku profesional,¹ terutama dalam konteks pendidikan klinik. Interaksi sosial antara mahasiswa dengan staf klinik, residen, rekan profesi kesehatan lain maupun sesama mahasiswa di lingkungan klinik, memungkinkan munculnya *role modelling*.^{2,3}

Setiap *role model* yang diobservasi oleh mahasiswa dapat menunjukkan sejumlah norma atau nilai substansial profesionalisme yang berbeda-beda. Sementara itu, penetapan *role model* yang 'positif' maupun 'negatif' masih sulit dilakukan. Penelitian menunjukkan bahwa perilaku tidak profesional nyata ada, dan dilakukan tidak hanya oleh mahasiswa atau residen, tetapi juga oleh para staf klinik.^{2,4,5}

Pengalaman belajar negatif yang berulang dapat berdampak negatif terhadap perkembangan profesionalisme mahasiswa.⁶ Oleh karena itu, mahasiswa perlu belajar untuk dapat membedakan antara 'perilaku profesional' dengan 'perilaku tidak profesional'. Hal ini diperlukan untuk memastikan bahwa mahasiswa hanya akan mengimitasi perilaku yang sesuai dengan peran mereka kelak.⁷ Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tentang cara mahasiswa mengidentifikasi perilaku 'profesional' dan 'tidak profesional'.

METODE

Rancangan penelitian ini adalah studi kualitatif dengan pendekatan studi kasus deskriptif berupa

single (group) case.⁸ Penelitian ini berfokus pada satu isu, yaitu perilaku staf klinik dalam latar pendidikan klinik. 'Perilaku profesional' merupakan manifestasi dari '*positive role model*' dan 'perilaku tidak profesional' merupakan manifestasi dari '*negative role model*'.

Penelitian ini dilaksanakan di fakultas kedokteran sebuah universitas di Indonesia dengan populasi penelitian adalah semua mahasiswa S1 Program Studi Pendidikan Dokter tahap klinik. Pendidikan klinik yang dijalani berupa serangkaian penugasan di sejumlah rumah sakit, puskesmas, dan komunitas masyarakat, baik di pusat kota maupun di daerah. Para staf pengajar telah memiliki pemahaman tentang *role model*, yang didapatkan dari pembekalan ketika diangkat menjadi tenaga pendidik.

Sampel penelitian adalah mahasiswa klinik yang dipilih secara *purposive*, menggunakan strategi variasi maksimal. Dimensi kunci dari variasi merujuk pada faktor individual dan faktor kontekstual yang diketahui dapat mempengaruhi perkembangan individu.⁹ Gender dan prestasi belajar dipilih sebagai faktor individual, sedangkan daerah asal (aspek kultural) dan penempatan rotasi klinik dipilih sebagai faktor kontekstual.

Seluruh mahasiswa klinik di dalam populasi diundang untuk berpartisipasi dalam penelitian melalui SMS (*short message system*), WA (*WhatsApp messenger*), ataupun tatap muka. Mahasiswa yang memberikan respon positif atas undangan tersebut selanjutnya dipilih berdasarkan dimensi kunci (lihat tabel 1). Mahasiswa yang bersedia berpartisipasi dan memenuhi dimensi kunci selanjutnya diberikan penjelasan menyeluruh tentang penelitian dan diminta untuk menandatangani lembar persetujuan partisipasi.

Tabel 1. Tabel simulasi pengambilan sampel penelitian

Variasi*	Rotasi Klinik												
	A	B	C	F	I	J	K	M	N	O	P	R	T
Gender	FM	FM	FM	FM	FM	FM	FM	FM	FM	FM	FM	FM	FM
Prestasi belajar	HM	LH	ML	HM	LH	ML	HM	LH	ML	HM	LH	ML	HM
Daerah asal	JLJ	LJJ	JLJ	LJJ	JLJ	LJJ	JLJ	LJJ	JLJ	LJJ	JLJ	LJJ	JLJ

*Keterangan : Gender : F = Feminin; M = Maskulin

Prestasi belajar : H = High achiever (IPK S.Ked: 3, 50 - 4, 00);

M = Middle achiever (IPK S.Ked: 3, 00 - 3, 49);

L = Low achiever (IPK S.Ked: 2, 99)

Daerah asal : J = Pulau Jawa; LJ = Luar Jawa

Rotasi klinik : A: Anestesi, B: Bedah, C: IKM/Community Medicine, F: Forensik, I: Interna, J: Jiwa, K: Kulit dan Kelamin, M: Mata, N: Neuro, O: Obstetri dan Ginekologi, P: Pediatri, R: Radiologi, T: THT

Pengumpulan data dilakukan pada Februari sampai dengan Mei 2017 dengan menggunakan dua metode, yaitu narasi tertulis yang dilanjutkan dengan *focus group discussion (FGD)*. Penulisan narasi dilakukan pada hari yang sama dengan FGD. Pertemuan

dilakukan di area kampus, bukan di rumah sakit. Peneliti memandu sendiri tahap narasi tertulis dan FGD dengan menggunakan pertanyaan semi-terstruktur (lihat Tabel 2).

