

# KONSEP INOVASI STRATEGI PENDIDIKAN DI INSTITUSI PENDIDIKAN KEDOKTERAN

**Yoyo Suhoyo**

Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

## ABSTRACT

*Innovation in medical education is essentially a reaction towards various demands and changes in the medical education institutions environment. The innovation of educational strategy is a part of the effort. Innovation in medical education should consider the feasibility level, resources needed, time and duration of implementation, scale and degree, that failure can occur, obstacles faced and the pattern of innovation that will be done. Considering the current condition of medical education institutions that are known through self-evaluation and strategic plan, and a growing trend in medical education at this time, several innovation can be proposed. SPICES approach can be taken as a guide in designing innovation in medical education.*

*Keywords: innovation, SPICES, medical education institution*

## ABSTRAK

Inovasi pendidikan kedokteran merupakan hal mendasar dan penting sebagai konsekuensi dari bermacam-macam tuntutan dan perubahan yang terjadi di lingkungan institusi pendidikan kedokteran. Inovasi strategi pendidikan merupakan bagian dari hal tersebut. Dalam merancang suatu inovasi itu sendiri, setiap institusi pendidikan kedokteran harus mempertimbangkan tingkat kelayakan, sumber daya yang dibutuhkan, waktu dan durasi pelaksanaan, skala dan derajat kegagalan yang mungkin terjadi, hambatan yang dihadapi dan pola inovasi yang akan dilakukan. Dengan memperhatikan kondisi saat ini dari institusi pendidikan kedokteran yang dikenal melalui evaluasi diri dan rencana strategik, dan tren yang berkembang di pendidikan kedokteran saat ini, maka dapat diusulkan beberapa inovasi yang dapat dilakukan. Pendekatan SPICES dapat dilakukan sebagai panduan dalam mendesain inovasi-inovasi pendidikan kedokteran.

**Kata kunci:** inovasi, SPICES, institusi pendidikan kedokteran

## PENDAHULUAN

Kondisi politik, demografi, teknologi, ekonomi, pelayanan kesehatan, epidemiologi penyakit dan pendidikan di dunia saat ini telah mengalami perubahan.<sup>1</sup> Demokrasi menjadi tuntutan perubahan politik dunia. Jumlah penduduk terus bertambah. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran terus berkembang pesat. Pola penyakit yang dahulu banyak didominasi penyakit akut kini bergeser kepada penyakit kronis. Pelayanan kesehatan menjadi lebih menekankan pentingnya pencegahan. Privatisasi pusat pelayanan kesehatan meningkat diiringi peningkatan biaya pelayanan kesehatan. Penyakit-penyakit jenis baru bermunculan. Sementara penyebaran dokter dan tenaga

kesehatan lain tidak merata dan akses mendapatkan pelayanan kesehatan semakin terbatas khususnya bagi masyarakat miskin. Di sisi lain, kesadaran pasien semakin meningkat akibat arus informasi terbuka, kebutuhan *multiprofessional team* meningkat dan beban kerja dokter bertambah dengan adanya tugas penelitian dan pendidikan. Tuntutan akan pendidikan yang sesuai kebutuhan, dapat dipertanggungjawabkan dan diperbanyaknya spesialisasi, ditambah jumlah mahasiswa yang semakin meningkat adalah kecenderungan perubahan dalam dunia pendidikan. Berbagai perubahan tersebut pada dasarnya merupakan tantangan bagi masyarakat global untuk mampu beradaptasi dan tidak tertinggal. Institusi pendidikan kedokteran yang

---

Korespondensi: yo2suhoyo@yahoo.com , Telp: 0274-562139

Bagian Pendidikan Kedokteran FK UGM, Gd. Radiopoetro Lt 6. Jl. Farmako Sekip Utara Yogyakarta

merupakan bagian dari masyarakat global, sudah seharusnya ikut serta melakukan perubahan tersebut. Inovasi strategi pendidikan adalah bagian dari upaya perubahan yang harus dilakukan institusi pendidikan kedokteran.

*World Federation for Medical Education (WFME)* telah merekomendasikan standar global bagi institusi pendidikan kedokteran di seluruh dunia.<sup>2</sup> Di Indonesia, standar global ini kemudian menjadi dasar penyusunan Standar Kompetensi Dokter dan Standar Pendidikan Profesi Kedokteran oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).<sup>3,4</sup> Kedua standar tersebut menetapkan berbagai ketentuan yang seharusnya dilakukan oleh institusi pendidikan kedokteran dalam melaksanakan proses pendidikannya, termasuk di dalamnya adalah ketentuan tentang strategi pendidikan. WFME mendorong strategi pendidikan *self directed learning* yang menyiapkan mahasiswa menjadi *life long learner*.<sup>2</sup> KKI menetapkan model Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) dengan pendekatan terintegrasi (horizontal dan vertikal), berorientasi kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat dalam konteks pelayanan kesehatan primer dengan menggunakan strategi SPICES (*Student centred, Problem based, Integrated, Community-based, Elective/ Early clinical exposure, Systematic*).<sup>3</sup> Ketentuan-ketentuan tersebut pada dasarnya adalah bentuk inovasi dalam strategi pendidikan kedokteran saat ini, yang dengan sendirinya harus dilaksanakan oleh Institusi pendidikan kedokteran.

### Strategi Pendidikan Kedokteran

Ada 9 (sembilan) kecenderungan atau trend pendidikan kedokteran yang sedang berkembang saat ini.<sup>1</sup> Tren pertama adalah pendidikan untuk mencapai kemampuan atau kompetensi atau kapabilitas (*capability*). Pendidikan kedokteran yang selama ini bersifat umum sehingga kurikulum sangat padat, sekarang lebih ditujukan kepada kompetensi yang dibutuhkan. Hal ini ditandai adanya standar kompetensi minimal yang harus dicapai (kurikulum inti) dan kurikulum pilihan, pentingnya latihan keterampilan klinik, dan diperlukannya kompetensi umum. Yang dimaksud kompetensi umum adalah kompetensi bioetika, keterampilan komunikasi, keterampilan hubungan interpersonal, kemampuan pemecahan masalah, keterampilan manajemen dan organisasi, bekerja dalam kelompok, keterampilan teknologi informasi dan hubungan dokter pasien. Trend kedua adalah *community*

*orientation in medical education (COME)*. Pendidikan kedokteran diarahkan pada kebutuhan masyarakat baik individu atau kelompok, serta ditujukan pada pembelajaran promosi kesehatan, pencegahan penyakit, penilaian dan pemenuhan kebutuhan masyarakat, dan kesadaran akan peran faktor lingkungan dan sosial dalam timbulnya penyakit. Trend ketiga adalah belajar terpusat pada mahasiswa (*self directed learning/ learner-centred learning*). Trend ini dilandasi teori belajar orang dewasa (*adult learning*) yang mensyaratkan peran aktif mahasiswa dalam proses pembelajaran. Tren keempat adalah *Problem Based Learning (PBL)* dan *Task Based Learning (TBL)* yang merupakan perwujudan dari *self directed* dan *learner-centred learning*. Jika PBL didasarkan pada skenario di atas kertas, maka TBL didasarkan kepada tugas nyata yang dipraktikkan di lapangan oleh profesi kedokteran.

Tren kelima adalah integrasi dan kontak atau paparan dini dengan pasien (*early clinical contact/exposure*). Trend ini mendorong pendekatan disiplin ilmu menjadi lebih terintegrasi antar disiplin dan antar profesi. Tren keenam adalah pendidikan dokter berkelanjutan (*continuing professional development/ CPD*). Hal ini didasari akan pentingnya pembelajaran sepanjang hayat bagi profesi kedokteran sebagai wujud tanggung jawab profesi. Tren ketujuh adalah penyatuan antara pendidikan dan praktik. Pendidikan kedokteran harus memiliki akses ke pusat-pusat pelayanan yang ada di tengah masyarakat agar terjadi proses yang berkesinambungan antara pendidikan dan kebutuhan masyarakat. Tren kedelapan adalah pendidikan kedokteran berdasarkan fakta (*best evidence on medical education/ BEME*). Keputusan medis dokter yang harus didasari oleh fakta berupa temuan ilmiah, harus diikuti dengan proses pendidikan dokter yang juga didasari oleh bukti ilmiah, bukan karena tradisi, kebiasaan atau asumsi semata. Terakhir, tren kesembilan adalah keberadaan teknologi informasi dan komunikasi (*information and communication technology/ ICT*). Perkembangan di bidang ICT telah memberikan pengaruh kepada dunia penelitian, pelayanan dan pendidikan. Pada satu sisi, setiap dokter dituntut memahami dan mampu menggunakan teknologi ICT dalam pelayanan, penelitian dan pendidikan, dan pada sisi yang lain ICT dapat digunakan untuk kepentingan proses pendidikan dokter itu sendiri. Kesembilan tren ini dapat dijadikan tolok ukur inovasi di suatu institusi pendidikan kedokteran.

Senada dengan perkembangan atau tren di atas, Harden mengajukan model strategi SPICES dalam pendidikan kedokteran.<sup>6</sup> SPICES merupakan rangkaian strategi pendidikan yang tersusun dari *Student centered*, *Problem based*, *Integrated/ Interprofessional education*, *Community based*, *Elective/Early clinical exposure* dan *Systematic*. Pendekatan ini lahir sebagai suatu inovasi akan strategi pendidikan yang ada sebelumnya, yaitu *Teacher centered*, *Information oriented*, *subject/ discipline based*, *Hospital-based*, *Uniform* dan *opportunistic*. Model ini menjadi strategi pendidikan yang harus digunakan oleh seluruh institusi pendidikan kedokteran di Indonesia karena merupakan standar yang telah ditetapkan KKI.

### Inovasi Strategi Pendidikan

Merancang inovasi strategi pendidikan adalah bagian dari langkah-langkah menerapkan inovasi pendidikan, yaitu (1) mengidentifikasi masalah bersama, (2) menilai kekuatan untuk melakukan perubahan, (3) merancang inovasi, (4) melakukan konsultasi, (5) melakukan publikasi secara luas, (6) menyepakati rencana rinci, (7) menerapkan inovasi, (8) menyediakan sarana pendukung, (9) memodifikasi rencana, dan (10) mengevaluasi hasil.<sup>7</sup> Inovasi baru dapat dilaksanakan setelah mengidentifikasi masalah institusi dan menilai kekuatan yang dimiliki untuk melakukan suatu perubahan. Dalam merancang suatu inovasi itu sendiri, setiap institusi pendidikan kedokteran harus mempertimbangkan tingkat kelayakan, sumber daya yang dibutuhkan, waktu dan durasi pelaksanaan, skala dan derajat, kegagalan yang dapat terjadi, hambatan yang dihadapi dan pola inovasi yang akan dilakukan.

Dengan mempertimbangkan kondisi terkini, tren yang berkembang dalam dunia pendidikan kedokteran dan model strategi SPICES, berikut ini adalah inovasi strategi pendidikan yang dapat dilakukan institusi pendidikan kedokteran di Indonesia:

#### **Student Centred**

Yang dimaksud dengan terpusat pada mahasiswa adalah mahasiswa sebagai orang dewasa diberi tanggung jawab untuk mengelola pembelajarannya secara mandiri.<sup>1,6</sup> Ada enam prinsip belajar secara mandiri, yaitu; (1) mahasiswa belajar menurut caranya sendiri, (2) mahasiswa memiliki ketentuan sendiri dalam mengelola proses pembelajarannya menyangkut tempat, materi, sumber, cara, dan waktu

belajar, (3) mahasiswa didorong untuk mengembangkan rencana belajar sendiri, (4) perbedaan kebutuhan belajar setiap individu diperhatikan dan diberi tanggapan khusus per individu tersebut, (5) pembelajaran mahasiswa didukung dengan penyediaan sumber dan panduan belajar, dan (6) peran dosen berubah dari penyampai informasi menjadi manajer proses pembelajaran.<sup>6</sup>

Dalam memfasilitasi proses belajar mandiri sebagai penerapan *strategi student centred*, institusi pendidikan kedokteran dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:<sup>6</sup>

- a. memberi peluang jumlah waktu yang cukup bagi mahasiswa untuk belajar mandiri (25-75%)
- b. memberikan pengakuan resmi secara institusional proses belajar mandiri dengan:
  - memasukkan secara tertulis komponen belajar mandiri di dalam kurikulum, dan ditunjukkan dengan memasukkan kegiatan belajar mandiri ke dalam jadwal kegiatan belajar mahasiswa (intrakurikuler)
  - menyediakan sumber belajar yang sesuai dengan kebutuhan
  - menyediakan perangkat penilaian belajar mandiri
  - program pengembangan staf agar mampu menjadi manajer proses pembelajaran dengan baik, contohnya melalui pelatihan
- c. menawarkan pilihan berbagai jenis media belajar kepada mahasiswa
- d. menyediakan panduan belajar untuk membantu memudahkan proses belajar mandiri

Seiring dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi, institusi pendidikan kedokteran dapat memanfaatkannya untuk kepentingan belajar mandiri.<sup>6,8</sup> Inovasi yang dapat dilakukan adalah dengan mengembangkan sistem informasi berbasis intranet untuk kepentingan akademik. Sistem informasi ini nantinya digunakan oleh mahasiswa untuk kepentingan proses pendidikan. Sistem informasi yang dimaksud adalah sistem yang berisi informasi sebagai berikut:

- a. Biodata, yaitu data pribadi setiap mahasiswa.
- b. Panduan Akademik, yaitu uraian tentang panduan proses pembelajaran, mulai dari kurikulum sampai aturan-aturan akademik.

- c. Jadwal Kegiatan Akademik, yaitu rincian jadwal kegiatan harian mulai masuk sebagai mahasiswa baru sampai lulus menjadi Sarjana Kedokteran.
- d. Jadwal Kegiatan Lembaga Mahasiswa (ekstrakurikuler), yaitu jadwal kegiatan ekstrakurikuler lembaga-lembaga mahasiswa yang dapat diikuti.
- e. Daftar Nilai, yaitu daftar nilai mahasiswa dari tahun pertama sampai selesai menjadi dokter.
- f. Sumber Belajar (*e-learning*), yaitu materi pembelajaran yang berupa materi kuliah, catatan kuliah, dan bahan pustaka lain seperti jurnal, buku teks atau media audiovisual yang semuanya disediakan dalam bentuk digital.
- g. Ruang Konsultasi dan Komunikasi, yaitu program komputer yang memfasilitasi konsultasi dan komunikasi antara mahasiswa dengan dosen pembimbing akademik (DPA) atau dengan dosen pakar. Mahasiswa dapat menyampaikan pendapat, keluhan, pertanyaan atau permasalahan yang dihadapi selama proses pembelajaran yang kemudian akan ditanggapi oleh DPA atau dosen yang berwenang sesuai dengan kebutuhan individu mahasiswa.
- h. Jadwal Kegiatan Rotasi Klinik, yaitu jadwal rotasi di seluruh bagian klinik sejak mahasiswa lulus menjadi sarjana kedokteran sampai menjadi dokter. Jadwal ini baru dapat diakses jika mahasiswa telah lulus S1 dan telah mendaftarkan diri mengikuti rotasi klinik.
- i. Sumber Belajar Rotasi Klinik (*e-learning* Rotasi Klinik), yaitu materi pembelajaran yang diperlukan oleh mahasiswa di setiap bagian klinik dan akan dapat dihubungkan dengan materi pembelajaran di S1. Mahasiswa dapat mengakses informasi tidak hanya saat ada di kampus atau Rumah Sakit Pendidikan Utama tetapi juga saat berada di rumah sakit jejaring.
- j. *Log Book*, yaitu catatan atau laporan kegiatan pembelajaran yang dilakukan mahasiswa di setiap blok dan di setiap rotasi klinik. *Log book* akan diberi umpan balik oleh DPA.
- k. Portofolio, yaitu tugas yang harus dikerjakan oleh setiap mahasiswa pada setiap blok. Mahasiswa membuat laporan dan mengumpulkannya

melalui sistem informasi ini dalam bentuk file. Tugas ini akan dijadikan sebagai portofolio mahasiswa dan akan mendapatkan nilai serta umpan balik dari Tim Koordinator Blok.

- l. Informasi Pendukung Pendidikan, yaitu informasi tentang kost, peta kota Yogyakarta, transportasi, pusat-pusat perbelanjaan, tips-tips belajar, soal-soal latihan ujian dan berbagai informasi yang membantu memudahkan mahasiswa dalam mengikuti proses pembelajaran di institusi pendidikan kedokteran.

Sistem informasi tersebut bersifat individu. Setiap mahasiswa akan mendapatkan *password* dan hanya dapat melihat, membaca, berkonsultasi dan mengirimkan tugas pada tempatnya sendiri yang disediakan pada sistem ini. Dosen, DPA, dan TKB dapat berinteraksi dan menggunakan informasi mahasiswa sesuai dengan kewenangannya/ tugasnya masing-masing yang telah diatur dalam sistem informasi ini. Kerahasiaan mahasiswa, dosen, DPA dan TKB serta pihak lain yang terkait sangat dilindungi. Mahasiswa dapat mengakses datanya selama terdaftar sebagai mahasiswa (mengikuti registrasi) sampai 5 tahun setelah ia lulus menjadi dokter.