Tabel 2. Panduan pertanyaan semi-terstruktur

Panduan narasi tertulis:

1. Cobalah untuk mengingat-ingat kembali pengalaman-pengalaman saudara selama di rotasi klinik. Selanjutnya, tuliskan atau susunlah daftar tentang perilaku-perilaku staf klinik yang pernah saudara temui, baik yang saudara anggap sebagai perilaku ‘profesional’ maupun ‘tidak profesional’. Catatan: Pengalaman yang ditulis dapat terjadi baik dalam konteks formal maupun informal.
2. Pilihlah masing-masing satu pengalaman terkait dengan ‘perilaku profesional’ dan ‘perilaku tidak profesional’ yang saudara anggap penting/berkesan/signifikan. Gunakan pengalaman tersebut untuk mengisi pertanyaan sebagai berikut:
 - a. Perilaku
 - b. Waktu dan lokasi kejadian
 - c. Kronologi kejadian
 - d. Apakah yang saudara pikirkan/rasakan pada saat mengidentifikasi perilaku tersebut sebagai perilaku yang penting untuk saudara amati?

Panduan focus group discussion:

Pertanyaan pendahuluan:

Satu atau dua orang partisipan diminta menceritakan pengalaman tentang pengamatan perilaku staf klinik yang dianggap penting/berkesan/signifikan selama rotasi klinik.

Pertanyaan inti:

Apakah mudah atau susah untuk menyusun daftar perilaku-perilaku ‘profesional’ dan ‘tidak profesional’? Kenapa?

Bagaimana cara saudara mengidentifikasi/membedakan antara perilaku ‘profesional’ dan ‘tidak profesional’?

Metode narasi tertulis diupayakan untuk menangkap keseluruhan fenomena terkait dengan isu, yaitu tentang perilaku-perilaku staf klinik yang ditemui partisipan, dan cara identifikasi perilaku. Pada tahap ini, partisipan diminta untuk menuliskan perilaku-perilaku dosen klinik yang pernah partisipan temui dan memilahnya sebagai perilaku “profesional” ataupun perilaku “tidak profesional”. Selanjutnya, partisipan diminta untuk menuliskan cara yang digunakan partisipan sebagai dasar pemilahan perilaku. Kata-kata “penting/berkesan/signifikan” digunakan untuk menitikberatkan pada perilaku yang mendapatkan perhatian (*attention*) dari partisipan.

Metode FGD dilakukan untuk menggali lebih dalam tentang contoh perilaku, dan cara identifikasi perilaku yang didapatkan dari narasi tertulis. Pada tahap ini, partisipan diminta untuk menceritakan pengalaman mereka sebagai *trigger* diskusi. Diskusi selanjutnya difokuskan untuk memberikan pemahaman yang mendalam tentang perilaku yang diceritakan, dan cara-cara partisipan dalam memilah perilaku-perilaku tersebut sebagai perilaku “profesional” ataupun perilaku “tidak profesional”. Diskusi juga dilakukan untuk menggali tentang kesulitan yang dialami partisipan dalam proses indentifikasi tersebut.

Empat kelompok FGD dilakukan dalam penelitian ini. Masing-masing kelompok terdiri dari empat sampai dengan delapan orang partisipan. Pertemuan FGD untuk masing-masing kelompok dilakukan satu kali. Pertemuan FGD ditutup setelah mencapai kejenuhan. FGD yang dilakukan berdurasi antara satu hingga dua jam. Hasil diskusi direkam menggunakan alat perekam, dan selanjutnya ditranskrip secara verbatim.

Analisis data dimulai dengan membaca transkrip secara keseluruhan untuk mendapat *general sense* dari informasi yang didapatkan. Langkah-langkah analisis selanjutnya merujuk pada Miles dan Huberman yaitu *broad coding*, *pattern coding*, *memoing*, *distilling and ordering*, *testing executive summaries*, dan *developing propositions*.¹⁰ Data narasi tertulis dan

FGD dikodekan dalam *broad coding* dengan tetap dikaitkan pada tujuan penelitian. Kode-kode umum yang didapatkan selanjutnya dikelompokkan ke dalam kategori cara identifikasi, kesulitan dalam proses identifikasi, dan contoh perilaku. Kode-kode tersebut kemudian disintesis dan diorganisir untuk memberikan kemaknaan dan menggambarkan pola data dalam *pattern coding*. Informasi kunci yang didapatkan dari *pattern coding* diringkas dalam memo, dan tema (*executive summary*) selanjutnya diformulasi. Tema, kategori dan kode yang muncul selanjutnya diidentifikasi relasinya dalam proses *distilling and ordering*, dan diuji kembali terhadap data. Tema yang telah diuji selanjutnya dikembangkan menjadi preposisi yang merupakan basis untuk presentasi hasil.

Langkah-langkah analisis dilakukan oleh peneliti dengan dibantu seorang *second coder*, yaitu mahasiswa S2 yang telah memiliki pengalaman melakukan penelitian kualitatif. Hal ini dilakukan untuk mengurangi bias subjektivitas peneliti. *Second coder* melakukan *peer debriefing* dengan cara memberikan masukan atas coding dan melakukan *testing executive summaries*. Konsensus antara peneliti dengan *second coder* dicapai melalui diskusi. Triangulasi dilakukan dengan cara mengkroscek antara analisis narasi dengan FGD. *Member checks* juga dilakukan untuk meningkatkan kredibilitas.