Selain dalam bentuk elektronik, penyediaan buku panduan belajar (*Study guide*) dalam bentuk cetak juga tetap dilakukan. *Study guide* tidak hanya dibuat di tingkat S1 tetapi juga di tingkat profesi (rotasi klinik).

### **Problem Based Learning**

PBL telah dilaksanakan secara penuh di beberapa Program Studi Pendidikan Dokter di Indonesia. Yang perlu disempurnakan antara lain:

- a. Penyediaan sumber belajar elektronik (*e-learning*) untuk setiap mahasiswa (telah dijelaskan pada bagian sebelumnya).<sup>6,8</sup>
- b. Optimalisasi kegiatan kuliah sebagai kegiatan konsultasi antara mahasiswa dengan pakar terkait topik pembelajaran dalam skenario, tidak hanya penyampaian informasi.<sup>6,9</sup>
- c. Penambahan satu kegiatan berupa diskusi terbuka antara mahasiswa dengan Tim Koordinator Blok untuk mendiskusikan materi atau masalah yang dihadapi mahasiswa dalam suatu skenario.<sup>9</sup>

Kegiatan diskusi dapat dilakukan setelah diskusi tutorial ke dua (langkah ke tujuh) pembahasan satu skenario dan sebelum diskusi tutorial untuk membahas skenario berikutnya.

- d. Pembahasan tentang profesionalitas dokter (bioetika) yang terintegrasi dalam pembahasan skenario harus menjadi bagian dari diskusi tutorial, misal pada saat pertemuan kedua (langkah ketujuh).<sup>8,9</sup> Hal ini harus tercantum dalam tujuan belajar fakultas di setiap skenario sehingga diketahui oleh setiap tutor. Setiap skenario sebaiknya mengandung pembahasan tentang profesionalitas dokter. Namun jika tidak memungkinkan, dalam setiap blok harus ada pembahasan terkait profesionalitas dokter. Jika dalam diskusi tutorial kesulitan, pembahasan dapat dilakukan dalam diskusi kelas besar, dimana seluruh mahasiswa terlibat dan menjadi bagian setiap skenario minimal setiap blok.
- e. Pengembangan skenario tidak hanya dalam bentuk tertulis tetapi juga dalam bentuk audiovisual (multimedia) sehingga dapat memicu proses pembelajaran secara lebih optimal.

### **Integrated**

Institusi pendidikan kedokteran di Indonesia mulai banyak menerapkan strategi integrasi sejak dikeluarkannya standar kompetensi dokter dan standar pendidikan dokter oleh KKI tahun 2006. Meskipun demikian, masih perlu dilakukan upaya optimalisasi dalam integrasi ini khususnya integrasi antara pendidikan pre-klinik dengan klinik. Paparan mahasiswa terhadap kegiatan praktek klinik terkonsentrasi dalam pendidikan profesi atau rotasi klinik. Pembelajaran keterampilan medis di laboratorium keterampilan medis (skills lab) harus lebih dioptimalkan. Integrasi lainnya yang masih belum optimal adalah integrasi dengan kebutuhan masyarakat atau yang dikenal dengan *community oriented*, apalagi jika mengingat kompetensi utama yang diharapkan adalah menjadi dokter keluarga.<sup>6,8,10</sup> Konsep ideal adalah dengan melaksanakan *Community Based Medical Education* (CBME). Namun mengingat konsekuensi dana dan fasilitas yang besar maka yang dapat dilakukan adalah modifikasi dengan pendidikan berorientasi komunitas. Penjelasan detail inovasi yang dapat dilakukan dapat dilihat pada bagian *Community Oriented Medical Education* (COME).

Integrasi mahasiswa sebagai pelajar adalah komponen integrasi yang juga harus diperhatikan. Konsep *self-directed learning* yang berdasar pada paham konstruktivisme akan berujung pada individualisme jika tidak dikelola dengan baik.<sup>6</sup> Institusi pendidikan khususnya tim kurikulum harus merancang strategi pembelajaran yang memungkinkan mahasiswa mampu belajar mandiri tanpa meninggalkan kebersamaan dan kerjasama. Penyediaan panduan belajar (*study guide*), *log book*, *portfolio*, dan materi online (*e-learning*) seperti dijelaskan sebelumnya adalah contoh optimalisasi yang dapat dilakukan. Pemberian tugas atau proyek kelompok juga dapat dilakukan.

### **Interprofessional Education**

*Interprofessional education* didefinisikan *World Health Organization* (WHO) sebagai suatu proses dimana suatu kelompok mahasiswa berbagai bidang kesehatan belajar bersama pada suatu periode pendidikan mereka, berinteraksi dan bekerja bersama-sama menyediakan pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dan pelayanan kesehatan lainnya.<sup>6,11</sup> Definisi lainnya adalah suatu proses dimana dua atau lebih profesi yang berbeda saling belajar dari dan tentang profesi masing-masing untuk memperbaiki kerjasama dan kualitas pelayanan. Istilah lain yang sering digunakan adalah *multiprofessional education*.<sup>6,11</sup> *Interprofessional education* diperlukan karena adanya kesadaran bahwa pelayanan kesehatan tidak dapat dilakukan oleh hanya satu profesi, melainkan kerjasama antarprofesi. Kerjasama tidak dapat muncul begitu saja tanpa upaya yang sengaja. Diperlukan upaya membangun kerjasama tersebut sejak masih dalam proses pendidikan. Meskipun demikian, pendidikan interprofesional yang tidak tepat dilakukan justru akan mengakibatkan dampak yang kurang baik.

Ada tiga hal yang harus diperhatikan dalam pendidikan interprofesional, yaitu konteks pembelajaran, tujuan pendidikan dan strategi pendidikan.<sup>6</sup> Konteks pembelajaran meliputi waktu pelaksanaan pendidikan (di tingkat sarjana atau profesi), tempat pendidikan (misalnya di kelas atau tempat praktik atau komunitas), topik atau materi pendidikannya (misalnya peran setiap profesi dalam pelayanan, kerjasama, etika dan pelayanan paliatif) dan pendekatan belajar (misalnya diskusi kelompok, kuliah, PBL atau mengerjakan proyek bersama). Tujuan pendidikan mencakup keterampilan bekerjasama dan kemampuan untuk bekerja sebagai

anggota suatu tim. Secara rinci tujuan pendidikan interprofesional sebaiknya adalah:<sup>6,11</sup>

- a. kompetensi inti yang membedakan setiap profesi, menyangkut pengetahuan keterampilan dan sikap perilaku setiap profesi dalam pemberian pelayanan.
- b. berbagai keterampilan bekerjasama dalam memberikan pelayanan sesuai dengan batasan kewenangan masing-masing profesi.
- c. pembiasaan dan pemahaman akan peran masing-masing profesi dan apresiasinya terhadap pelayanan kesehatan menurut pandangan setiap profesi.
- d. keterampilan terkait membentuk tim, bekerjasama, dan berkomunikasi yang akan berguna dalam bekerja dalam suatu tim kesehatan.

Strategi pendidikan meliputi pelaksanaan langkah-langkah proses *interprofessional education*. Harden menyebutkan ada 11 langkah pelaksanaan pendidikan interprofesional.<sup>11</sup> Tahapan tersebut ada yang dapat dilakukan di dalam kelas, di luar kelas melalui kerja praktik, masing-masing dilakukan pada pendidikan profesi dan ada yang harus melalui proses pendidikan bersama. Kesebelas tahapan tersebut adalah sebagai berikut:<sup>11</sup>

- a. Isolasi (*isolation*). Proses ini dapat dilaksanakan di kelas, di masing-masing profesi tanpa ada kontak atau hubungan antarprofesi. Setiap profesi diajarkan tentang peran profesi mereka sendiri-sendiri. Pengetahuan tentang peran profesi lain dipersilahkan belajar sendiri melalui referensi yang diberikan.
- b. Penyadaran (*awareness*). Proses pembelajaran di kelas di masing-masing profesi. Setiap profesi mulai menanamkan kesadaran tentang keberadaan profesi lain.
- c. Konsultasi (*consultation*). Proses pembelajaran di kelas di masing-masing profesi. Setiap profesi mulai memberitahukan peran profesi lain di dalam pelayanan. Materi yang diberikan adalah hasil konsultasi para pengajar di setiap profesi.
- d. Pengadaan (*nesting*). Proses pembelajaran di kelas atau di tempat praktik masing-masing profesi.

Mahasiswa diberitahu tentang peran profesi lain terkait tugas dan fungsinya di dalam pelayanan sebagai sebuah tim.

- e. Koordinasi sementara (*temporal coordination*). Proses pembelajaran di kelas namun dilakukan secara bersama-sama antar profesi, misalnya kuliah bersama terkait peran antarprofesi dalam pelayanan. Meskipun demikian, belum ada interaksi secara langsung atau kerjasama secara langsung dalam proses pembelajarannya, hanya bersama dalam satu jadwal tertentu.
- f. Berbagi pengajaran (*sharing teaching*). Proses pembelajaran di kelas atau di ruangan dimana ada proses berbagi atau saling tukar sarana pembelajaran. misalnya saling berbagi atau saling tukar alat yang digunakan untuk keterampilan tertentu atau saling tukar pasien simulasi yang digunakan di masing-masing profesi. Hal ini ditujukan untuk memahami peran masing-masing profesi dan memahami juga yang dilakukan profesi lainnya. Sudah ada kerjasama antar profesi tetapi masih terfokus pada profesi masing-masing.
- g. Hubungan (*correlation*). Proses pembelajaran di kelas atau ruangan dimana telah dijadwalkan di masing-masing profesi pembahasan bersama dengan profesi lain. Misalnya setiap Kamis di kedokteran mengundang profesi atau program studi lain (program studi keperawatan dan program studi gizi) untuk membahas peran antar profesi dalam suatu kasus, demikian juga program studi yang lain suatu waktu mengundang mahasiswa kedokteran. Sudah ada kerjasama antar profesi tetapi masih dilakukan di profesi masing-masing.
- h. Menghormati (*complimentary*). Proses pembelajaran di kelas atau ruangan dimana mahasiswa di masing-masing profesi memiliki jadwal setengah di profesi masing-masing namun setengahnya bersama dengan profesi lain. Misalnya dalam satu blok ada sesi diskusi tutorial bersama antar profesi untuk membahas satu skenario secara bersama-sama dengan menggunakan cara pandang masing-masing profesi. Jadwal diskusi merupakan jadwal bersama antar profesi (antar program studi) yang ada. Sudah bekerjasama tetapi masih sebagian-sebagian (sebagian bersama dan sebagian sendiri-sendiri).

- i. Pendidikan multiprofesional (*multi-professional education*). Proses pembelajaran di kelas atau ruangan dimana mahasiswa dari berbagai profesi (program studi) belajar bersama namun masih menggunakan perspektif masing-masing profesi. Misalnya ada satu blok khusus, dimana semua mahasiswa dari berbagai profesi (program studi) melakukan diskusi tutorial namun masih menggunakan cara pandang masing-masing profesi. Sudah kerjasama dan sudah terjadwal bersama, namun masih menggunakan cara pandang masing-masing profesi.
- j. Pendidikan interprofesional (*inter-professional education*). Proses pembelajaran di kelas atau ruangan dimana mahasiswa dari berbagai profesi (program studi) belajar bersama dan mencoba saling menggunakan cara pandang profesi lain. Misalnya dalam satu blok khusus, dimana semua mahasiswa dari berbagai profesi (program studi) melakukan diskusi tutorial bersama, kemudian mahasiswa kedokteran mencoba menggunakan cara pandang keperawatan dan gizi, demikian juga dengan mahasiswa dari profesi (program studi) lainnya. Kerjasama antar profesi mulai dipraktikkan. Persamaan dan perbedaan antar profesi didiskusikan bersama sehingga terjadi diskusi interaktif antar profesi.
- k. Pendidikan transprofesional (*trans-professional education*). Proses pembelajaran di tempat praktik pelayanan kesehatan, misalnya rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan masyarakat (Puskesmas). Mahasiswa dari berbagai profesi (program studi) bekerja bersama-sama (rotasi bersama) dalam menangani kasus atau pasien di tempat pelayanan kesehatan sebagai sebuah tim pelayanan kesehatan.

Institusi pendidikan kedokteran khususnya yang juga memiliki program studi kesehatan lain seperti ilmu keperawatan, harus mulai memikirkan cara pelaksanaan strategi pendidikan ini. *Interprofessional education*, sesuai dengan tahapan di atas, sebaiknya dilakukan sejak dini di tingkat sarjana sampai di tingkat profesi (rotasi klinik). Tentu saja, pembahasan tentang *interprofessional education* ini harus dibicarakan dengan program studi yang lain difasilitasi oleh pihak Fakultas. Selain menuntut adanya alokasi waktu di setiap kurikulum masing-masing program studi, *interprofessional education* juga memerlukan sistem pengelolaan dan ketersediaan sarana dan prasarana

yang tidak mudah.

### **Community Oriented Medical Education (COME)**

Banyak institusi pendidikan kedokteran telah melaksanakan COME. Fakultas Kedokteran UGM telah melaksanakan COME sejak tahun 1973 yang dikenal dengan Program Pendidikan Kedokteran Komunitas.<sup>5,10</sup> Awalnya program ini diberi nama *Comprehensive Community Health Care - Education Programme (CCHC-EP)* yang didukung oleh *Rockefeller Foundation*. Pada tahun 1982, program didukung oleh *Health Development in Rural Area (HEDERA)* dengan NUFFIC Belanda sebagai penyanggah dana. Pada saat tersebut, kedokteran komunitas dilaksanakan ditingkat sarjana dan profesi. Namun sejak tahun 1992, hanya dilaksanakan di tingkat profesi yang sekarang disebut dengan Kuliah Kerja Kesehatan Masyarakat (K3M). Mempertimbangkan standar kompetensi dokter yang harus dicapai dan kelebihan yang dimiliki COME, maka dalam rancangan inovasi pendidikan, COME menjadi salah satu inovasi yang dapat dilakukan.

COME dapat dilaksanakan di tingkat sarjana dan profesi (rotasi klinik).<sup>6</sup> Di tingkat sarjana, COME dilaksanakan untuk pembelajaran epidemiologi, promosi kesehatan, prinsip kesehatan masyarakat, pengembangan komunitas, dampak sosial terhadap kesehatan masyarakat dan memahami interaksi pasien dengan sistem pelayanan kesehatan.<sup>6,8,10</sup> Di tingkat sarjana, COME juga dapat digunakan untuk belajar keterampilan klinik dasar, latihan keterampilan komunikasi dan keterampilan untuk mengembangkan profesi (seperti kepemimpinan, manajemen, dan kerjasama tim). Di tingkat rotasi klinik, COME berguna untuk belajar praktek sebagai dokter umum, mengenal praktik spesialisasi tertentu di komunitas, dan belajar tentang peran berbagai disiplin atau cabang ilmu kedokteran dalam mengelola pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara langsung atau nyata di tengah masyarakat.

Agar pelaksanaan COME dapat sukses dilaksanakan, ada empat hubungan kunci yang harus diperhatikan yaitu hubungan dokter dengan pasien, hubungan universitas dengan pusat pelayanan kesehatan, hubungan pemerintah dengan komunitas, dan hubungan pribadi (individu) dengan profesi (tuntutan profesionalisme).<sup>6</sup> Schmidt dan Magzoub mengklasifikasikan COME dalam

tiga kelompok yaitu; (1) *service oriented programs*, (2) *research oriented programs*, dan (3) *training focused programs*.<sup>10</sup>

Ada beberapa aspek yang harus diperhatikan dalam pengembangan COME. Aspek-aspek tersebut antara lain:<sup>10,12</sup>

- a. Tujuan dan gambaran singkat kurikulum, yang meliputi; hubungan dengan pasien, manajemen klinis di dalam praktik kesehatan masyarakat, manajemen kesehatan dan penyakit di masyarakat, dan prinsip serta praktik memperbaiki kesehatan masyarakat.
- b. Menetapkan cara pengajaran yang akan digunakan. Ada beberapa model pengajaran yang dapat dilakukan yaitu model *partnership*, *interprofessional* atau *multi professional education*, *profession based coursewewor (promoting critical thinking skills)*, *project centered learning*, *community oriented research*, dan penggunaan teknologi informasi dan komunikasi. COME dapat dilakukan sebagai bagian setiap Blok atau dapat disusun dalam blok khusus yang ada di setiap tahun. Di rotasi klinik, harus ada stase atau rotasi khusus di komunitas.
- c. Pengalaman belajar setiap tahun. Setiap tahun (tingkat) memiliki topik atau tujuan utama, misalnya; tahun pertama tentang pengenalan kesehatan masyarakat, tahun kedua tentang diagnosis masalah kesehatan masyarakat, tahun ketiga tentang pengembangan proposal program atau penelitian, tahun keempat tentang pelaksanaan program atau penelitian, dan tahun kelima (rotasi klinik) tentang praktik pelayanan kesehatan masyarakat di tempat pelayanan kesehatan masyarakat yang tersedia. Di dalam setiap topik, harus juga dijelaskan tentang domain pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skills*) dan sikap perilaku (*attitude*) yang akan dicapai.
- d. Rincian tujuan belajar setiap tahun.
- e. Pembentukan tim kurikulum atau pengelola program COME dan sistem pengelolaannya.
- f. Koordinasi kurikulum dengan semua bagian klinik dan pre-klinik (ilmu-ilmu dasar).
- g. Pemilihan komunitas dan pusat pelayanan kesehatan masyarakat yang akan digunakan. Proses pemilihan dimulai dari proses pemilihan, penilaian kelayakan, penetapan sampai proses orientasi. Program studi harus mempersiapkan

komunitas dan pusat pelayanan yang dipilih sebagai tempat belajar.