Segala bentuk identitas maupun fitur-fitur pengenal dari staf klinik maupun partisipan dihapus dari data penelitian untuk menjaga anonimitas, kecuali spesialisasi keahlian dari staf klinik, lokasi, dan dimensi-dimensi variasi kunci dari partisipan yang memungkinkan penggalan tren atau pola dari data.

Protokol penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Perizinan penelitian juga telah didapatkan dari institusi lokasi penelitian.

Sejumlah 20 orang mahasiswa berpartisipasi dalam penelitian ini yang terdiri dari masing-masing sepuluh mahasiswa klinik tahun pertama dan kedua. Karakteristik menurut dimensi kunci variasi yang lain tercantum dalam Tabel 3.

Tabel 3. Karakteristik partisipan penelitian

Variasi*	Gender		Prestasi belajar			Daerah asal	
	F	M	H	M	L	J	LJ
Mahasiswa klinik tahun kedua	6	4	1	8	1	6	4
Mahasiswa klinik tahun pertama	5	5	3	6	1	10	0

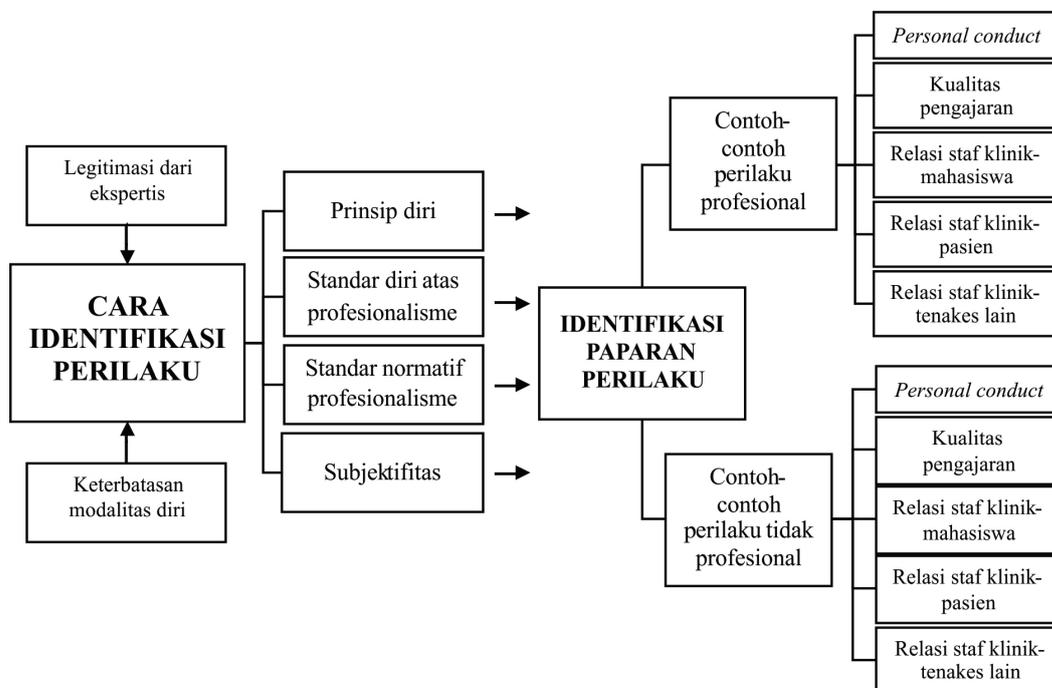
*Keterangan : Gender : F = Feminin; M = Maskulin
 Prestasi belajar : H = High achiever (IPK S.Ked: 3, 50 - 4, 00);
 : M = Middle achiever (IPK S.Ked: 3, 00 - 3, 49);
 : L = Low achiever (IPK S.Ked: 2, 99)
 Daerah asal : J = Pulau Jawa; LJ = Luar Jawa

Tiga rotasi yaitu THT, Anestesi, dan Forensik tidak terwakili dikarenakan tidak ada mahasiswa yang bersedia. Distribusi dari variasi dari partisipan didapatkan kurang seimbang, namun setiap dimensi variasi telah diusahakan untuk tetap terwakili.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini mendapatkan empat tema yang diartikulasikan sebagai ‘cara identifikasi perilaku’, yaitu: ‘prinsip diri’, ‘standar diri atas profesionalisme’,

‘standar normatif atas profesionalisme’, dan ‘subjektivitas’. Tema ‘keterbatasan modalitas diri’ didapatkan sebagai kesulitan yang dialami dalam proses identifikasi, sehingga memunculkan kebutuhan atas ‘legitimasi dari ekspertis’. Penelitian ini juga mendapatkan ‘identifikasi paparan perilaku’ dari perilaku-perilaku staf klinik yang ditemui mahasiswa, baik perilaku profesional maupun perilaku tidak profesional. Keseluruhan tema yang muncul dalam penelitian ini dapat dilihat di Gambar 1.



Gambar 1. Cara identifikasi perilaku dan Identifikasi paparan perilaku

Cara identifikasi perilaku

Penelitian ini mendapatkan empat tema sebagai 'cara identifikasi perilaku', yaitu: 'prinsip diri', 'standar diri atas profesionalisme', 'standar normatif atas profesionalisme', dan 'subjektivitas'.