- h. Pendokumentasian kurikulum
- i. Pembuatan nota kerjasama antara institusi pendidikan dengan pihak yang berwenang di komunitas dan pusat pelayanan kesehatan masyarakat yang akan digunakan. Dalam nota kerjasama harus dibahas tentang masalah akomodasi, transportasi, materi pembelajaran (sumber belajar), fasilitas makan minum, dan aspek rekreasi yang memungkinkan.
- j. Penetapan pembimbing ditingkat institusi dan lapangan, lengkap dengan peran dan tugasnya. Para pembimbing harus mendapatkan pelatihan menjadi pembimbing.
- k. Ringkasan kegiatan belajar mahasiswa yang akan dilaksanakan.

Sistem penilaian mahasiswa adalah faktor yang juga harus diperhatikan dalam pelaksanaan COME. Ada dua jenis penilaian yang digunakan yaitu formatif dan sumatif.<sup>10</sup> Penilaian formatif di dalam COME ditujukan untuk menilai kemampuan mahasiswa dalam mencapai tujuan belajar di setiap tahapan. Metode penilaian yang dapat digunakan antara lain; pilihan ganda atau *multiple choices question (MCQ)*, ujian lisan, *modified essay questions*, *patient management problems*, simulasi computer (*computer simulations*), *objective structured clinical examination (OSCE)*, *standardized patients*, *direct observation*, *logbook*, *self directed learning tests*, dan tes kerjasama kelompok (*group collaboration test*). Penilaian formatif diharapkan mampu memberikan umpan balik (*feedback*) kepada mahasiswa untuk meningkatkan proses pembelajaran dan kepercayaan diri mereka. Penilaian sumatif ditujukan untuk menilai kemampuan mahasiswa secara terintegrasi keseluruhan aspek COME. Metode penilaian yang dapat digunakan antara lain; *log book*, *medical record review*, *simulated patient encounters*, laporan pembimbing (*supervisor's/ perceptor's report*), *critical incident approach*, laporan kegiatan (*project report*) dan presentasi.

Tak kalah pentingnya dalam COME adalah penggunaan teknologi informasi dan komunikasi.<sup>6,8</sup> Pengembangan sistem informasi berupa jaringan informasi antara institusi pendidikan dan komunitas (termasuk tempat pelayanan kesehatan masyarakat) yang digunakan sangat membantu proses pendidikan. Sistem informasi yang dibuat adalah sama seperti yang telah dijelaskan sebelumnya. Dengan demikian, mahasiswa ketika di komunitas tetap dapat



mengakses sekaligus memberikan informasi terkait kegiatan yang dilaksanakan di komunitas.

### **Elective**

Ada beberapa faktor yang harus diperhatikan dalam penyusunan dan pelaksanaan program elektif.<sup>6</sup> Faktor-faktor yang harus diperhatikan dalam penyusunan program adalah; (1) ketersediaan sumber daya, baik sarana fisik maupun sumber daya manusia, (2) antusiasme staf atau dosen untuk menyelenggarakan program, (3) proses belajar sebelumnya (*prior learning*), (4) luasnya cakupan pengalaman belajar yang akan diperoleh mahasiswa, dan (5) pengorganisasian kurikulum secara keseluruhan. Faktor-faktor yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan program elektif adalah; (1) kejelasan hasil belajar (*learning outcome*) yang akan dicapai mahasiswa dalam program terutama terkait area kompetensi dokter, misalnya kejelasan hasil belajar terkait keterampilan komunikasi, (2) metode pengajaran, pembelajaran dan sistem penilaian yang akan digunakan, dan (3) struktur program terkait kurikulum keseluruhan.<sup>6</sup>

Inovasi yang dapat dilakukan dalam program elektif didasarkan pada proses penyusunan dan pelaksanaan program elektif. Terkait proses penyusunan, institusi pendidikan dapat mengevaluasi program yang sekarang berlangsung dihubungkan dengan kebutuhan atau keinginan mahasiswa yang sebenarnya akan program elektif yang seharusnya ada. Proses pemilihan program elektif dapat dilakukan dalam 3 cara, yaitu (1) mahasiswa memilih program yang disarankan dosen, (2) mahasiswa memilih program yang disediakan oleh institusi pendidikan, dan (3) mahasiswa mengusulkan program elektif yang dibutuhkan atau diinginkannya.<sup>6</sup> Terkait proses pelaksanaan program elektif, inovasi yang dapat dilakukan adalah optimalisasi modul, penetapan standar modul yang lebih ketat, penggunaan sistem teknologi informasi, penyediaan panduan belajar (*study guide*), dan sistem evaluasi pelaksanaan modul yang terpadu. Selain itu, inovasi yang perlu dilakukan adalah dengan membuka kemungkinan elektif dengan institusi pendidikan kedokteran di universitas lain baik di tingkat nasional maupun internasional. Hal ini berguna untuk memperluas wawasan dan pengembangan profesi mahasiswa. Untuk mewujudkannya, suatu institusi pendidikan harus terlebih dahulu membuat hubungan kerjasama dan menetapkan standar bersama tentang program elektif yang dapat dilaksanakan, sehingga

keterkaitan atau hubungan antara kurikulum inti dengan kurikulum elektif tetap dapat dijaga.

### **Systematic**

Pendekatan sistematis harus dilaksanakan terkait dengan beberapa faktor di bawah ini:<sup>1,6</sup>

- a. semakin banyaknya variasi spesialisasi dalam praktik kedokteran.
- b. kebutuhan untuk menjamin bahwa mahasiswa mendapatkan seluruh pengalaman belajar yang dibutuhkan.
- c. tuntutan KBK dimana proses pembelajaran harus terkait secara jelas dengan kompetensi yang ingin dicapai.
- d. adanya kompetensi dokter yang harus dicapai sebelum terjun di pelayanan kesehatan yang sesungguhnya.

Pendekatan sistematis dapat tercapai melalui kejelasan, kesinambungan, keterpaduan dan keteraturan sistem pendidikan yang dilaksanakan. Menjadi tugas institusi pendidikan untuk meyakinkan bahwa mahasiswa telah mengikuti proses pendidikan dan telah mencapai kompetensi yang telah ditetapkan sebelumnya.

Inovasi yang dilaksanakan antara lain dengan penyediaan panduan akademik, panduan belajar (*study guide*) yang jelas, pelaksanaan sistem *log book*, pelaksanaan portofolio, sistem umpan balik (*feedback*), dan penggunaan sistem teknologi informasi serta komunikasi.<sup>6,8</sup> Panduan akademik akan memberikan arahan dan gambaran tentang seluruh proses pendidikan yang akan dilalui mahasiswa. Panduan belajar diperlukan untuk memudahkan mahasiswa dalam proses belajar dan pencapaian kompetensi. *Log book* membiasakan mahasiswa mencatat dan merekam pengalaman belajarnya sendiri sebagai bukti proses yang telah dilaluinya. Portofolio yang merupakan kumpulan hasil pekerjaan mahasiswa (misalnya laporan, daftar tilik keterampilan yang dilaksanakan, video rekaman konsultasi, laporan penelitian, dan penghargaan kegiatan mahasiswa) sebagai bukti pencapaian pengetahuan, keterampilan, sikap, perilaku, pemahaman dan perkembangan profesionalisme akan membiasakan mahasiswa melakukan refleksi terhadap berbagai pengalaman dan pencapaiannya tersebut. Sistem umpan balik (*feedback*) yang seharusnya menjadi bagian seluruh proses pendidikan namun pada kenyataannya masih

lemah, akan membantu mahasiswa untuk memperbaiki dan meningkatkan proses pembelajaran dan pencapaian kompetensi secara terus menerus jika dilakukan dengan benar. Penggunaan sistem informasi yang mampu memfasilitasi seluruh proses di atas (penyediaan panduan akademik, belajar, *log book*, portofolio, dan *feed back*), akan sangat berguna dalam memperlihatkan kejelasan sistematis pola pendidikan kepada seluruh sivitas akademika dan juga berbagai pihak yang berkepentingan. Penggunaan teknologi komunikasi seperti multimedia juga akan sangat membantu proses belajar mengajar, penilaian sampai kepada proses evaluasi program. Keseluruhan rancangan inovasi yang ditawarkan akan sulit terwujud tanpa dukungan sistem pengelolaan (manajemen), administrasi dan evaluasi program yang baik.

## KESIMPULAN

Inovasi pendidikan kedokteran pada dasarnya adalah reaksi terhadap berbagai tuntutan dan perubahan yang terjadi di lingkungan institusi pendidikan kedokteran. Inovasi strategi pendidikan adalah bagian dari upaya tersebut. Setiap melakukan suatu inovasi, institusi pendidikan kedokteran harus mempertimbangkan tingkat kelayakan, sumber daya yang dibutuhkan, waktu dan durasi pelaksanaan, skala dan derajat, kegagalan yang dapat terjadi, hambatan yang dihadapi dan pola inovasi yang akan dilakukan. Dengan mempertimbangkan kondisi terkini suatu institusi pendidikan kedokteran yang diketahui melalui hasil evaluasi diri dan rencana strategis, serta tren yang berkembang dalam dunia pendidikan kedokteran saat ini, maka sejumlah usulan inovasi dapat dilakukan. Pendekatan SPICES dapat diambil sebagai panduan dalam merancang inovasi. Selain merupakan kecenderungan yang sedang bergulir di dunia pendidikan saat ini, SPICES merupakan strategi pendidikan yang ditetapkan KKI sebagai strategi pendidikan utama di institusi pendidikan kedokteran seluruh Indonesia sebagaimana tertulis dalam Standar Pendidikan Profesi Dokter.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Majumder A, D'Souza U, Rahman S. Trends in medical education: challenges and directions for need based reforms of medical training in South East Asia. *Indian J of Med Sci.* 2004;58:369-80.
2. World Federation of Medical Education. WFME: global standards for quality improvement. Copenhagen: WFME; 2003.
3. Konsil Kedokteran Indonesia. Standar pendidikan profesi dokter konsil kedokteran Indonesia. Jakarta: KKI; 2006.
4. Konsil Kedokteran Indonesia. Standar kompetensi dokter Indonesia konsil kedokteran Indonesia. Jakarta: KKI; 2006.
5. Fakultas Kedokteran UGM. 60 Tahun Fakultas Kedokteran UGM. Yogyakarta: FK UGM; 2006.
6. Dent JA, Harden RM, editors. A practical guide for medical teachers. 2nd ed. London: Elsevier Churchill Livingstone; 2005.
7. Gale R, Grant J. AMEE medical education guide No.10: managing change in a medical context: guidelines for action. *Med Teach.* 1997;19(4): 239-5.
8. Work JA, et al. Innovations in medical education: the medical college of Georgia school of medicine experience. *Southern Med J.* 2003;96(9): 840-4.
9. Tan GJS, Baumber JS. Development and implementation of a cardiovascular system course at the international medical college: a new innovation in medical education. *Med Teach.* 1999; 21(2):193-9.
10. Schmith H, Magzoub M, Feletti G, Nooman Z, Vluggen P. Hand book of community - based education: theory and practice. Maastricht: Network Publications; 2000.
11. Harden RM. AMEE guide No. 12: Multi-professional education: part 1-effective multi-professional education: a three-dimensional perspective. *Med Teach.* 1998; 20(5):402-8.
12. Howe A. Twelve tips for community-based medical education. *Med Teach.* 2002;24(1): 9-12.

# MENGAPA PBL (MASIH) DIPERDEBATKAN DI FAKULTAS KEDOKTERAN ?

Elisabeth Rukmini

Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Jakarta

## ABSTRACT

*Problem-based learning (PBL) has been implemented widely in most of faculty of medicine in Indonesia. Nevertheless, PBL as a learning method is still debated. This article tried to unravel the debate of PBL implementation in medical schools, as well as recommending important notes in order to find a well-defined PBL and to improve its implementation. PBL should be acknowledged as one of the student centered learning methods. Therefore, this condition would not rule out the possibility of the empirical progress in PBL implementation in faculty of medicine in Indonesia.*

*Keywords: problem-based learning, student centered learning*

## ABSTRAK

Problem-based learning (PBL) sudah dilaksanakan di hampir seluruh fakultas kedokteran Indonesia. Meskipun demikian, PBL sebagai metode pembelajaran masih terus diperdebatkan. Tulisan ini mencoba mengurai perdebatan PBL dalam penerapannya di fakultas kedokteran, sekaligus merekomendasikan beberapa catatan penting agar PBL terus dapat dimaknai dan berkembang. PBL perlu dipandang sebagai salah satu metode *student centered learning* sehingga tidak menutup kemungkinan perkembangannya dalam implementasi yang empirik di fakultas kedokteran di Indonesia.

**Kata kunci:** *problem-based learning, student centered learning*

## PENDAHULUAN

*“Teaching and learning are not synonymous; we can teach, and teach well, without having the students learn”* (George Bodner).<sup>1</sup>

Kutipan di atas rasanya layak untuk direnungkan dalam-dalam oleh kalangan pendidik (kedokteran) dalam mengevaluasi diri sendiri terhadap proses belajar mengajar di fakultas kedokteran di Indonesia. Banyak pandangan berdasarkan bukti nyata di dunia pendidikan bahwa pembelajaran pasif seperti perkuliahan dan ceramah yang bersifat satu arah tidak efektif bagi mahasiswa. Mengapa kita masih enggan untuk membuka paradigma lain dalam proses belajar mengajar. Mengajar dan belajar adalah dua hal yang berbeda. Perkembangan teori pembelajaran yang berbasis pada penelitian telah membuktikan arah proses belajar yang lebih efektif. Untuk itu kita perlu melihat konsep perkembangan dasar dan teori tentang pembelajaran.

## TEORI PEMBELAJARAN

Teori pembelajaran berkembang dari waktu ke waktu, sejak Plato (490s B.C.E.). Jika Plato percaya bahwa ilmu pengetahuan ada dalam diri masing-masing orang, John Locke (sekitar 1690) mempercayai ilmu pengetahuan telah ada sejak bayi tetapi perlu diaktifkan. Aktivasi yang dimaksud oleh Locke adalah pengalaman *sensing*. Locke jugalah yang kerap kali dianggap sebagai pengusung ide atomisasi bahan ajar, teorinya dinamakan *Lockean Atomist model*. Dari Plato ke Locke perubahan pemahaman proses belajar bersifat perubahan cara pandang terhadap pembelajar. Plato menganggap **pembelajar adalah penonton** sedangkan Locke menganggap **pembelajar adalah lemari kosong** yang siap diisi dengan cukilan-cukilan (atomisasi) pengetahuan.<sup>2</sup>

Perkembangan teori atomisasi dari Locke mengantarkan pada *behaviorism* terutama karena berkembangnya

---

Korespondensi: elisabeth.rukmini@atmajaya.ac.id  
Pluit Raya #2 Jakarta 14440 Telp. 021-6693168 ext. 235 Fax: 021-6606123

eksperimentasi ilmu di awal abad ke-20. Kaum *behaviorist* percaya pada pengukuran atau eksperimentasi. Tingkah laku dengan demikian bisa diukur dengan eksperimentasi terhadap binatang, misalnya percobaan Pavlov. Respon anjing diperoleh karena stimulus dari Pavlov. Dengan demikian, fokus utama *behaviorism* adalah *proses belajar* siswa dapat ditunjukkan jika ada *respon terhadap stimulus* yang diberikan oleh guru.<sup>2</sup> Artinya, menurut kaum *behaviorist*, semakin banyak stimulus (misalnya: latihan, ujian, pekerjaan rumah) yang diberikan oleh guru kepada muridnya, maka akan semakin banyak hal yang dikuasai muridnya.

Persoalan kemudian muncul ketika kita sebagai guru sering melihat betapa sudah banyaknya latihan, catatan, pekerjaan rumah dan ujian yang kita berikan kepada murid-murid kita; tetapi murid masih tidak belajar banyak, masih saja ada nilai merah, masih saja ketika lulus terlupa bahan-bahan ajarnya. *Behaviorism* dalam hal ini gagal menerangkan fenomena ini.

Gestalt teori muncul pada awal abad kesembilanbelas yang mengutamakan struktur belajar dan independensi untuk pembelajaran bermakna (*meaningful learning*). John Dewey (1859-1952) mengawali dengan ide pendekatan *problem solving* dalam proses belajar. Era ini juga menjadi penanda matinya behaviorisme dengan ide belajar pasifnya.

Tidak lengkap jika tidak menyebutkan Piaget (1896-1980) yang mengawali teori perkembangan kognitif sebagai landasan belajar. Piaget, seorang ahli biologi yang terbiasa dengan observasi, membedakan observasi yang dilakukannya dengan eksperimentasi Pavlov pada era behaviorisme. Piaget mengamati perkembangan kognitif manusia dari bayi hingga dewasa, mula-mula dengan melihat perkembangan anaknya sejak hari pertama dilahirkan. Piaget dengan teori perkembangan kognitifnya menjadi awal era konstruktivisme.