Yang dimaksud dengan 'prinsip diri' adalah nilai-nilai yang merupakan prinsip hidup partisipan. 'Standar diri atas profesionalisme' adalah nilai-nilai yang diambil dari etika, regulasi, tugas dan kewajiban profesi, yang secara spesifik dipilih menjadi standar profesional oleh partisipan. 'Standar normatif atas profesionalisme' adalah nilai-nilai yang diambil dari etika, regulasi, tugas dan kewajiban profesi, namun masih secara umum dijadikan sebagai standar profesional oleh partisipan. 'Subjektivitas' adalah tendensi suka atau tidak suka atas perilaku staf klinik.

Contoh kutasi 'prinsip diri'

"sesuai prinsip diri sendiri dulu aja, yang penting ga merugikan pasien, ga merugikan orang lain" (O22, F1R344)

Contoh kutasi 'standar diri atas profesionalisme'

"jadi profesionalisme beliau akan saya nilai dengan apakah pasien mendapatkan yang mungkin seharusnya didapatkan oleh pasien, baik itu dalam pelayanan medis atau KIE" (J12, F3R3)

Contoh kutasi 'standar normatif'

"kan dokter itu sudah, sudah memiliki tanggung jawab, dan apa yang harus dilakukan, dan itu sudah, sudah tertera di undang-undang gitu, sesuai dengan undang-undang praktek kedokteran" (R12, F3R17)

Contoh kutasi 'subjektivitas'

"penilaian saya sendiri itu berdasarkan saya suka atau ga suka, bukan, ini lebih cenderung ke suka atau ga suka, bukan ke yang melihat profesi beliau apa, dan apa yang seharusnya seharusnya dilakukan oleh profesi itu. Jadi lebih cenderung ke, saya suka berinteraksi dengan beliau atau ga. Jadi saya, setelah saya menulis cukup lama itu kayanya saya baru sadar, oh ternyata tendensinya lebih ke suka ga suka" (R22, F2R2)

Penelitian ini menunjukkan bahwa mahasiswa telah mampu menginteraksikan modalitas dalam diri mereka, baik pemikiran, keyakinan maupun perasaan atau selera untuk mengidentifikasi suatu perilaku. Beberapa mahasiswa telah mampu mengeksplorasi modalitas mereka menjadi suatu standar yang spesifik dan individual, yang diartikulasikan sebagai 'prinsip diri' dan 'standar diri atas profesionalisme'. Sebagian besar mahasiswa yang lain masih mengasimilasi secara sederhana standar-standar profesionalisme, yang diartikulasikan sebagai 'standar normatif atas profesionalisme'. Sebagian yang lain masih menggunakan standar emosional mereka, dengan mengesampingkan aspek-aspek nalar tentang profesi itu sendiri, yang diartikulasikan sebagai 'subjektivitas'.

Perbedaan cara identifikasi tersebut dapat dipahami sebagai perkembangan tingkat maturitas kognitif individu. Individu-individu tertentu yang menurut Kegan¹¹ telah mencapai tahapan *self-authorship*, yaitu tahapan keempat dari lima tahap perkembangan individu, disebutkan memiliki kemampuan kognitif untuk mengeksplorasi, merefleksikan, dan secara internal mempertahankan nilai-nilai yang telah dipilih. Mahasiswa pada tahapan ini adalah mereka yang telah mampu mengembangkan identitas profesionalnya secara mandiri, dan mengintegrasikan nilai-nilai profesional menjadi nilai-nilai internalnya.¹² Penelitian ini menunjukkan bahwa nilai-nilai spesifik itulah yang kemudian juga digunakan dalam mengidentifikasi perilaku staf klinik. Kelompok mahasiswa ini umumnya telah mengalami konflik kognitif dan melakukan negosiasi-diri berulang kali dalam mengembangkan nilai-nilai yang mereka yakini.¹³

Sementara itu, individu pada tahapan sebelumnya cenderung mengambil peran profesional dengan berorientasi pada pembagian kewajiban, idealis, mengikuti peraturan, dan menjadi benar.¹² Di dalam pendidikan kedokteran, perilaku profesional diajarkan dan diidentifikasi sebagai manifestasi dari norma-norma.¹⁴ Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat mahasiswa yang menggunakan standar normatif, sebagai cara identifikasi perilaku staf klinik. Kelompok mahasiswa ini telah mampu menangkap nilai-nilai (*valuing*) profesional yang

diajarkan, sehingga mereka sebenarnya merupakan hasil dari pengajaran teoritis profesionalisme di tahap akademik.

Kesulitan dalam proses identifikasi

Partisipan menyebutkan adanya 'keterbatasan modalitas diri' sebagai kesulitan yang dialami dalam proses identifikasi perilaku. Hal ini disadari oleh partisipan dapat menyebabkan kekeliruan dalam mengidentifikasi suatu perilaku. Partisipan berpendapat bahwa 'legitimasi dari ekspertis', dalam hal ini adalah para staf klinik, dibutuhkan sebagai bentuk validasi atas pembelajaran mereka.

Contoh kuotasi 'keterbatasan modalitas diri'

"kalau di situ berarti kan, itu di masalah identifikasi kita juga kan dok. Jadi kalau sekarang misal sebenarnya kita itu mengidentifikasi suatu perilaku tidak profesional sebagai profesional, terus ditanyain kaya gini (benar atau tidaknya), ya kita ga tau juga" (R22, F2R496)

"kan tadi memang, kita tuh susah membedakan mana yang profesional dan tidak profesional, takutnya nanti yang tidak profesional itu kita, sebagai muridnya tuh malah mencontoh yang tidak profesional itu, jadi, ikut dibawa gitu. Kita kan sebagai muridnya, kalau gurunya seperti itu nanti muridnya seperti apa" (B22, F4R333)

"terkadang kita itu sudah menjudge orang sebelum ketemu orang itu gitu, itu kaya dari kata-katanya yang sebelumnya, dokter satu ini kok katanya galak lah, katanya ga ontime lah, katanya ga enak ngajarnya lah, gitu, kan sering kaya gitu" (M12, F3R143)

Contoh kuotasi 'legitimasi dari ekspertis'

"jadi, kayanya mungkin lebih penting diajarkan cara mengidentifikasi yang benar gimana. Supaya nanti efeknya akan lebih bagus ke depannya" (R22, F2R498)

Melalui pendidikan klinik, mahasiswa disiapkan untuk memasuki, mengenal, bersosialisasi dan berusaha menjadi bagian dari lingkaran profesi tersebut.¹² Mahasiswa dalam penelitian ini telah menyadari bahwa dirinya adalah seorang pemula. Mahasiswa menyadari keterbatasan modalitas dalam dirinya, misalnya dari aspek kognitif maupun

emosional, untuk dapat mengidentifikasi perilaku secara 'benar'. Mahasiswa berpendapat bahwa mereka masih membutuhkan legitimasi dari staf klinik atas hal-hal yang telah mereka pelajari, termasuk dalam hal mengidentifikasi suatu perilaku.

Kebutuhan atas legitimasi perlu ditangkap dengan baik oleh para staf klinik, dan dipahami sebagai suatu bentuk partisipasi aktif mahasiswa dalam rangka menjadi bagian dari lingkaran profesi. Namun, mahasiswa seringkali disosialisasikan untuk bergantung pada pihak eksternal ketika membangun keyakinan, identitas, dan relasi mereka. Ketergantungan semacam ini hanya akan menghasilkan sebuah identitas yang rentan terhadap tekanan eksternal, dibandingkan dengan yang didasarkan pada nilai-nilai yang dipilih secara internal.¹¹

Kesadaran sebagian besar mahasiswa atas interaksinya bersama staf klinik pada penelitian ini masih terbatas pada pengalaman dalam konteks pengajaran formal. Hanya sedikit mahasiswa yang menyadari interaksinya bersama staf klinik dalam konteks penanganan pasien secara langsung. Hal ini dapat disebabkan baik oleh karena kurangnya tingkat refleksi diri mahasiswa maupun kurangnya paparan pengalaman. Tingkat kesadaran tersebut tentunya kurang memadai untuk mengarahkan perhatian mahasiswa kepada tujuan utama profesionalisme, yaitu perawatan pasien yang berkualitas tinggi. Kekurangan pengalaman profesional mahasiswa dan usia muda itu sendiri disebutkan dapat meningkatkan bias kognitif.¹⁵ Pandangan-pandangan keahlian yang bijaksana tentang kenyataan, tantangan dan kesempatan yang ada di dalam profesi perlu diartikulasikan, bersama-sama dengan paparan pengalaman, untuk menghasilkan persepsi atas realitas klinik yang tepat dan fleksibel.¹⁶

Identifikasi paparan perilaku

Penelitian ini mendapatkan bahwa partisipan mengalami dan mengamati perilaku-perilaku staf klinik yang selanjutnya diidentifikasi sebagai 'perilaku profesional' dan 'perilaku tidak profesional'. Perilaku-perilaku yang teridentifikasi tersebut dapat dikelompokkan ke dalam lima tema, yaitu: 'personal conduct', 'kualitas pengajaran', 'relasi staf klinik'

mahasiswa', 'relasi staf klinik-pasien', dan 'relasi staf klinik-sejawat/tenaga kesehatan lain'.

Perilaku profesional yang terkait dengan 'personal conduct' dicontohkan dengan dedikasi yang tinggi pada pelayanan pasien, dan tindakan yang sesuai prosedur. Perilaku tidak profesional dicontohkan dengan tidak menjaga kerahasiaan pasien, kurang memperhatikan sterilitas ketika operasi, tidak menunjukkan identitas sebagai dokter, tidak melakukan *visite*, dan merokok.