Perspektif terpenting dari teori perkembangan kognitif oleh Piaget yang sangat berpengaruh pada pendidikan adalah manusia akan belajar bila ia berlaku sebagai partisipan aktif dan bukan pasif.<sup>3</sup> Vygotsky kemudian memperkaya konsep **aktif** ini dengan menambahkan **interaksi** antara pembelajar muda dengan orang yang lebih dewasa atau kaya dalam pengetahuan. Hal yang jelas sama antara Piaget dan Vygotsky adalah paham bahwa pembelajar secara aktif mengkonstruksi pengetahuannya.<sup>4</sup> Konstruktivisme dengan demikian merespon kenyataan bahwa betapa banyak stimulus

(tugas, catatan, ujian) yang diberikan guru tidak dapat memaksa siswanya benar-benar belajar secara efektif dan mendayagunakan ilmu yang telah dipelajarinya. Fakta ini jelas menggiring pada kenyataan bahwa *knowledge* dikonstruksi oleh pembelajar.<sup>1,5</sup>

Implikasi konstruktivisme ini menunjukkan metode pembelajaran yang berpusat pada pembelajar akan membantu proses belajar secara maksimal. Keterpusatan ini juga berkaitan dengan interaksi antara pembelajar dengan lingkungan sosial. Konstruksi pembelajar juga menekankan pada **proses belajar lebih daripada produk belajar**. Hal ini berdampak pada fasilitasi atau penghargaan terhadap proses belajar yang berbeda-beda.<sup>2</sup>

### **STUDENT CENTERED LEARNING (SCL)**

Jika kita konsisten dengan penghargaan terhadap proses belajar siswa, maka tampak jelaslah perbedaan *knowledge acquisition* antara konstruktivisme dan teori tradisional. “*Knowledge should no longer be judged in terms of whether it is true or false, but in terms of whether it works*”.<sup>5</sup> Dua faktor utama tersebut, variasi proses belajar siswa dan *knowledge acquisition*, menjadikan peran guru pada paradigma konstruktivisme bergeser. Guru bukanlah sumber ilmu yang utama, bukanlah pusat belajar, bukanlah penentu kebenaran ilmu, bukanlah penentu proses belajar. Peran guru bergeser menjadi fasilitator yang mengerti dan berupaya membukakan jalan bagi proses belajar siswa yang beragam. Peran guru bergeser menjadi motivator aktif yang membuka kemungkinan-kemungkinan *knowledge acquisition* dari sumber-sumber yang variatif. Jika digabungkan keduanya, guru bergeser menjadi negosiator dalam proses belajar mengajar, “*from teaching by imposition to teaching by negotiation*”.<sup>5</sup>

Negosiasi proses belajar hanya bisa terlaksana bila metode bergeser menjadi fokus pada siswa, *student centered learning* (SCL). Metode SCL sangat bervariasi. SCL dapat diklasifikasikan berdasarkan proses belajarnya dari “terarah” oleh guru atau fasilitator ke “*open inquiry*” yang sangat terbuka pengembangannya tergantung proses belajar siswa; di antara dua kutub tersebut tersebar variasi yang beragam.<sup>6</sup> Contoh metode SCL yang masih diarahkan atau meletakkan guru sebagai fasilitator utama adalah diskusi terarah, kuliah plus diskusi terarah dan *jigsaw*. Pada rentang dua kutub itu terdapat beberapa contoh: metode *guided inquiry*, *peer assisted learning* (PAL), *peer-led team learning* (PLTL), *problem based learning*, *case-based learning*, *fishbowl*. Sementara pada kutub *open*

*inquiry* terdapat misalnya *discovery learning* dan *project-based learning*. Ragam metode SCL ini menunjukkan luasnya pilihan guru untuk memfasilitasi atau bernegosiasi dalam proses belajar. Ragam ini juga menunjukkan bahwa PBL hanyalah salah satu dari metode SCL.

### **PBL HANYALAH SALAH SATU PENDEKATAN PEMBELAJARAN BERBASIS SISWA**

Ketika McMaster University mendirikan Faculty of Health and Science di Canada mendirikan jurusan baru ini, dunia pendidikan kedokteran terganggu dengan pendekatan PBL. Universitas ini meluluskan lulusan pertamanya di tahun 1972. Sejak itu, dalam era tahun 1970an hingga 1980an bermunculan sekolah-sekolah kedokteran yang ikut menerapkan PBL misalnya Michigan State University, University of Hawaii, Harvard University, ketiganya di Amerika Serikat, University of Sherbrooke di Canada, Maastricht University di Belanda dan The New Castle University di Australia.<sup>7</sup> Tampak jelas PBL bukanlah barang baru di dunia pendidikan kedokteran. Meskipun demikian, PBL mulai dikenal dan diterapkan secara luas di Indonesia baru sekitar tahun 2008 melalui program-program pelatihan pendidikan kedokteran.

PBL digunakan di Fakultas Kedokteran karena sifatnya yang mengedepankan *collaborative learning* dan integratif. Meskipun demikian, perlu dicatat bahwa kedua sifat tersebut juga dapat ditemukan dalam metode SCL yang lain. Sifat *collaborative learning* dapat ditemukan dalam diskusi kelompok, PAL, PLTL, *case-based learning* dan *jigsaw*. Sifat integratif juga dapat ditemukan dalam diskusi kelompok, *project-based learning*, *case-based learning* dan *bed-side teaching*. Jelaslah bahwa persoalan mengintegrasikan bahan tidak selalu harus dengan PBL saja. PBL adalah salah satu pendekatan SCL.

Pertanyaannya bagaimana *learning method* yang lain dapat menjamin integrasi bahan? *Project based learning*, misalnya, dalam metode ini siswa diberi tugas membuat suatu proyek. Tugas ini dapat terarah dan diarahkan oleh negosiator (baca: guru). Seorang negosiator pendidikan dapat memberikan proyek misalnya memulai pusat kesehatan di desa X atau proyek sunatan massal.

Dapatkah sifat integratif juga ada dalam perkuliahan? Apakah ada narasumbernya? Apakah ada satu orang

yang cukup mampu mengintegrasikan bidang-bidang terkait untuk pemahaman sistem tertentu? Jawabannya pasti ada. Tetapi orang yang seperti ini tidaklah banyak. Kembali lagi ke akar sejarah pendidikan di Fakultas Kedokteran, atomisasi bahan (ingat *Lockean Theory*) dilakukan dalam departemen-departemen. Jadi, produk pengajar saat ini tentu secara natural bukanlah staf akademik yang dengan mudah dapat memberikan bahan terintegrasi. Kotak atomisasi (baca: departemen-departemen keilmuan) telah sedikit banyak berpengaruh pada spesialisasi bahan yang dengan demikian mempersulit kita untuk berpikir integratif. Jadi, tidaklah heran jika perkuliahan yang integratif, hidup, dan menarik untuk diperbincangkan di dalam maupun di luar kelas menjadi barang amat langka. Jika demikian, perlu kiranya dipikirkan apakah metode perkuliahan yang integratif sungguh dapat dilakukan?

### **STUDI TENTANG PBL**

Hays<sup>8</sup> dalam editorial *Medical Journal of Australia* memberi poin-poin penting yang dituntut dalam pendidikan kedokteran. Penulis ini mencantumkan mengapa perkembangan pendidik(an) kedokteran perlu diperhatikan dan diakui strateginya, misalnya perlunya riset pendidikan kedokteran terus dilaksanakan berdasarkan perubahan tuntutan pendidikan kedokteran. Penelitian pendidikan kedokteran perlu dihargai setara dengan penelitian keilmuan lainnya dalam bidang kedokteran dan kesehatan. Terkait dengan hal ini, studi mengenai PBL di Indonesia dengan demikian perlu didalami berdasarkan data lapangan di berbagai FK di Indonesia yang harus diakui cukup heterogen kondisinya. Kesempatan untuk hal ini perlu dibuka lebar demi penyesuaian PBL (dan metode belajar lainnya) bagi FK kita yang beragam.

Berkaitan dengan hasil studi mengenai PBL, kita dapat melihat *review article* yang sangat komprehensif pertama kali baru ada tahun 1993.<sup>9,10</sup> Padahal, PBL sudah dimulai sejak tahun 1970-an. Vernon<sup>9</sup> dan Albanese<sup>10</sup> mengambil data jurnal-jurnal yang terbit di Eropa dan Amerika Serikat pada tahun 1970-an hingga awal 1990-an. Jika hal ini dibandingkan dengan kondisi di Indonesia, maka umur penerapan PBL di FK se-Indonesia jelaslah masih muda sekitar 10 tahun. Sementara itu bila ditilik jumlah publikasi terkait PBL yang diselenggarakan di bidang kedokteran dari tahun 1974-1980 dalam jurnal-jurnal Eropa dan Amerika sekitar 1600 artikel. Di Indonesia,

hingga saat ini belum ada sistem deteksi yang memadai secara *real time* untuk melacak berapa banyak publikasi serupa mengenai PBL berbasis data empirik. Diseminasi di tingkat nasional dalam pertemuan rutin terkait *medical education* tentu tak pernah lepas dari laporan penelitian PBL. Jika kita mengambil angka kasar saja, kira-kira ada sedikitnya satu kali pertemuan ilmiah terkait *medical education* setiap tahunnya yang berskala nasional. Jika dalam pertemuan ini didiseminasikan 20 hasil penelitian terkait PBL, maka pada tahun keenam ini, baru ada 120 hasil penelitian terkait PBL, inipun tidak semuanya dipublikasikan dalam bentuk artikel. Angka ini tentu hanya angka kasar, meskipun demikian dapat dilihat bila dibandingkan dengan jumlah hasil pencarian publikasi di atas, angka kasar ini jelas sangat rendah. Ini membuktikan, staf akademik FK di Indonesia belum cukup melirik pentingnya bukti empirik PBL secara lokal. Hal ini juga membuktikan kebijakan pendidikan kedokteran di Indonesia jelas perlu meluangkan tenaga, waktu, dana dan apresiasi terhadap penelitian pendidikan kedokteran.

Albanese<sup>10</sup> melakukan studi *meta analysis* untuk melihat PBL dalam keterkaitan antara *outcomes* dan *implementation*. Studi *meta analysis* ini dilakukan dengan menilik publikasi dalam rentang waktu tahun 1972-1992. Menurut Albanese<sup>10</sup> mahasiswa dan staf akademik menikmati metode PBL sebagai salah satu pendekatan pembelajaran. Bagaimana dengan para staf akademik di FK Indonesia, apakah staf menikmati cara belajar dengan PBL? Pada mahasiswa ditemukan minat yang cukup terhadap PBL.<sup>11-13</sup> Mahasiswa di FK UAJ menyadari pentingnya PBL dan hal-hal apa yang mereka pelajari melalui PBL. Meskipun demikian dalam presentasi yang sama, Rukmini<sup>13</sup> juga mencatatkan kritik mahasiswa terhadap tutor PBL yang tidak menunjukkan minat sama sekali untuk menjadi tutor PBL.

Tulisan Albanese<sup>10</sup> lebih dari satu dasawarsa lalu, demikian juga *meta analysis* ini, Vernon dan Blake<sup>9</sup> juga menemukan kurangnya penguasaan *basic medical science* pada mahasiswa PBL. Albanese<sup>10</sup> menunjukkan bukti-bukti dari 25 tahun penerapan PBL di Eropa dan Amerika yang merujuk pada kurangnya kemampuan kognitif mahasiswa PBL dibandingkan dengan mahasiswa yang menempuh jalur konvensional, meskipun demikian klaim ini dinyatakan tidak selalu signifikan dan tidak berulang. Sebagai keunggulan PBL, Albanese<sup>10</sup> menyatakan bahwa kemampuan menyelesaikan masalah

pada mahasiswa PBL ditemukan lebih baik dan signifikan dibandingkan mahasiswa tradisional. Temuan ini setali dengan dua studi meta analisis yang lain.<sup>9,14</sup> Dalam rentang yang sama dan setelah tahun 1990-an terdapat penyesuaian implementasi PBL di berbagai universitas sebagai upaya mengatasi kurangnya penguasaan kognitif.<sup>15-19</sup>

Evaluasi PBL merupakan bukti studi terhadap PBL. Newman<sup>20</sup> menyebutkan perlunya evaluasi PBL dilakukan dengan mencantumkan *descriptive causation*. Sejalan dengan hal ini, evaluasi PBL di FK UAJ juga menguraikan berbagai macam faktor yang dipandang oleh mahasiswa sebagai faktor sukses PBL, oleh karenanya perlu evaluasi yang terfokus jika benar-benar ingin memperbaiki aspek tertentu dari PBL.<sup>13</sup>

## REKOMENDASI UNTUK PBL

Desain pembelajaran selalu mengambil peranan penting. Demikian pula dengan desain PBL dari skenario, tutor, alokasi waktu, sumber belajar dan detil tindakan yang harus dilakukan pada saat implementasi. Hung<sup>17</sup> mengembangkan konsep 3C3R: *Context, Content, Connection, and Researching, Reflecting, Reasoning* untuk desain PBL. Jelaslah tampak bahwa tugas desain PBL ini adalah tambahan kerja ekstra bila dibandingkan dengan sekedar kuliah atau kegiatan *teacher centered*.

Pembuatan skenario yang tidak saja bersifat klinis tetapi *problem* luas dan melibatkan *basic sciences* perlu dipikirkan, sehingga mahasiswa tidak tertuju pada kasus (*case-based learning*) tetapi pada *reasoning*. Dalam berbagai pertemuan evaluasi PBL secara internal hampir selalu ada keluhan bahwa *learning objectives* tidak tercapai. Hal ini kontras dengan penelitian yang membandingkan *goal-free problem* versus *goal-defined problem*. Verkoeyen mengungkapkan bahwa PBL dengan *goal-free problem* lebih mendorong mahasiswa untuk memperluas cara pandang dan belajarnya, mahasiswa meluangkan waktu belajar yang lebih banyak dibandingkan dengan kelompok *goal-defined problem*.<sup>21</sup>

Bahan ajar yang variatif perlu menjadi prasyarat untuk menjalankan PBL. Te Winkel<sup>22</sup> menunjukkan bahwa mahasiswa meluangkan lebih banyak waktu ketika disediakan sumber utama yang lebih variatif. Jelaslah, tuntutan dalam PBL berarti menyediakan dan menyebutkan sumber-sumber utama yang variatif kepada mahasiswa.

Bila dalam metode tradisional, guru menempati posisi pusat, dalam PBL peranannya yang bergeser menjadi tutor tidak kalah krusialnya. Maudsley<sup>23</sup> menuturkan hasil studinya terhadap refleksi tutor PBL setelah pelatihan tingkat dasar, tampak tutor PBL sulit menghindari bertindak lebih sebagai guru dibandingkan sebagai fasilitator di ruang PBL dan merasa perlu penegasan kapan dan bagaimana mengintervensi kelompok diskusi.

Pelatihan tutor yang dijalankan perlu mendorong terbentuknya paradigma yang sama. Tutor yang aktif adalah tujuan pelatihan tutor. Kurangnya penguasaan kognitif mahasiswa sangat mungkin dikarenakan tutor yang belum memahami filosofi PBL. Shields et al<sup>24</sup> menuliskan tentang pelatihan tutor yang sifatnya melatih tutor sebagai pemimpin diskusi, tidak sekedar fasilitator.

*Review article* dari Dochy et al.<sup>14</sup> dan Gijbels et al.<sup>25</sup> yang melakukan studi meta analisis berkaitan dengan asesmen PBL merangkumkan variasi penilaian yang ditemukan secara empirik dan merupakan inovasi lanjutan PBL. Selain *National Board of Medical Examiners: United States Medical Licensing Examination (USMLE)*, penulis juga menemukan beberapa metode lain: *Modified Essay Questions (MEQ)*, *Progress Test*, *Free Recall*, *Standardized Patient Simulations*, *Essay Questions*, *Short-Answer Questions*, *Multiple-Choice Questions*, *Oral Examination*, *Performance-Based Testing: Rating Case-Based Examinations*. Bila ditilik dari variasi metode penilaian tampaknya rentang metode yang beragam. Seluruh metode yang disebutkan di atas dianggap dapat menilai *knowledge acquisition*. Program pendidikan dokter kita perlu semakin berinovasi dalam bentuk-bentuk *assessment* yang sesuai dengan filosofi PBL, selain terus memperbaiki tiga buah *assessment* berikut: *peer-assessment*, *self-assessment* dan *tutor assessment* yang dapat menilai sikap dan keterampilan.

Seperti telah disebutkan di awal tulisan ini, barangkali problem utama perdebatan mengenai PBL ini terletak pada paradigma dosen sebagai SDM utama pendidikan kedokteran yang berbeda dengan filosofi PBL. PBL cukup bertentangan dengan otonomi dosen, dalam arti dosen tidak mempunyai kekuasaan mandiri. Dalam PBL, dosen dituntut selalu dan harus bisa bekerja sama. Paradigma independensi keilmuan yang dimiliki oleh dosen selama puluhan tahun (akibat atomisasi bahan) termasuk selama itulah mentor kita memperlakukan kita, kini perlu ditinjau ulang. Pada kalangan kedokteran yang profesinya sangat independen, kita perlu secara lapang

dada menerima bahwa tidak ada kekuasaan mutlak pada perorangan dosen dalam metode PBL dan independensi perlu dinegosiasikan dengan kerja tim. Persoalannya, tidak ada saat tunda lagi untuk memulai negosiasi ini, harus dilakukan.

Ketaatan terhadap proses tentu akan mendorong inovasi atau perbaikan bagi PBL di Program Pendidikan Dokter Indonesia. Taat proses akan tampak bila desain PBL terus berkembang sesuai masukan berbagai pihak. Artinya, peletak landasan perubahan adalah evaluasi dan bukan kasus anekdotal. Evaluasi yang berbasis pada masukan *stakeholder* perlu dimaknai sungguh-sungguh. *Stakeholder* di sini menyangkut penyelenggara pendidikan, koordinator PBL, tutor dan mahasiswa. FKUAJ selama ini melakukan evaluasi dengan cara deskriptif.<sup>12,13</sup> Hasil evaluasi menunjukkan kecenderungan kebosanan mahasiswa terhadap PBL sejak semester kedua. Beberapa blok secara mandiri juga mengadakan evaluasi terhadap PBL dari sisi mahasiswa dan tutor. Masukan tutor menunjukkan perlunya penguatan dalam cara berpikir dan analisis mahasiswa. Pendekatan evaluasi deskriptif saja barangkali tidak cukup, perlu ada evaluasi yang bersifat pengukuran.<sup>20</sup> Meskipun demikian pendekatan deskriptif dapat memberi gambaran singkat dan cepat seperti yang dilakukan Usmani dengan mendeskripsikan tingkat kesetujuan mahasiswa, tutor junior dan tutor senior terhadap PBL.<sup>26</sup> Penelitian-penelitian kuantitatif dan kualitatif dapat mendorong berkembangnya PBL.

Bagaimana dengan karakter mahasiswa Indonesia, apakah mahasiswa kita menjadi permasalahan dalam PBL? Perlu kejelian mengevaluasi hal ini. Papinczak<sup>27</sup> melalui penelitiannya menyimpulkan bahwa kelompok mahasiswa yang belajar dengan cara *deep learning* cenderung dapat mengatasi problem dalam PBL, tidak cepat bosan, tidak jenuh. Hasil serupa diperoleh dari studi Reid<sup>28</sup> dengan tambahan bahwa tinggi rendah skor mahasiswa terhadap pengukuran cara belajar (*deep* atau *surface learning*) tidak berubah dari awal hingga akhir masa kuliah. Dapat dikatakan mahasiswa yang lebih mempersiapkan diri untuk *meaningful learning* akan menghargai upayanya dan jerih payah kelompoknya.

Latar belakang pendidikan menengah mahasiswa yang beragam dari Sabang sampai Merauke, demikian juga fasilitas fakultas kedokteran di penjuru Indonesia yang tidak selalu sama, memunculkan permasalahan lain. PBL tidak selalu menuntut fasilitas yang memadai seperti koneksi internet yang cepat dan ruang-ruang kecil tempat

diskusi berlangsung. Kedua hal ini hanya sekunder dibandingkan makna proses belajar dalam PBL. Jika tidak ada internet pun PBL masih bisa berlangsung. Bukankah komponen utamanya sudah ada? Mahasiswa FK menjadi komponen utama. Komponen kedua adalah tutor. Komponen ketiga adalah skenario yang mendorong kearah diskusi dan proses belajar yang baik. Latar belakang *prior knowledge* mahasiswa yang berbeda, telah dibuktikan oleh Vigotsky<sup>4</sup> menjadi pendorong penguasaan materi dalam kelompok kecil.

## KESIMPULAN

Penerapan PBL di FK perlu secara terus menerus evaluasi sehingga mendorong, revisi terus menerus menuju perubahan paradigma berpikir anggota sivitas akademikanya. Studi PBL telah berkembang luas tetapi secara empirik prodi kedokteran di Indonesia belum cukup membuktikan seberapa jauh efektivitas PBL di berbagai FK se-Indonesia. Bukti-bukti studi telah menggiring pada perbaikan PBL di berbagai lini termasuk tutor, desain PBL, asesmen dan evaluasi program. Konsistensi pada penerapan hasil studi ini barangkali akan membuat kita berhenti memperdebatkan PBL pada tingkatan anekdotal; dan menjadikan PBL terus berkembang sesuai bukti ilmiah penerapannya di FK Indonesia.

Akhirnya, kembali pada prinsip pembelajaran metode SCL; PBL hanyalah salah satu pendekatan SCL. Sanson-Fisher dan Lynagh<sup>29</sup> mengusulkan agar kita mempertimbangkan variasi metode lain selain PBL. Kedua penulis menyoroti kurangnya diseminasi metode pembelajaran yang lain dibandingkan dengan PBL di fakultas kedokteran.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Bodner G. Constructivism: a theory of knowledge. *J Chem Educ.* 1986;63(10):873-8.
2. Phillips DC, Soltis JF. *Perspectives on learning.* New York: Teachers College Press, 2009.
3. Nurrenbern SC. Piaget's theory of intellectual development revisited. *J Chem Educ.* 2001;78(8):1107.
4. Vygotski LS, *Mind in society: the development of higher psychological processes.* Cambridge: Harvard University Press, 1978.
5. Bodner G, Klobuchar M, Geelan D. The many forms of constructivism. *J Chem Educ.* 2001;78:1107.
6. Abraham MR. Inquiry and the learning cycle approach. In: Pienta NJ, Cooper MM, Greenbowe TJ, editors. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2005: 41-52.
7. Gijsselaers W. *Bringing problem-based learning to higher education: theory and practice.* San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
8. Hays R. Balancing academic medicine. *Med J Australia.* 2007;186(3):110-1.
9. Vernon DTA, Blake RL. Does problem-based learning work? a meta-analysis of evaluative research. *Acad Med.* 1993;68(7):550-63.
10. Albanese M, Mitchell S. Problem-based learning a review of literature on its learning outcomes and implementation issues. *Acad Med.* 1993;68(1):52-81.
11. Rukmini E. Cost-effectiveness on PBL based on the experience in pilot PBL. In: PEPKI III, The 3<sup>rd</sup> Indonesian Medical Education Meeting and Expo. Bali: AIPKI, 2006.
12. Rukmini E. Evaluation of pilot PBL implementation. *Jurnal Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan Indonesia.* 2006;1(2).
13. Rukmini E, Ratnawati L. Evaluation on the problem-based learning: a study of diverse range students' evaluations at the School of Medicine Atma Jaya Catholic University Indonesia. In: 1<sup>st</sup> SEARAME International Conference and 5<sup>th</sup> Indonesian Scientific Medical Education Expo and Meeting. Jakarta: AIPKI, 2010.
14. Dochy F, Segers M, Bossche PV, Gijbels D. Effects of problem-based learning: a meta-analysis. *Learning and Instruction.* 2003;13(5):533-68.
15. Clark CE. Problem-based learning: how do the outcomes compare with traditional teaching? *Br J Gen Pract.* 2006;56(530):722-3.
16. Mamade S, Schmidt HG, Geoffrey NR. Innovations in problem-based learning: what can we learn from recent studies? *Adv Health Sci Educ.* 2006;11:403-22.
17. Hung W. The 9-step problem design process for problem-based learning: application of the 3C3R model. *Educational Research Review.* 2009;4:118-41.
18. Dolmans DH, Schmidt HG. What do we know about cognitive and motivational effects of small group tutorials in problem-based learning? *Adv Health Sci Educ.* 2006;11:321-36.
19. Goodnough K. Enhancing pedagogical content knowledge through self-study: an exploration of problem-based learning. *Teach High Educ.* 2006;11(3):301-18.
20. Newman M. Fitness for purpose evaluation in problem based learning should consider the requirements for establishing descriptive causation. *Adv Health Sci Educ.* 2006;11:381-402.



21. Verkoeijen PPJL, Rikers RMJP, Te Winkel WWR, Van Den Hurk MM. Do student-defined learning issues increase quality and quantity of individual study? *Adv Health Sci Educ.* 2006;11:337-47.
22. Te Winkel WWR, Rikers RMJP, Loyens SMM, Schmidt H. Influence of learning resources on study time and achievement scores in a problem-based curriculum. *Adv Health Sci Educ.* 2006;11:381-9.
23. Maudsley G. Making sense of trying not to teach: an interview study of tutors' ideas of problem-based learning. *Acad Med.* 2002;77(2):163-72.
24. Shields H, Guss D, Somers S, Kergoot B, Mandell B, Travassos W, et al. A faculty development program to train tutors to be discussion leaders rather than facilitators. *Acad Med.* 2007;82(5):486-92.
25. Gijbels D, Dochy F, Van DB, Segers M. Effects of problem-based learning: a meta-analysis from the angle of assessment. *Rev Educ Res.* 2005;75(1):27-61.
26. Usmani A, Sultan ST, Ali S, Fatima N, Babar S. Comparison of students and facilitators' perception of implementing problem based learning. *Journal of Pakistan Medical Association.* 2007;61(4):332-5.
27. Papinczak T. Are deep strategic learners better suited to PBL? A preliminary study. *Adv Health Sci Educ.* 2009;14:337-53.
28. Reid WA, Duvall E, Evans P. Can we influence medical students' approaches to learning? *Med Teach.* 2005;27(5):401-7.
29. Sanson-Fisher RW, Lynagh MC. Problem-based learning: a dissemination success story? *Med J Australia.* 2005;183(5):258-60.

# PERSEPSI MAHASISWA DAN DOSEN TERHADAP *EARLY CLINICAL EXPERIENCE* PADA PROGRAM S1 KEPERAWATAN STIK IMMANUEL BANDUNG

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

\*STIK Immanuel, Bandung

\*\* Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

## ABSTRACT

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

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

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

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

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

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Early Clinical Experience (ECEs)* merupakan pendekatan belajar yang mengintegrasikan pembelajaran di kelas dengan pembelajaran klinik sejak mahasiswa menempuh tahap akademik. ECEs telah dirasakan manfaatnya baik bagi mahasiswa maupun dosen, walaupun dalam pelaksanaannya ditemukan kendala. Agar mutu pendidikan preklinik dapat ditingkatkan maka mahasiswa dan dosen perlu saling mengetahui persepsi terhadap ECEs agar dapat menciptakan komunikasi yang baik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan persepsi mahasiswa dan dosen terhadap ECEs pada pendidikan S1 keperawatan.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik studi komparatif dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan sebagai pendekatan utama, pendekatan kualitatif sebagai pendukung. Subjek penelitian sebanyak 71 orang mahasiswa keperawatan tahun 2007 dan 2008 dan dosen sebanyak 21 orang, terdiri dari 11 orang pembimbing akademik dan 10 orang pembimbing klinik. Pendekatan kualitatif melalui *Focus Group Discussion* pada mahasiswa, *indepth interview* pada pembimbing akademik dan pembimbing

---

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

klinik. Analisis kuantitatif menggunakan analisis deskriptif dan analisis komparatif dengan *One Way Anova*. Analisis kualitatif menggunakan analisis konten meliputi identifikasi, pengkodean, kategorisasi dan sintesis.

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

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

**Kata kunci:** *early clinical experience*, *early clinical exposure*, integrasi kurikulum, persepsi, prelinik

## PENDAHULUAN

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

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

Sejumlah ECEs yang dilakukan di beberapa pendidikan kesehatan baik kedokteran maupun keperawatan, selain manfaat ditemukan pula kendala-kendala dalam pelaksanaannya. Hasil penelitian menemukan bahwa selain memperoleh beberapa manfaat juga menemukan masalah dalam hal penggunaan dan pengorganisasian ECEs, mahasiswa merasa bahwa ECEs berguna, namun

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

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Immanuel merancang dan mengimplementasikan kurikulum berbasis kompetensi pada kurikulum sarjana keperawatan sejak tahun 2007.<sup>9</sup> Mengacu pada SPICES model, kurikulum terintegrasi yang diaplikasikan bertujuan menciptakan tenaga profesional perawat yang memiliki kecakapan intelektual, kecakapan interpersonal dan kecakapan teknikal. Strategi yang dilaksanakan dalam kurikulum prelinik dengan melakukan pendekatan praktik klinik sejak semester pertama atau disebut dengan *Early Clinical Experience/ Exposure*. ECEs mulai dipaparkan sejak semester 1 terintegrasi dengan topik-topik pembelajaran di semester tersebut (didukung kompetensi utama dan kompetensi pendukung).

Sejak ECEs ini diimplementasikan di STIK Immanuel pada tahun 2007 dalam mata ajar *Nursing Practice*, masalah-masalah telah dirasakan oleh mahasiswa maupun dosen. Implementasi ECEs pertama kali yang rencana diselenggarakan awal tahun ajaran 2007, tidak dapat dilaksanakan sesuai jadwal yang direncanakan.

Lahan tidak siap menerima mahasiswa baru dalam program ECEs untuk terlibat dalam pengajaran klinik. Staf klinik/ruangan menganggap mahasiswa yang sudah berada di klinik adalah mahasiswa yang sudah mampu melakukan asuhan keperawatan secara holistik, ketidakjelasan peran mahasiswa dalam pengalaman klinik awal ini juga merupakan kendala yang dirasakan.

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

## METODE

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik studi komparatif dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan sebagai pendekatan utama sedangkan pendekatan kualitatif sebagai pendukung.

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

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

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

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil Penelitian Kuantitatif

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

Tabel 1. Distribusi karakteristik responden

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

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

Tabel 2. Deskripsi persepsi terhadap *ECEs*

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

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

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

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

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

Tabel 3. Hasil uji hipotesis *One Way Anova*

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

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

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

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

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

bimbing klinik tidak terdapat perbedaan secara bermakna.

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

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

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

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

## HASIL PENELITIAN KUALITATIF

### 1. Persepsi Mahasiswa terhadap ECEs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(M.08.R1.757 – 758, 760 – 763)

**Model pengajaran pada ECEs** - Tidak semua mahasiswa mengalami siklus pembelajaran yang sama, atau sistematis pengajaran tidak terstruktur sehingga kadang membingungkan.

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

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

#### **b. Persepsi Mahasiswa tentang Proses Bimbingan**

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

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

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

Perilaku staf ruangan yang bersikap tidak ramah membuat mahasiswa merasa tidak nyaman, dan tidak diberi kepercayaan untuk melakukan tindakan sesuai kompetensi yang harus dicapai, seperti ungkapan mahasiswa berikut:

*“Kitanya jadi gak nyaman lagi Bu kalo dijutekin, jadi kita berpendapat mereka tidak menerima kita, kadang*

*kan kita mau ngikutin kakaknya gitu, mau liat tindakan karena target kita observasi, tapi dilarang, eh nanti, jangan dulu ya!"* (M.08.R1.485-489)

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

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

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

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

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

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

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

Kondisi yang lebih baik, dan membuat mahasiswa menjadi lebih percaya diri ketika diberi kepercayaan oleh staf ruangan sesuai dengan kemampuan mahasiswa untuk melakukan tindakan kepada pasien langsung dan diberi petunjuk dengan jelas, seperti komentar mahasiswa berikut, pada salah satu pengelolaan pengajaran ECEs yang baik:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

“Tapi ada juga sich Bu, di ruangan tertentu, yang baik seperti Kak Firdaus, Kak Ronald, Pak Empirisman yang memberikan contoh yang baik saat berkolaborasi, menanyakan kembali usulan obat yang diberikan.. kenapa ini atau yang lainnya..nggak cuma iya-ya.” (M.07.R1.686-691)

Penerapan teori pada situasi terbatas banyak diperoleh mahasiswa saat ECEs.

Misalnya dengan melihat bagaimana perawat di ruangan mampu melakukan prosedur klinik dengan fasilitas yang

terbatas, tapi tetap memperhatikan prinsip septic dan antiseptic.

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

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

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

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

#### d. Persepsi Mahasiswa tentang Evaluasi

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

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

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

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

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

“Sebenarnya kita agak kebingungan juga dengan penilaiannya, karena NP I dan NP II disatukan tapi

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

## 2. Persepsi Pembimbing Akademik terhadap ECEs

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

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

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

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

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

“Kadang, apalagi pada NP yang pertama tadi masih susah menentukan kompetensi mahasiswa, kalau NP 1 dan 2 banyaknya konsep-konsep jadi kayaknya masih susah dalam perencanaannya terutama koordinator yang merancang NP,.. kalau NP 4 sih gak terlalu susah, tapi kalau yang 1, masih bingung dan orang ruangan juga bingung mahasiswa ngapain kesini kalau cuman lihat-lihat doang.”

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

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

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

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

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

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

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

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

“Kemudian kalau masalah waktu bersamaan karena di terminal semuanya kadang numpuk di satu ruangan karena hanya ruangan tertentu yang bisa dipakai praktek, kadang karena menumpuk dari ruangnya kadang ditolak meskipun kita sudah bagi per shift tetap aja banyak, kadang dari RSnya mereka gak mau terlalu banyak di ruangan.” (PA.R4.135-139)

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

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

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

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

#### **b. Persepsi Pembimbing Akademik tentang Proses Bimbingan**

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

Peran pembimbing akademik dan pembimbing klinik perlu dibedakan.