Contoh kutasi 'personal conduct'

Perilaku profesional:

"saya pernah temukan pada stase anestesi, dimana dokter konsulen sampai menginap di rumah sakit ketika ada pasien yang sulit, padahal jarang ada dokter konsulen yang seperti itu di bagian lain" (M12, NT)

Perilaku tidak profesional:

"waktu itu ada pasien itu nona, nona datang, periksa karena ga haid beberapa bulan, terus sama supervisor yang ada di situ tuh langsung ditanya, "sudah pernah berhubungan belum?". Kan pasiennya otomatis kan malu untuk menjawab. Kemudian ya ragu gitu mau menjawab itu ragu pasiennya. (...). Nah, kemudian saya lihat ekspresinya beberapa ibu-ibu yang di sebelahnya, yang periksa hamil juga itu, kaya ngelihat si pasien yang ini tuh gimana gitu. Kan masih nona, terus datang ke dokter kandungan, periksa karena sudah ga haid setelah berhubungan. Menurut saya kan, yang kaya gitu tuh ga profesional dok ya" (O12, F1R2)

Perilaku profesional yang terkait dengan 'kualitas pengajaran' dicontohkan dengan antusiasme pengajaran, ketepatan waktu, mengajarkan pola pikir yang holistik, keilmuan yang *up to date* dan berdasarkan referensi yang memadai. Perilaku tidak profesional dicontohkan dengan ketidaktepatan waktu yang tanpa disertai dengan konfirmasi, pembatalan secara sepihak, pengajaran yang tidak memberikan validasi atas keilmuan, tidak menggunakan referensi yang memadai, dan sikap yang tidak patut saat mengajar.

Contoh kutasi 'kualitas pengajaran'

Perilaku profesional:

"Dia benar-benar mengajari, mau ngajari benar-benar dari awal, seperti itu. Itu yang sikap profesional yang, istilahnya melebihi apa yang seharusnya, gitu. Itu memang ada beberapa dokter yang begitu" (R12, F2R139)

Perilaku tidak profesional:

"ada dok yang ndak mau update guideline gitu dok, misalnya kayak, dok bukannya kaya ini. Ooo ndak ndak kata prof ini pokoknya gini. Masih ada yang garis keras. (...). Padahal guidelinenya udah ada, dan itu dibawa sampai ujian sedihnya" (J12, F3R319)

Perilaku profesional yang terkait dengan 'relasi staf klinik-mahasiswa' dicontohkan dengan memotivasi mahasiswa, menghargai mahasiswa, mengkomunikasikan halangan, dan meminta maaf setelah memarahi mahasiswa. Perilaku tidak profesional dicontohkan dengan memarahi mahasiswa di depan pasien dengan menggunakan perkataan-perkataan yang tidak patut, diskriminasi mahasiswa, serta tidak menganggap signifikansi mahasiswa di lingkungan klinik.

Contoh kutasi 'relasi staf klinik-mahasiswa'

Perilaku profesional:

"dokter mampu berkomunikasi dengan muridnya dan tidak enggan untuk sharing pengalaman yang luar biasa agar DM termotivasi dan dokter tersebut bersedia berdiskusi dengan DM saat DM menemukan sesuatu yang tidak ia pahami" (C22, NT)

Perilaku tidak profesional:

"jadi kalau misalnya kita nggak bisa jawab, itu tuh langsung dimarahin dulu, dimarahin tet tet tet tet tet, terus tiba-tiba, "Kamu, baru nanti belajar, kayak, breast cancer, kalau kamu atau ibumu tuh sudah breast cancer!" (O23L, F4R297)

Perilaku profesional yang terkait dengan 'relasi staf klinik-pasien' dicontohkan dengan pelayanan pasien yang sepenuh hati, meminta izin ketika memeriksa pasien termasuk ketika menjadi kasus untuk ujian mahasiswa, serta sabar dan telaten dalam penanganan pasien. Perilaku tidak profesional dicontohkan dengan tidak menunjukkan kepedulian pada pasien

dan keluarganya, tidak menghargai pasien dengan membentakannya, serta memberikan edukasi yang buruk pada pasien.

Contoh kuotasi 'relasi staf klinik-pasien'

Perilaku profesional:

"ketika saya pada stase psikiatri, saya sering menemukan dokter yang sangat telaten dalam menangani pasien yang dalam tanda kurung disebut gila. Banyak pasien yang sulit diatur dan sulit dikendalikan tetapi para dokter masih saja menangani dengan sabar. Memang hal tersebut sudah merupakan pekerjaannya tetapi pelayanan sepenuh hati terhadap keadaan pasien jiwa yang seperti itu sudah saya anggap suatu bentuk keprofesionalan" (M12, NT)

Perilaku tidak profesional:

"seringkali cuma visite itu menjawab pertanyaan PPDS, atau ya, atau cuma sekedar mengajar DM, tanpa peduli ke pasiennya. Kadang langsung staf itu ke pasien, cuma ngomong sebentar lalu langsung ngajarkan DM, "ya, gini gini gini, jadi seperti ini seperti ini" lalu ditinggal ke pasien berikutnya tanpa peduli sama pasien itu" (N11, F3R35)

Perilaku profesional yang terkait dengan 'relasi staf klinik-sejawat/tenakes lain' dicontohkan menghormati sejawat, dan menghormati keputusan/diagnosis yang diambil oleh sejawat. Perilaku tidak profesional dicontohkan dengan menjelek-jelekkkan sejawat di depan pasien.