“.. kita tentukan dulu, kita bicarakan dulu dengan CI apa yang akan menjadi bagian dari CI dan yang menjadi bagian pembimbing akademik, misalnya kalau dari akademik itu kita lebih banyak kepada kesiapan mahasiswa untuk masuk, jadi lebih diarahkan kepada laporan pendahuluan, nah untuk keterampilan klinik dengan kasus itu yang biasanya megang dari CI.” (PA.R4.40-53)

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

“CI nya langsung ataupun kalau CI nya gak stand by di satu ruangan kadang diberikan kepada perawat ruangan yang sudah dipilih untuk melakukan proses

pendampingan terhadap mahasiswa.” (PA.R4.73-76)

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

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

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

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

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

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

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

“.. ya ada dosen yang mengelolanya lain daripada yang lain gitu dan itu kadang-kadang membingungkan mahasiswa, mahasiswa kan tidak tahu mana yang harus diambil gitu, jadi kadang-kadang mahasiswa akhirnya ya udah ikutin aja kemauan dosen itu.” (PA.R6.168-174)

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

Manfaat ECEs terhadap pencapaian kompetensi (aspek pengetahuan/pemahaman materi) sangat jelas. Pembimbing akademik juga dapat melihat

manfaat ECEs pada kemampuan komunikasi mahasiswa, meningkatkan keaktifan belajar, dan meningkatkan rasa percaya diri (keterampilan dan perilaku).

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

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

#### d. Persepsi Pembimbing Akademik tentang Evaluasi Mahasiswa

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

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

“Jadi sistem penilaian itu kita lihat dari ujian kasus dan keterampilan klinik dan bisa dituangkan dalam laporan kasus, jadi bisa dijadikan sebagai laporan portofolio sementara dengan log book mereka dapat menilai apa yang mereka sudah capai sepanjang mereka praktek.” (PA.R4.88-92)

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

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

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

### 3. Persepsi Pembimbing Klinik terhadap ECEs

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

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

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

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

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

“peralatan itu cukup yah, kalau disebut kurang sih tidak, kalau berlebihan itu juga tidak, jadi cukup. Artinya kalau ada kekurangan di sana sini tidak begitu fatal, mungkin kita bisa kerjasama dengan laboratorium pendidikan.” (PK.R2.20-24)

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

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

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

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

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

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

#### **b. Persepsi Pembimbing Klinik terhadap Proses Bimbingan**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### d. Persepsi Pembimbing Klinik terhadap Evaluasi Mahasiswa

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

*“Evaluasi memang harus dilakukan terhadap mahasiswa ini, apakah dia kompeten tidak dalam satu bidangnya, dan hal itu kita kerjasama dengan bagian pendidikannya, sama dosen mata ajarnya.”*

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

## PEMBAHASAN

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

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

### Perbandingan Persepsi Mahasiswa dengan Pembimbing Klinik terhadap ECEs

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

#### a. Struktur dan Isi

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

pada item pernyataan tentang model pengajaran.

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

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

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

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

Fasilitas yang kurang memadai (air dan sarung tangan), di rumah sakit, situasi dan penerimaan staf ruangan yang tidak ramah, menciptakan lingkungan belajar yang tidak nyaman dan aman bagi mahasiswa, dan mengurangi motivasi belajar mahasiswa untuk proses pendidikan selanjutnya. Pada awal kunjungan, banyak mahasiswa yang terkejut dan terkesima dengan apa yang mereka lihat, dan kemudian sulit memfokuskan kembali tujuan pembelajarannya, peran pembimbing membantu

mahasiswa memfokuskan kembali pikiran mahasiswa.<sup>13</sup>

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

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

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

## b. Proses bimbingan

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

Perbandingan nilai item-item pernyataan pada komponen proses bimbingan yaitu pada item “keleluasaan untuk melakukan prosedur klinik tanpa pengawasan dan bimbingan”, nilai mahasiswa 2,97 sedangkan pembimbing klinik

3.88, item “ketika ingin berkonsultasi dengan pembimbing, pembimbing sibuk dengan rutinitas kerjanya”, nilai *mean* mahasiswa 2.45, dan pembimbing klinik 3.25.

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

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

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

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

Masalah-masalah yang diungkapkan mahasiswa yang terjadi pada proses bimbingan meliputi peran pembimbing, kompetensi klinis dari pembimbing, kepribadian dari staf ruangan, dan pada proses bimbingan. Peran pembimbing atau profesional kesehatan yang mahasiswa jumpai di klinik mempengaruhi pengalaman belajar mahasiswa selama berada di tatanan klinik. Salah satu *role model* yang baik menurut mahasiswa dari hubungan perawat-dokter yaitu ketika perawat dinilai mampu mengemukakan

pendapatnya secara kritis terhadap perawatan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien. Pada situasi yang lain, mahasiswa diperlakukan tidak sebagai pelajar, tetapi dilibatkan dalam kegiatan rutin dalam perawatan pasien.

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

### c. Pengalaman belajar

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

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

### d. Evaluasi Mahasiswa

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

Item pernyataan “pembimbing memberi penilaian pada



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

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

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

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

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

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

Nilai rata-rata yang cenderung berbeda terdapat pada proses bimbingan, yaitu mahasiswa sebesar 3,02 (SD. 0,33) sementara pembimbing akademik 3,45 (SD. 0,26).

Item pernyataan yang mendukung proses bimbingan yang dipersepsikan berbeda yaitu pada item “ketika ingin berkonsultasi, pembimbing masih sibuk dengan rutinitas kerjanya” dan item “pembimbing memiliki kompetensi klinik untuk membimbing mahasiswa di lahan praktek”.

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

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

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

Keterampilan-keterampilan yang membuat seseorang menjadi dosen klinis yang baik meliputi: membagi semangat untuk mengajar; jelas, terorganisir, dapat ditemui, memberi dukungan dan mengasihi; mampu membangun hubungan, memberikan arahan dan *feedback*; menunjukkan integritas dan menghargai orang lain; menunjukkan kompetensi klinis; menggunakan strategi perencanaan dan orientasi; memiliki variasi metode dan naskah mengajar yang luas; melakukan evaluasi dan refleksi diri; melakukan berdasarkan

berbagai bentuk ilmu, dan merencanakan pengajaran berdasar level kompetensi/ ilmu mahasiswanya.<sup>14,21</sup>

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

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

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

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

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

Pada komponen evaluasi, yaitu pada item “pembimbing memberi penilaian pada ECEs berdasarkan hasil evaluasi” nilai pembimbing klinik lebih rendah yaitu sebesar 2,38 sedangkan pembimbing akademik 3,00.

Pembimbing akademik menyerahkan sepenuhnya dan memberi kepercayaan penuh kepada pembimbing akademik dalam hal bimbingan, sementara pembimbing klinik mengharapkan peran serta aktif dari pembimbing akademik. Dosen pada ECEs baik pembimbing klinik maupun pembimbing akademik tentunya menuntut peran yang tidak hanya mampu sebagai pengajar di kelas, tetapi juga diharapkan mampu melaksanakan perannya sebagai pengajar klinis. Hasil penelitian membuktikan tanpa dukungan dan bimbingan pengalaman berdasar praktik tidak akan mencapai potensi penuh.

### **KESIMPULAN**

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

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

### **SARAN**

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

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Gutierrez MC, Soto RG. Alligator attack: an illustration of the impact of early exposure. *Med Ed.* 2002;36:1182-4.

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

# MINI-CEX SEBAGAI METODE PENILAIAN KETERAMPILAN KLINIS MAHASISWA PROGRAM PENDIDIKAN KEPANITERAAN KLINIK FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS GADJAH MADA - STUDI PENDAHULUAN

Reza M. Munandar, Yoyo Suhoyo, Tridjoko Hadiano  
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

## ABSTRACT

**Background:** Mini-CEX was developed to assess clinical skills by direct observation. Mini-CEX as a clinical skills assessment tool had to fulfill four requirements: validity, reliability, effects on students, and practicality. The purpose of this study is to understand validity, reliability, and feasibility of Mini-CEX as a clinical skills assessment tool in medical core clerkship program at Faculty of Medicine Universitas Gadjah Mada.

**Method:** Seventy four clerkship students from Internal Medicine and 42 clerkship students from Neurology Department were asked to do an observed Mini-CEX encounter for minimum amount of four in Internal Medicine and two in Neurology Department in the period of September 2010 to January 2011. The validity was analyzed with Kruskal-Wallis method for Internal Medicine, and Mann-Whitney Method for neurology Department, reliability was analyzed based on G coefficient, and feasibility was analyzed using descriptive statistic.

**Results:** Mini-CEX's validity is shown by  $p < 0,001$  in Internal Medicine and  $p = 0,250$  in Neurology Department, G coefficient for Internal Medicine and Neurology Department is 0,98 and 0,61 respectively. Feasibility in Internal Medicine and Neurology Department is 79,7 % and 100% respectively.

**Conclusion:** Mini-CEX is valid and reliable in Internal Medicine but not in Neurology Department. Feasibility is good for both Internal Medicine and Neurology Department.

**Keywords:** Mini-CEX, validity, reliability, feasibility, internal medicine, neurology department

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Mini-CEX dikembangkan untuk menilai keterampilan klinis melalui observasi langsung. Mini-CEX sebagai alat penilai keterampilan klinis harus memenuhi empat syarat: validitas, reliabilitas, dampak terhadap mahasiswa, dan kepraktisan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui validitas, reliabilitas, dan keterlaksanaan Mini-CEX sebagai alat penilai keterampilan klinis pada mahasiswa program kepaniteraan klinik di FK UGM.

**Metode:** Tujuh puluh empat mahasiswa kepaniteraan klinik dari Bagian IPD dan 42 mahasiswa dari Bagian Saraf melakukan Mini-CEX sebanyak minimal empat kali di Bagian IPD dan dua kali di Bagian Saraf dengan diobservasi oleh dosen klinis di RSUP Sardjito selama periode September 2010 hingga Januari 2011. Validitas Bagian IPD dianalisis dengan metode Kruskal-Wallis dan di Bagian Saraf menggunakan Mann-Whitney, reliabilitas dilihat berdasarkan koefisien G, dan keterlaksanaan dijabarkan menggunakan statistik deskriptif.

**Hasil:** Validitas di Bagian IPD ditunjukkan dengan  $p < 0,001$  sedang di Bagian Saraf  $p = 0,250$ . Koefisien G di Bagian IPD adalah 0,98 dan di Bagian Saraf 0,61. Keterlaksanaan Bagian IPD adalah 79,7 % sedang di Bagian Saraf 100 %.

**Kesimpulan:** Validitas dan reliabilitas Mini-CEX baik di Bagian IPD namun tidak demikian di Bagian Saraf. Keterlaksanaan Mini-CEX pada kedua Bagian bisa dikatakan baik.

**Kata kunci:** Mini-CEX, validitas, reliabilitas, keterlaksanaan, bagian IPD, bagian Saraf

---

Korespondensi: yo2suhoyo@yahoo.com, Telp: 0274-562139  
Bagian Pendidikan Kedokteran FK UGM, Gd. Radiopoetro Lt 6. Jl. Farmako Sekip Utara Yogyakarta

## PENDAHULUAN

Penilaian keterampilan klinis untuk mahasiswa program kepaniteraan klinik agar menghasilkan *outcome* yang berkompetensi selalu menjadi tantangan. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada terus menerus melakukan inovasi dan meningkatkan sistem kepaniteraan klinik. Salah satu inovasi dan peningkatan yang dapat dilakukan adalah dengan menambah kualitas supervisi klinik, terutama dengan observasi langsung dan umpan-balik pada performa klinis mahasiswa. Hal ini dapat dilakukan dengan mengimplementasikan Mini-CEX sebagai metode penilaian.

Mini-CEX merupakan instrumen objektif yang menilai mahasiswa berdasarkan performa mereka.<sup>1,2</sup> Ia menawarkan kesempatan pada mahasiswa untuk melakukan kontak dengan pasien dengan kasus yang bervariasi untuk diobservasi secara langsung oleh dosen klinis. Hasil penilaian dapat digunakan untuk memberi umpan-balik yang membangun pada performa mahasiswa sehingga akan mendorong mahasiswa untuk belajar.<sup>3,4,5,6,7</sup>

Mini-CEX mempunyai validitas dan reliabilitas yang telah dibuktikan sebagai alat penilaian pada pelatihan dokter spesialis<sup>8,9,10</sup> dan pada kepaniteraan klinik mahasiswa *undergraduate*.<sup>11</sup> Mini-CEX juga telah dibuktikan cocok untuk meningkatkan kompetensi klinis pada mahasiswa kedokteran.<sup>2,12</sup>

Bagaimanapun, agar Mini-CEX dapat dijadikan alat penilai keterampilan klinis di FK UGM, ada empat syarat yang harus diuji yaitu, validitas, reliabilitas, dampak terhadap mahasiswa, dan kepraktisan.

## METODE

Total sejumlah 116 mahasiswa kepaniteraan klinik dari Bagian Ilmu Penyakit Dalam (IPD) dan Saraf selama September 2010 hingga Januari 2011 diminta untuk melakukan Mini-CEX yang diobservasi oleh dosen klinis dengan jumlah minimal pelaksanaan Mini-CEX di Bagian IPD adalah empat kali dan di Bagian Saraf dua kali.

Terdapat tujuh poin yang dinilai dengan Mini-CEX yakni, anamnesis, pemeriksaan fisik, keputusan klinis, komunikasi/konseling, profesionalisme, pengorganisasian/ efisiensi, dan penanganan pasien secara keseluruhan. Nilai dari ketujuh poin itu kemudian dijumlahkan dan diambil rata-ratanya untuk dianalisis.

Uji normalitas dilakukan dengan uji Kolmogorov-Smirnov. Validitas Mini-CEX dianalisis dengan metode Kruskal-Wallis untuk Bagian IPD dan Mann-Whitney untuk Bagian Saraf. Reliabilitas Mini-CEX dianalisis dengan menghitung koefisien G. Keterlaksanaan Mini-CEX dianalisis dengan statistik deskriptif. Validitas dan keterlaksanaan dianalisis dengan menggunakan program SPSS ver. 18.0. Koefisien G dihitung menggunakan program Edu G ver. 6.0.

Penting dijadikan catatan bahwa validitas yang diuji pada penelitian ini bukanlah suatu validitas murni. Validitas yang dimaksudkan adalah kemampuan Mini-CEX dalam membedakan performa mahasiswa yang melakukan Mini-CEX untuk pertama kali, kedua, ketiga, dan keempat kalinya.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Selama September 2010 hingga Januari 2011, 74 orang mahasiswa kepaniteraan klinik Bagian Ilmu Penyakit Dalam, dan 42 orang mahasiswa kepaniteraan klinik Bagian Saraf telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Lima mahasiswa dari Bagian Penyakit Dalam dieksklusi karena memberikan data Mini-CEX dengan form yang berbeda dengan yang telah ditetapkan untuk digunakan dalam penelitian ini, dan 14 mahasiswa dieksklusi karena tidak melakukan Mini-CEX sebanyak minimal 4 kali. Sepuluh orang mahasiswa kepaniteraan klinik Bagian Saraf tidak mengembalikan buku Mini-CEX, sehingga jumlah mahasiswa kepaniteraan klinik yang memenuhi kriteria inklusi berjumlah 55 orang dari Bagian Ilmu Penyakit Dalam, dan 32 orang dari Bagian Saraf.

Selama penelitian ini, mahasiswa kepaniteraan klinik telah melaksanakan Mini-CEX sebanyak 269 kali untuk Bagian Ilmu Penyakit Dalam dengan dievaluasi oleh 40 orang residen klinis dan dokter spesialis (dosen klinis). Nilai rata-rata Mini-CEX pertama, kedua, ketiga, dan keempat secara berurutan adalah 78,09 (SD = 7,21); 86,39 (SD = 3,17); 86,17 (SD = 2,48); dan 86,56 (SD = 2,94). Kasus-kasus yang dijumpai selama pelaksanaan Mini-CEX beragam seperti Ca Paru, CHF, CKD, ulkus DM, diare amoebiasis, efusi pleura, TB paru, hepatomegali, hipertensi, leukemia akut, PPOK, sirosis hepatitis, dengue fever, dengue haemorrhagic fever, tifoid, paratifoid, malaria, asma bronkial, bronkopneumonia, dispepsia, kolik abdomen, hepatitis, lymphadenopathy, hipoglikemi, leptospirosis, thalasemia, anemia, angina pectoris stabil, DM, SLE, dan MS, dengan pelaksanaan Mini-

CEX terbanyak dilaksanakan di unit rawat inap (52,9 %), kemudian unit rawat jalan (2,2 %), dan Unit Gawat Darurat (1,1 %), sisanya (43,8 %) tidak mengisi tempat pelaksanaan Mini-CEX.

Di Bagian Saraf, dari 84 kali pelaksanaan Mini-CEX yang diawasi dan dievaluasi oleh 12 orang dokter spesialis sebagai dosen klinis, pelaksanaan terbanyak dilakukan di unit rawat inap (23,4 %), rawat jalan (10,9 %) dan sisanya tidak mengisi tempat pelaksanaan Mini-CEX (65,7 %) dengan kasus-kasus yang ditemui seperti Bell's Palsy, cephalgia, contusio cerebri, epilepsi, cedera kepala, hemiparese, LBP, SH, SNH, cedera spinal, vertigo, tension-type headache, stroke hemoragik dan non hemoragik, meningoencephalitis, neuropati DM, dan penurunan kesadaran. Rata-rata nilai Mini-CEX pertama dan kedua secara berurutan adalah 88,44 (SD = 5,48) dan 90,29 (SD = 4,25).

Uji *Kolmogorov-Smirnov* yang dilakukan pada penelitian ini menunjukkan bahwa nilai Mini-CEX di Bagian IPD dan Saraf tidak terdistribusi normal ( $p < 0,005$ ). Hasil uji *Kruskal-Wallis* menunjukkan kemungkinan adanya perbedaan yang bermakna antara nilai Mini-CEX pertama, kedua dan seterusnya di Bagian IPD ( $p < 0,005$ ). Analisis *post-hoc* kemudian menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara nilai Mini-CEX pertama dengan kedua, ketiga, dan keempat, namun tidak ada perbedaan bermakna antara nilai Mini-CEX kedua, ketiga, dan keempat. Tidak ada perbedaan bermakna antara nilai Mini-CEX pertama dan kedua di Bagian Ilmu Penyakit Saraf ( $p > 0,005$ ) dengan menggunakan metode *Mann-Whitney*. Reliabilitas Mini-CEX baik di Bagian IPD ( $G > 0,8$ ) namun tidak di Bagian Saraf ( $G < 0,8$ ). Keterlaksanaan Mini-CEX di Bagian IPD 79,7 % dan di Bagian Saraf 100 %.

Tabel 1. Hasil analisis validitas, reliabilitas, dan keterlaksanaan Mini-CEX

Bagian	Validitas	Reliabilitas	Keterlaksanaan
Ilmu Penyakit Dalam	$P < 0,001$	$G = 0,98$	79,7 %
Saraf	$P = 0,250$	$G = 0,61$	100 %

Hasil penelitian ini mendukung validitas Mini-CEX seperti yang telah ditunjukkan oleh penelitian-penelitian terdahulu, seperti penelitian yang dilakukan<sup>9</sup>, dimana untuk setiap keterampilan klinik residen, staf penilai dapat membedakan 3 tingkat kemampuan residen (tidak memuaskan, memuaskan, superior) dan dari penilaian tiga tingkat kemampuan tersebut didapatkan hasil berbeda bermakna. Studi ini merupakan studi pertama tentang *construct validity* Mini-CEX. Durning<sup>8</sup> menyebutkan bahwa ada korelasi yang kuat antara skor Mini-CEX dan skor ABIM MEF terkait serta skor ITE. Adanya korelasi bermakna antara skor Mini-CEX dan nilai akhir mahasiswa kepaniteraan klinik, nilai ujian dan ujian tertulis juga disebutkan oleh Kogan.<sup>11</sup> Norcini<sup>2</sup> menyebutkan bahwa residen mengalami peningkatan yang signifikan dalam semua aspek Mini-CEX dibanding tahun pertamanya, Mini-CEX juga menunjukkan korelasi cukup terhadap ujian nasional spesialisasi yang dilaksanakan.<sup>10</sup> Menurut Wiles<sup>12</sup> Mini-CEX terbukti meningkatkan kemampuan mahasiswa sesuai dengan

tingkat senioritas. Hasil- hasil ini mendukung validitas Mini-CEX.

Hasil reliabilitas pada penelitian ini juga mendukung hasil penelitian sebelumnya seperti pada penelitian oleh Durning, Hatala, dan Kogan yang menyatakan bahwa Mini-CEX mempunyai reliabilitas yang dapat dipertanggungjawabkan dan mempunyai reliabilitas internal yang sangat baik.<sup>5,8,10,11</sup> Mini-CEX menunjukkan reliabilitas yang sangat baik sebagai metode untuk memperoleh umpan-balik untuk peningkatan keterampilan diri saat digunakan untuk menilai dokter praktek puskesmas.<sup>12</sup>

Keterlaksanaan Mini-CEX yang baik seperti pada penelitian ini juga ditunjukkan oleh studi oleh Kogan dan Hauer yang menunjukkan bahwa Mini-CEX dapat dilaksanakan pada mahasiswa kepaniteraan klinik dengan pasien rawat jalan dan inap sebagai penilaian formatif.<sup>5,11</sup> Keterlaksanaan Mini-CEX yang baik juga ditunjukkan oleh hasil studi Torre<sup>13</sup> dengan mengguna-

kan Mini-CEX berbasis PDA, selain itu keterlaksanaannya juga baik di Bagian Saraf<sup>12</sup>, Bagian Anestesi<sup>14</sup>, dan Bagian Ilmu Penyakit Dalam<sup>8</sup>. Walaupun studi oleh De Lima menyatakan bahwa Mini-CEX tidak layak<sup>6</sup>, namun dapat dipertimbangkan sebagai suatu alat penilaian yang bernilai sebagaimana ditunjukkan oleh hasil penilaian evaluator dan residen.

Walaupun pada penelitian ini Mini-CEX valid dan reliabel di Bagian Ilmu Penyakit Dalam, namun tidak demikian halnya dengan Bagian Saraf. Hasil yang berbeda ini mungkin dikarenakan sedikitnya data sampel yang diperoleh dari Bagian Saraf karena waktu penelitian yang singkat, dan juga karena pelaksanaan minimal Mini-CEX di Bagian Saraf hanya dua kali, bukannya empat kali seperti di Bagian Ilmu Penyakit Dalam.

### KESIMPULAN

Mini-CEX mempunyai validitas yang baik di Bagian Ilmu Penyakit Dalam namun di Bagian Saraf validitasnya tidak baik. Mini-CEX menunjukkan reliabilitas yang baik di Bagian Ilmu Penyakit Dalam dengan jumlah minimal Mini-CEX adalah empat kali, namun tidak demikian halnya di Bagian Saraf yang jumlah minimal Mini-CEX-nya hanya dua kali. Mini-CEX memiliki keterlaksanaan yang baik, yaitu di Bagian Ilmu Penyakit Dalam 79.7 %, sedang keterlaksanaan di Bagian Saraf 100 %.

### SARAN

Perlu dilakukan penelitian serupa dengan jumlah sampel yang lebih besar lagi, dilakukan penambahan jumlah minimal Mini-CEX menjadi sebanyak empat kali di Bagian Saraf agar menunjukkan hasil yang valid dan reliabel.

Oleh karena Mini-CEX menunjukkan hasil yang valid, maka Mini-CEX dapat digunakan di bagian lain dengan modifikasi yang disesuaikan dengan bagian, dan perlu dilakukan penelitian dengan melibatkan lebih banyak bagian-bagian kepaniteraan klinik lainnya sehingga dapat menunjukkan kecocokan Mini-CEX sebagai alat penilai keterampilan klinis di bagian lain.

### UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada dr. Ova Emilia, M.Med.Ed, Ph.D, Sp.OG(K), atas bantuan dan bimbingannya dalam penelitian ini.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Norcini JJ. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *The Clin Teach*. 2005;2(1): 25-30.
2. Norcini JJ, Blank LL, Duffy D, Fortna, GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* 2003;138:476-81.
3. Hauer KE. Enhancing feedback to students using the mini-CEX (clinical evaluation exercise). *Acad Med*. 2000;75:524.
4. Holmboe ES, Hawkins RE, Huot SJ. Effects of training in direct observation of medical residents' clinical competence. *Ann Intern Med*. 2004;140:874-81.
5. Kogan JR, Hauer KE. Brief report: use of the mini-clinical evaluation exercise in internal medicine core clerkships. *J Gen Intern Med*. 2006;21:501-2.
6. De lima AA, Henquin R, Thierer J, Paulin J, Lamari S, Belcastro F, & Van der vleuten CPM. A qualitative study of the impact on learning of the mini clinical evaluation exercise in postgraduate training. *Med Teach*. 2005;27(1):46-52.
7. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE guide no. 31. *Med Teach*. 2007;29 (9):855-71.
8. Durning SJ, Cation LJ, Market RJ, Pangaro LN. Assessing the reliability and validity of the mini clinical evaluation exercise for internal medicine residency training. *Acad Med*. 2002;77:900-4.
9. Holmboe ES, Huot S, Chung J, Norcini J, & Hawkins RE. Construct validity of the mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *Acad Med*. 2003;78(8):826-30.
10. Hatala R, Ainslie M, Kassen BO, Mackie I & Roberts JM. Assessing the mini-clinical evaluation exercise in comparison to a national specialty examination. *Med Ed*. 2006;40:950-6.
11. Kogan JR, Bellini LM, & Shea JA. Feasibility, reliability and validity of the mini clinical evaluation exercise (mini-CEX) in a medicine core clerkship. *Acad Med*. 2003;78:33-5.
12. Wiles CM, Dawson K, Hughes TAT, Llewelyn JG, Morris HR, Pickersgill TP, Robertson NP, Smith PEM. Clinical skills evaluation of trainees in a neurology department. *Clin Med*. 2007;7(4):365-9.
13. Torre DM, Simpson DE, Elnicki DM, Sebastian JL, Holmboe ES. Feasibility, reliability, and user satisfaction with PDA-based mini-CEX to evaluate the clinical skills of third-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine*. 2007;19:271-7.
14. Weller JM, Jolly B, Misur MP, Merry AF, Jones A, Crossley JGM, Pedersen K, Smith K. Mini-clinical evaluation exercise in anesthesia training. *J Anesth*. 2009;102:633-41.

# COMPARISON OF LEARNING ENVIRONMENT IN 3 DIFFERENT SETTINGS TO SUPPORT CLINICAL SKILLS ACQUISITION IN UNDERGRADUATE MEDICAL STUDENTS

Kirubashni Mohan, Ova Emilia, Widyandana

Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Integrasi antara pendidikan pre-klinik, laboratorium keterampilan medik dan seting klinik riil sangat direkomendasikan. Penelitian ini akan mengidentifikasi seting klinik yang sesuai dengan pendidikan S1 kedokteran. Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan 3 (tiga) seting klinik yang berbeda (Rumah Sakit Sardjito, Rumah Sakit Klaten, dan Puskesmas), untuk mengetahui seting klinik yang paling sesuai untuk pendidikan keterampilan klinik di pendidikan S1 kedokteran.

**Metode:** Merupakan penelitian deskriptif kuantitatif, menggunakan metode cross sectional. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang diisi oleh mahasiswa yang sedang menjalani pendidikan profesi kedokteran di Rumah Sakit Sardjito, Rumah Sakit Klaten dan Puskesmas. Analisis data menggunakan uji ANNOVA.

**Hasil:** Puskesmas menunjukkan skor rata-rata tertinggi dibandingkan dengan Rumah Sakit Sardjito dan Klaten dalam aspek lingkungan pembelajaran secara umum, otonomi, dukungan sosial dan kejelasan peran. Rumah Sakit Sardjito unggul dalam aspek supervisi, beban kerja, penekanan pada proses belajar mengajar dan variasi kasus. Didapatkan korelasi positif antara lingkungan pembelajaran dan kesempatan untuk berlatih keterampilan.

**Kesimpulan:** Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan primer memiliki lingkungan pembelajaran klinik yang lebih baik jika dibandingkan dengan Rumah Sakit Sardjito dan Rumah Sakit Klaten, tetapi memiliki skor rata-rata yang rendah di domain penekanan proses belajar mengajar dan variasi kasus. Didapatkan korelasi yang positif antara lingkungan pembelajaran dan kesempatan untuk berlatih keterampilan. Tidak ditemukan adanya korelasi antara kesempatan berlatih keterampilan dan gender.

**Kata kunci:** lingkungan pembelajaran klinik, latihan keterampilan, pendidikan S1, kesempatan berlatih keterampilan

## ABSTRACT

**Background:** Integration between preclinical basic science education, skills training program in the laboratory setting and real clinical setting is recommended. This study explores clinical setting which suitable for undergraduate skills training program. The purpose of this study is to compare 3 different clinical settings (Sardjito Hospital, Klaten Hospital, and Puskesmas), which is appropriate for undergraduate clinical skills training.

**Method:** This was a descriptive quantitative study, using cross sectional method. Data collection used self administrated questionnaire comprised of clerkship students who pooled of Sardjito Hospital, Klaten Hospital and Puskesmas (Primary Health Centre). Data analysis was done using ANNOVA test.

**Results:** The Puskesmas scored the highest mean compared to Sardjito Hospital and Klaten Hospital for an overall learning environment and also in the scales for autonomy, social support, and role clarity. Sardjito Hospital scored the highest mean for the scales of supervision, workload, emphasis on teaching and learning and variety. There is a positive correlation between the learning environment and skills practice opportunity.

**Conclusion:** Puskesmas as primary health centers is a better overall clinical learning environment compared to Sardjito Hospital and Klaten Hospital, but scored low means in domains such as emphasis on teaching and learning and variety. There is a positive correlation between the learning environments and skills practice opportunity with different features for each setting. There is no correlation between skills practice opportunity and gender or marital status.

**Keywords:** clinical learning environment, skills training, undergraduate, skills practice opportunity

---

Korespondensi: kiru.isis@yahoo.com; kiru-isis@hotmail.com



## INTRODUCTION

The Global Minimum Essential Requirements is a set of minimum competencies for a medical doctor developed by The Institute for International Medical Education (IIME). This concept has inspired the development of the Indonesian National Standard of Competency for Medical Education. Following the government's decision to implement the Competence Based Curriculum (CBC) in medical education throughout the country, all Faculties of Medicine in Indonesia started to develop their curriculum based on that national standard including the Faculty of Medicine Universitas Gadjah Mada (FM GMU).<sup>1</sup>

The FM of GMU has been developing skills training programmes since 1992. In the skills lab, students practice their skills until they are competent enough based on a skills training curriculum that matches the competency-based curriculum that is being developed. Students need time and effort to master a skill and to reach the highest level of clinical competence possible based on the CBC, in addition to the system that already exists.<sup>2</sup>

After finishing pre clinical level, students entering clinical rotation in the real clinical environment. There is a problems during this transition period.<sup>3</sup> Students encounter problems when they have to implement their clinical skills taught in skills lab to the real patients.<sup>4</sup>

Realizing those problems above, innovation should be taken to modify the pre-clinical skills training in the laboratory. Collaboration between skills laboratory and real clinical environments for undergraduate students practice was recommended by Dornan et al.<sup>5</sup> Early clinical experiences have many advantages to prepare students entering clerkship, it give pictures to the students about clinical realities, improve clinical reasoning abilities, learn how to collaborate with other health workers, etc.

Therefore, preparation of suitable clinical environments will be needed for the students to practice their skills, such as; Puskesmas, District Hospital, or Teaching Hospital.

## METHOD

This is a descriptive quantitative study, using a cross sectional methods. Data collection using survey questionnaires to 76 clerkship students in Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada. The instrument already validated by Emilia (2003) in the context of

clinical rotation. It contains of 28 items, which is divided into 7 domains. The seven domains were "autonomy" (4 items), "supervision" (4 items), "social support" (5 items), "workload" (4 items), "role clarity" (3 items), "emphasis on teaching and learning" (5 items), and "variety" (3 items).<sup>6</sup>

Survey conducted by approaching students in their clinical rotation in three clinical environments; Puskesmas as primary care, Klaten Hospital as secondary care, and Department Internal Medicine, Sardjito Hospital as tertiary care/ teaching hospital. Clerkship students were voluntary asked to fill out the questionnaires and get small reward from the research team.

The data was analyzed using One Way ANOVA for each subscale of the questionnaire using SPSS 16.0.

## RESULTS AND DISCUSSION

A total number of 76 respondents in the department of internal medicine in Sardjito Hospital, Klaten Hospital, and 11 Puskesmas were recruited for this study. Data was analyzed based on their gender, marital status and learning environment, namely Sardjito Hospital, Klaten Hospital and Puskesmas, and opportunity to practice skills. All of the respondents were between ages of 22 to 29 years old, with the majority of the respondents are of 23 (38.4%) and 24 (46.6%) years of age, followed by 6.4% being 25 years of age. There were 41 female respondents and 35 were male. Six respondents were married, the rest were single.

In general, Puskesmas was a better clinical learning environment compared to Sardjito Hospital and Klaten Hospital for undergraduate students practicing their clinical skills. However, Puskesmas scored low in domains of teaching and learning and variety. Puskesmas was better than the other two environments in the scales for autonomy, social support, and role clarity. Sardjito Hospital was the best clinical learning environment for the scales of supervision, workload, emphasis on teaching and learning and variety. A very good score was obtained especially for emphasis on teaching and learning, see Table 1.

Table 1. ANNOVA test results comparing learning environment scores between 3 clinical settings

Scales/ Environment Learning Environment	Sardjito Hospital		Klaten Hospital		Puskesmas		F	p	Total
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
	12.96	2.05	12.36	1.72	13.01	1.57	10.44	0.00	12.78
AU	11.44	2.90	12.25	2.43	14.25	2.24	38.24	0.00	12.65
SU	12.44	2.90	11.60	2.56	12.41	2.40	7.51	0.00	12.15
SS	15.53	3.56	14.78	2.74	16.71	2.54	16.26	0.00	15.67
WL	12.88	2.46	11.85	2.33	12.26	1.93	3.85	0.03	12.33
RC	9.49	2.10	9.55	1.66	10.49	1.66	10.54	0.00	9.84
ETL	18.85	3.21	17.40	2.95	15.07	3.30	23.5	0.00	17.01
VA	10.07	2.27	9.07	1.73	9.26	1.83	3.48	0.04	9.47

There are differences in the mean scores of the learning environment between Dr Sardjito Hospital, Klaten Hospital and Puskesmas. Puskesmas has the highest mean score of (13.01), followed by Sardjito Hospital (12.96) and Klaten Hospital (12.36). This shows that students perceive that primary health care is the most conducive environment for learning. Training in rural settings stimulates greater competence, confidence and organizational skills in nursing students compared to training in metropolitan settings.<sup>7</sup>

In the first domain, autonomy, the highest mean was scored by the Puskesmas (14.25), followed by Klaten Hospital (12.25) and Sardjito Hospital (11.44). In the Puskesmas, very often, there is only one senior doctor or resident in charge of the facility. Hence this provides an opportunity for students doing their clinical rotation to be more involved in the health care service. Sardjito Hospital and Klaten Hospital are teaching hospitals and referral hospitals, they have much more staff and students, meaning that students's opportunity to practice their skills has to be shared. Research suggests that when educators are more supportive of student autonomy, students not only display a more humanistic orientation toward patients but also show greater conceptual understanding and better psychological adjustment.