Contoh kuotasi 'relasi staf klinik-sejawat/tenakes lain'

Perilaku profesional:

"menghormati sesama sejawat dan tidak merendahnya" (P22, NT)

Perilaku tidak profesional:

"menjelekkkan suatu rumah sakit kepada pasien awam" (C11, NT)

'Kualitas pengajaran' adalah tema yang paling banyak muncul, baik dari perilaku profesional maupun tidak profesional. Ketepatan waktu dan antusiasme pengajaran menjadi contoh perilaku profesional yang paling banyak disebutkan. Ketidaktepatan waktu, perubahan jadwal pengajaran yang terlalu sering, dan pembatalan pengajaran secara sepihak,

menjadi contoh perilaku tidak profesional yang paling banyak dikeluhkan oleh partisipan. Hampir semua contoh perilaku yang didapatkan dalam penelitian ini, baik perilaku profesional maupun tidak profesional, masih terbatas pada pertemuan-pertemuan dalam konteks pengajaran formal. Sedikit partisipan mengamati perilaku staf klinik dalam konteks informal, yaitu pada saat tugas jaga. Sedikit partisipan menemui perilaku yang terkait dengan penanganan pasien secara asli (*real-time*), yaitu pada saat operasi dan penanganan pasien psikiatri.

Staf klinik dihadapkan dengan banyaknya aktivitas dan tingginya beban kerja. Selain pengajaran klasikal, staf klinik juga ditugaskan untuk memberi konsulan dan *bedside teaching*, yang dilakukan dalam rentang waktu 24 jam sehari. Para staf klinik masih harus melakukan penelitian, dan pembimbingan untuk penelitian mahasiswa. Efektivitas peran supervisi dari staf klinik masih bervariasi, baik untuk pendidikan maupun pelayanan pasien, termasuk juga untuk memenuhi peran sebagai *role model*.

Sebagaimana penelitian-penelitian sebelumnya,^{2,4,5,17,18} penelitian ini juga mendapatkan bahwa perilaku-perilaku praktis staf klinik yang diamati oleh mahasiswa berbeda dengan teori-teori profesionalisme yang mereka dapatkan di pembelajaran klasikal. Temuan ini menekankan kembali aspek esensial dari maturitas kognitif, yaitu pemaknaan (*making-meaning*). Informasi-informasi berbeda yang diterima individu akan melibatkan pemaknaan secara kritis sebelum membentuk suatu asumsi.⁹ Asumsi-asumsi yang terbentuk akan digunakan untuk secara aktif membangun, mengevaluasi, dan menginterpretasikan pertimbangan-pertimbangan dalam rangka mengembangkan suatu sistem keyakinan internal (*internal belief system*). Sistem tersebut memiliki kaitan erat dengan cara individu membangun identitas profesionalisme.¹¹ Hal yang perlu diwaspadai adalah ketika asumsi yang terbentuk atas perilaku adalah keliru, maka hal tersebut dapat berpengaruh pada identitas profesionalisme yang dibangun oleh mahasiswa.

Paparan perilaku tidak profesional tidak selamanya berdampak negatif.¹⁹ Namun, ketika paparan ini terjadi pada mahasiswa yang mengidentifikasi bahwa *role model* merupakan satu aspek terpenting dalam

pengembangan profesionalisme mereka, sementara mereka sering merasa harus bertindak "tidak semestinya" untuk "menyesuaikan diri" dengan tim.^{20,21} Maka hal ini menjadi salah satu ancaman penyebab erosi idealisme di pendidikan klinik.²²

Optimalisasi *role modeling* untuk fasilitasi pengembangan profesionalisme

Pemanfaatan *role modelling* dalam pendidikan klinik perlu dikombinasi dengan fasilitasi pada pengembangan aspek maturitas kognitif, emosional, dan sosio-kultural mahasiswa. Fasilitasi tersebut ditujukan untuk meningkatkan kemampuan berinisiasi, berpikir kritis dan mawas diri dari mahasiswa.⁹ Kemampuan-kemampuan tersebut selanjutnya diharapkan akan membimbing diri mahasiswa dalam setiap pengambilan peran dan tanggung jawab atas keputusan dan tindakan.¹³

Fasilitasi pengembangan profesionalisme dapat diawali dengan memberikan dukungan untuk menciptakan lingkungan belajar yang aman dan nyaman bagi mahasiswa. Staf klinik dapat menunjukkan empati dan penghargaan atas perspektif setiap mahasiswa, serta memberikan pengakuan atas keberadaan mahasiswa sebagai bagian dari lingkungan klinik. Tantangan perlu diberikan sesuai dengan kondisi individual, dengan cara memberikan pengalaman-pengalaman situasional maupun stimulus-stimulus yang mampu memicu refleksi diri mahasiswa. Mahasiswa selanjutnya dapat difasilitasi untuk melakukan analisis kritis, eksplorasi dan refleksi diri, sehingga dapat lebih menggali setiap kesempatan dan alternatif yang ditawarkan oleh profesi. Komitmen lebih atas nilai dan tujuan profesi diharapkan akan muncul, karena selanjutnya, mahasiswalah yang memilihnya sendiri sebagai penting.

Penelitian ini belum dapat menggali secara mendalam cara identifikasi perilaku dalam konteks realitas klinik, karena kurangnya paparan pengalaman mahasiswa. Penelitian ini tidak mendapatkan mahasiswa yang mengamati staf klinik dalam hal konflik penanganan pasien, misalnya dalam mengatasi tekanan waktu ataupun keterbatasan sarana dan prasarana.

KESIMPULAN

Penelitian ini mendapatkan empat tema sebagai 'cara identifikasi perilaku', yaitu: 'prinsip diri', 'standar diri atas profesionalisme', 'standar normatif atas profesionalisme' dan 'subjektifitas'. Perbedaan cara identifikasi mahasiswa merupakan cerminan dari capaian maturitas kognitif mereka. Capaian pembelajaran profesionalisme pada tahap akademik umumnya sampai pada *valuing* dari nilai-nilai profesional. Capaian pembelajaran tersebut dapat ditingkatkan menjadi *organizing* dan *internalizing* pada tahap klinik. Hal ini dimungkinkan melalui paparan *role model* dan fasilitasi yang menyediakan kesempatan untuk mengeksplorasi, merefleksikan nilai-nilai profesional, sebelum selanjutnya mahasiswa memilihnya secara mandiri. Hal yang perlu diwaspadai adalah adanya kemungkinan bias kognitif yang umumnya disebabkan oleh kurangnya pengalaman profesional dan usia muda. Pengartikulasian pandangan keahlian bersama-sama dengan paparan pengalaman perlu dilakukan untuk menghasilkan persepsi atas realitas klinik yang tepat dan fleksibel. Hal ini merupakan bagian dari pengembangan sistem keyakinan internal yang berkaitan erat dengan cara mahasiswa membangun identitas profesionalisme.

DAFTAR SINGKATAN

KIE	= Konseling, Informasi dan Edukasi
DM	= Dokter Muda, atau mahasiswa tahap klinik
PPDS	= Program Pendidikan Dokter Spesialis, atau residen

DAFTAR PUSTAKA

- Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. Med Teach. 2013 Jul 1;35(7):e1252-66.
- White CB, Kumagai AK, Ross PT, Fantone JC. A Qualitative Exploration of How the Conflict Between the Formal and Informal Curriculum Influences Student Values and Behaviors: Acad Med. 2009 May;84(5):597-603.

3. Teunissen PW, Wilkinson TJ. Learning and teaching in workplaces. *Med Educ Theory Pract Edinb Churchill*. 2010;199-203.
4. Satterwhite 3rd WM, Satterwhite RC, Enarson CE. Medical students' perceptions of unethical conduct at one medical school. *Acad Med*. 1998;73(5):529-31.
5. Caldicott CV, Faber-Langendoen K. Deception, Discrimination, and Fear of Reprisal: Lessons in Ethics from Third-Year Medical Students: *Acad Med*. 2005 Sep;80(9):866-73.
6. Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med*. 2003;78(12):1203-1210.
7. Jochemsen-van der Leeuw HGAR, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The Attributes of the Clinical Trainer as a Role Model: A Systematic Review. *Acad Med*. 2013 Jan;88(1):26-34.
8. Baxter P, Jack S. Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *Qual Rep*. 2008;13(4):544-559.
9. Sandars J, Jackson B. Self-authorship theory and medical education: AMEE Guide No. 98. *Med Teach*. 2015;37(6):521-532.
10. Houghton C, Murphy K, Shaw D, Casey D. Qualitative case study data analysis: an example from practice. *Nurse Res*. 2015;22(5):8-12.
11. Baxter Magolda MB, King PM. Interview strategies for assessing self-authorship: Constructing conversations to assess meaning making. *J Coll Stud Dev*. 2007;48(5):491-508.
12. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Acad Med*. 2015;90(6):718-725.
13. Magolda MB. Three elements of self-authorship. *Journal of College Student Development*. 2008;49(4):269-84.
14. Hickson GB, Pichert JW, Webb LE, Gabbe SG. A complementary approach to promoting professionalism: identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Academic Medicine*. 2007 Nov 1;82(11):1040-8
15. Barilan YM, Brusa M. Deliberation at the hub of medical education: beyond virtue ethics and codes of practice. *Med Health Care Philos*. 2013;16(1):3-12.
16. Niemi PM. Medical students' professional identity: self-reflection during the preclinical years. *Med Educ*. 1997 Nov 1;31(6):408-15.
17. Murakami M, Kawabata H, Maezawa M. The perception of the hidden curriculum on medical education: an exploratory study. *Asia Pac Fam Med*. 2009;8(1):1.
18. Al-Abdulrazzaq D, Al-Fadhli A, Arshad A. Advanced medical students' experiences and views on professionalism at Kuwait University. *BMC Med Educ*. 2014;14:150.
19. Tagawa M. Effects of undergraduate medical students' individual attributes on perceptions of encounters with positive and negative role models. *BMC medical education*. 2016 Jun 23;16(1):164.
20. Byszewski A, McGuinty C, Moineau G, Hendelman W. Wanted: role models-medical students' perceptions of professionalism. *BMC medical education*. 2012 Dec;12(1):115.
21. Cochran A, Elder WB. Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *The American Journal of Surgery*. 2015 Jan 31;209(1):65-70.
22. Hilton SR, Slotnick HB. Protocol professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Medical education*. 2005 Jan 1;39(1):58-65.