In the second domain, supervision, Sardjito Hospital and Puskesmas scored almost the same means, 12.44 and 12.41 respectively. Klaten Hospital scored a slightly lower mean. Sardjito Hospital is the main teaching

hospital, hence it is expected that the students receive appropriate guidance and support from the staff and residents in learning and practice activities. Kilminster and Jolly<sup>8</sup> defined supervision as the provision of monitoring, guidance and feedback on matters of personal, professional and educational development in the context of the doctor's care of patients. The less busy working atmosphere of the Puskesmas may also give the staff and residents at this faculty more time and patience to provide the guidance, attention and feedback needed by the students. This is important as according to students' perceptions, providing observation and constructive feedback are key features of effective clinical learning experiences.<sup>9</sup> Although Klaten Hospital is also a teaching hospital, guiding and teaching may not be as much of a priority as in Sardjito Hospital.

The Puskesmas scored the highest mean for social support (16.71), followed by Sardjito Hospital (15.53) and Klaten Hospital (14.78). At the Puskesmas, the undergraduate medical students feel accepted, recognized and valued as members of the team by hospital staff and peers probably because they are given a higher level of responsibility and are trusted with more tasks as discussed earlier.

For the domain workload, the means are almost the same between Sardjito Hospital, Klaten Hospital and Puskesmas at 12.88, 11.85 and 12.26. Sardjito Hospital probably scored the highest because as discussed earlier, there are many undergraduate medical students, residents

and trainee nurses who can share the workload, hence the task requirements in the rotation enables a reasonable balance between clinical activities and learning.

For role clarity, the means for the three settings are 10.49, 9.55 and 9.49, with the Puskesmas scoring the highest and Sardjito Hospital scoring the lowest mean. Being more independent at the Puskesmas may have contributed to the students perception of having better role clarity, as they can feel what it is like to be a health care provider at a basic and community level.

Sardjito Hospital scored the highest mean for emphasis on teaching and learning (18.85), followed by Klaten Hospital and Puskesmas at 17.40 and 15.70 respectively. The first two hospitals mentioned are teaching hospitals; this may explain why the teaching staff at the departments facilitate application of knowledge and skills practice better than at the Puskesmas. To further support this opinion, Hofman and Donaldson<sup>10</sup> described three major contextual tensions that affect teaching and learning in the clinical environment: 1) patient census, that is the number of patients, the types of illnesses, and the pace at which patients move through the healthcare system; 2) the pace at which ongoing patient care activities are taking place; and 3) the multiple and conflicting responsibilities of the team, that is, the challenge of appropriately allocating time to teaching, learning, patient care and other commitments.

In the variety domain, Sardjito Hospital scored the highest mean at 10.07. Since this hospital is a main teaching hospital as well as the top referral hospital, it is expected

that there is diversity and variety in learning experience. Although the Puskesmas scored the highest mean for the overall learning environment, it is weak especially in the domains of emphasis on teaching and learning and variety. Sardjito Hospital scored the highest means in 4 domains compared to only 3 domains for Puskesmas. Sardjito Hospital has the potential as a good learning environment especially because it scored very well compared to the others in the domain of emphasis on teaching and learning. It is also a good environment as it shows to have variety in its learning experience.

Looking at the opportunity to practice, Klaten Hospital scored the highest mean for skills practice opportunity at 38.03 with SD  $\pm 2.27$  followed by Sardjito Hospital (mean = 37.99, SD  $\pm 2.90$ ), and Puskesmas (mean = 36.96, SD  $\pm 2.75$ ). The F and p values were 7.41 and 0.00 respectively (Table 2). Primary health care was good in providing opportunity for learning examination and emergency cases, while in district hospital students learnt more interpersonal communication, examination and injection/IV line insertion. In tertiary hospital, in fact, students learnt more anamnesis, basic physical examination, vital signs measurement, aseptic technique and ECG examination.

There is no relationship between skills practice opportunity and gender. Both male and female students had similar opportunities in the three clinical settings. At least 87.8% of students reported for having 'enough' practice opportunities in Sardjito Hospital. This number is even higher in Klaten Hospital and the Puskesmas (97.3%). Marital status showed no relationship with the skills practice opportunity.

Table 2. ANNOVA test results comparing means of skills practice opportunity by skills between 3 clinical settings

Learning Environment/ Skills	Sardjito Hospital		Klaten Hospital		Puskesmas		F	p	Total
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
Interpersonal Communication	3.89	0.46	3.90	0.30	3.88	0.41	0.21	0.82	3.89
Basic Physical Examination	3.95	0.28	3.92	0.36	3.93	0.35	1.63	0.85	3.93
Vital Signs Measurement	3.95	0.28	3.89	0.39	3.90	0.38	1.07	0.35	3.91
Aseptic Technique	3.75	0.57	3.74	0.50	3.66	0.61	0.77	0.47	3.72
Intravenous Infusion/ Injection	3.49	0.80	3.70	0.59	3.53	0.67	5.28	0.01	3.57
Abdominal Examination	3.85	0.43	3.75	0.52	3.86	0.38	1.86	1.16	3.82
Thorax Examination	3.90	0.41	3.92	0.27	3.82	0.45	2.20	0.12	3.88
Trauma/ Emergency	3.51	0.78	3.49	0.59	3.92	0.63	2.45	0.09	3.64
Anamnesis	3.92	0.28	3.88	0.33	3.75	0.47	3.94	0.02	3.85
ECG Examination	3.78	0.71	3.71	0.57	3.12	1.12	4.74	0.00	3.54

For skills practice opportunity, Klaten Hospital scored the highest means (38.03) followed by Sardjito Hospital (37.99) and Puskesmas (36.96). The p value is less than 0.05. It is unclear why skills practice opportunities are better in Klaten Hospital. However, as discussed earlier, the students also have a very good chance to perform their skills independently at the Puskesmas. Improving the learning environment in Sardjito Hospital and Puskesmas will increase the skills practice opportunity in those settings as there is a positive correlation between the two variables.

A chi-square analysis was used to find a relationship between gender and skills practice opportunity. The results obtained were not significant differences of skills practice opportunity in Sardjito Hospital, Klaten Hospital and Puskesmas, among male and female students. However, based on the frequencies of males and females who reported to having 'not enough' and 'enough' practice opportunities, a few things can be discussed. A total of 87.8% of students reported to having 'enough' practice opportunities in Sardjito Hospital. In Klaten Hospital and the Puskesmas this value was 97.3%. For Sardjito Hospital, 18.8% of the males did not have enough opportunities while the figure for females was 12.2%. In

Klaten Hospital, 6.3% of the males reported their skills practice opportunities as 'not enough' while all the females had 'enough' opportunities. For the Puskesmas, 3.1% of the males and 2.4% of females did not have enough opportunities. From these figures, it is shown that the females seem to have better opportunities to perform skills in the clinical setting. A longitudinal study that examined students on their first clinical firms showed that men and women have significant differences when interacting with the learning environment.<sup>11</sup> In both, a perception that bad events in the learning environment were persistent and pervasive appeared to be causal of high achievement in tests of knowledge. In men this was dominantly mediated through fear of negative evaluation and anxiety. In women the path appeared to be direct and associated with a sense of reduced self efficacy. The difference in these values could also be related to the initiative, interest, diligence and responsibility of the individual students themselves.

The skills practice opportunity showed differences among married and unmarried students. But the number was too small to be analysed further. A total of 84.9% of the students had 'enough' opportunities while 97.3% of the students in both Klaten Hospital and Puskesmas had

'enough' opportunities. Single student had higher (88%) chances for having enough practice opportunities compared to married students (50%). Many factors could possibly cause this differences such as difficult to manage time, difficult to get along with other students, or perhaps family problems.

### CONCLUSION

Puskesmas is a better clinical learning environment compared to Sardjito Hospital and Klaten Hospital for undergraduate students practicing their clinical skills. This study showed that each clinical setting have its own positive features. The learning environments showed relationship with skills practice opportunity. Skills practice opportunity was not related with gender or marital status of students.

### SUGGESTIONS

Further studies with more samples should be undertaken to explore more detail for each clinical learning environment. More qualitative data from the students should be obtained to explore the clinical learning environments. Students should be prepared before learning indifferent clinical setting, as they will encounter different challenges during the rotation.

### REFERENCES

1. Savitri T. Perumusan kompetensi dokter di Indonesia. *Jurnal Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan Indonesia*. 2005;1:11-7.
2. Patrick J. *Training: research and practice*. London: Academic Press; 1992.
3. Prince KJAH, Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPM, Boshuizen HPA. Students opinions about their preparation for clinical practice. *Med Ed*. 2005;39:704-12.
4. Smith B. From simulation to reality-breaking down the barriers. *The Clin Teach*. 2006;3(2): 112-7.
5. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach*. 2006;28:3-18.
6. Emilia O. *The relationship between the clinical learning environment and the approaches to learning of medical students [dissertation]*. Sidney: University of New South Wales; 2003.
7. Edward H, Smith S, Courtney M, Finlayson K, Chapman H. The impact of clinical learning placement location on nursing students competence & preparedness for practice. *Nurse Education Today*. 2004;24(4):248-55.
8. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Ed*. 2000;34:827-40.
9. Van der Hem-Stokroos HH, Daelmans HEM, van der Vleuten CPM, Haarman HJThM, Scherpbier AJJA. A qualitative study of constructive clinical learning experiences. *Med Teach*. 2003;25:120-6.
10. Hofman KG, Donaldson JE. Contextual tensions of the clinical environment and their influence on teaching and learning. *Med Ed*. 2004; 38:448-54.
11. de Saintonge DMC, Dunn DM. Gender and achievement in clinical medical students: a path analysis. *Med Ed*. 2001;35(11):1024-33.

# KEEFEKTIFAN METODE *MICROSKILL* UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS SUPERVISI KLINIK

Sunarko\*, Ova Emilia\*\*, Harsono Mardiyoto\*\*

\* Program Studi Keperawatan Magelang, Poltekes Kemenkes Semarang

\*\* Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

## ABSTRACT

**Background:** Clinical education requires competent supervisor to guide student. Supervisory competency should be trained and closely monitored to ensure quality learning process taking place. The aim of this study is to evaluate the effect of micro-skill supervisory model to improve the supervision quality among nursing student.

**Method:** The research used quantitative approach with quasi experimental design. Subject consisted 91 students of the third year Nursing students at Magelang Health Polytechnic. Students were divided into two groups: intervention group (44 students) and control group (47 students) using purposive sampling. Research questionnaire consisted of 21 items which were derived from 5 micro skill domains was used. Intervention was supervision using micro-skill model during 2 weeks in a rotation of clinical practice.

**Results:** There was no difference of quality clinical supervision was used in the control group while in experiment group the pre and post test score was significantly different. The experiment group had higher quality of supervision. The study showed that only 9 items showed significant improvement of supervision and 12 items did not show any improvement.

**Conclusion:** Clinical teaching using micro skill model is more effective in improving the quality of nursing student clinical supervision compare to the conventional method.

**Keywords:** Nursing education, micro skill, one-minute preceptor, clinical supervision, supervisor, clinical teaching

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pendidikan klinik membutuhkan supervisor yang mempunyai kemampuan dalam membimbing praktik klinik mahasiswa. Untuk mencapai kemampuan itu, mereka harus disiapkan sesuai dengan kondisi yang dibutuhkan. Penelitian ini bertujuan untuk menilai pengaruh pembelajaran klinik model *microskill* terhadap kualitas supervisi klinik pada mahasiswa keperawatan.

**Metode:** Pendekatan penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain penelitian eksperimental semu. Subjek penelitian terdiri dari 91 mahasiswa tahun ketiga Program Studi Keperawatan Magelang Politeknik Kesehatan Departemen Kesehatan Semarang. Kelompok eksperimen terdiri dari 44 mahasiswa dan kelompok kontrol terdiri dari 47 mahasiswa dengan metode pengambilan sampel *purposive sampling*. Kuesioner penelitian terdiri dari 21 item yang dikembangkan dari 5 domain *microskills*. Intervensi yang diberikan adalah model pembelajaran klinik model *microskill*, yang dilakukan selama 2 minggu dalam 1 rotasi praktik klinik.

**Hasil:** Tidak ada perbedaan kualitas supervisi klinik antara *pretest* dan *posttest* pada kelompok kontrol, sedangkan pada kelompok eksperimen ada perbedaan signifikan. Kualitas supervisi juga berbeda signifikan antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Dari analisis perbedaan *mean* dari 21 item, 9 item mengalami peningkatan kualitas supervisi, sedangkan 12 item tidak mengalami peningkatan.

**Kesimpulan:** Pembelajaran klinik menggunakan model *microskill* lebih efektif jika dibandingkan dengan pembelajaran klinik yang konvensional, dalam meningkatkan kualitas supervisi klinik.

**Kata kunci:** pendidikan keperawatan, *microskills*, one-minute preceptor, supervisi klinik, pembimbing klinik, pembelajaran klinik.

---

Korespondensi: sunarko181@gmail.com; 0293-365185

## PENDAHULUAN

Pendidikan klinik memerlukan dukungan kemampuan supervisor klinik dalam membimbing agar peserta didik mampu mengembangkan kemampuan klinik, penalaran klinik dan profesionalismenya.<sup>1</sup> Pembelajaran klinik menuntut mahasiswa untuk berpartisipasi aktif dalam berfikir dan berperilaku profesional. Untuk mencapai target kompetensi dan juga menghindari permasalahan yang kompleks dalam pendidikan klinik maka diperlukan proses bimbingan yang terus-menerus dan terencana.<sup>2</sup>

Salah satu faktor penentu keberhasilan pendidikan klinik adalah pembimbing harus mengetahui tujuan pendidikan klinik dan menjelaskannya kepada mahasiswa. Selain itu, di dalam pemberian *feedback* hendaknya pembimbing menggunakan teknik yang konstruktif. Pembimbing klinik harus mendapat pelatihan agar menjadi pembimbing yang efektif termasuk dalam hal tata cara evaluasi mahasiswa.<sup>3</sup> Squires<sup>4</sup> mengemukakan bahwa pendidikan klinik membutuhkan supervisor klinik yang mempunyai kemampuan membimbing mahasiswa. Untuk mencapai kemampuan itu, mereka harus dipersiapkan agar mencapai kondisi yang diinginkan.

Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang, merupakan institusi pendidikan yang menghasilkan tenaga kesehatan. Sesuai dengan visinya yaitu mandiri dan unggul dengan salah satu misinya yaitu melaksanakan kegiatan pendidikan dan pengajaran ilmu pengetahuan dan teknologi mutakhir bidang kesehatan kepada mahasiswa, sudah semestinya program pengajaran dan praktik klinik menerapkan hasil-hasil penelitian yang terkini di bidang kesehatan. Hal ini untuk menunjang mutu lulusan yang diharapkan dapat bersaing di tingkat regional maupun global.

Salah satu Program Studi yang ada adalah Program Studi Keperawatan Magelang yang menghasilkan perawat kesehatan. Untuk menghasilkan lulusan yang bermutu diperlukan proses pendidikan yang bermutu, baik proses belajar mengajar di kelas maupun proses bimbingan kliniknya. Dalam hal bimbingan klinik, metode bimbingan yang diterapkan oleh institusi yaitu *bedside teaching*, meskipun di lapangan sekitar 40% dosen pembimbing klinik belum memahami metode tersebut. Sehingga model bimbingan yang diterapkan di tempat praktik klinik cenderung sesuai dengan gaya bimbingan masing-masing dosen pembimbing klinik. Belum

seragamnya model bimbingan yang baku mungkin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas bimbingan. Oleh karena itu diperlukan suatu model bimbingan yang lebih mudah dipahami sekaligus mudah dilakukan oleh seluruh dosen pembimbing klinik.

Menurut penilaian mahasiswa, sekitar 50% mahasiswa menyatakan bahwa bimbingan praktik klinik yang diberikan kepada mahasiswa masih dalam bentuk seperti perkuliahan di kelas. Dalam hal ini dosen pembimbing klinik lebih menekankan pembuatan laporan praktik klinik daripada memberikan bimbingan klinik selama proses kegiatan klinik, selain itu target pembuatan laporan praktik klinik dirasakan sangat membebani mahasiswa. Mahasiswa disibukkan dalam menyusun laporan praktik klinik, sehingga pencapaian keterampilan klinik menjadi tidak maksimal.

Di samping itu, sekitar 30% dosen pembimbing praktik klinik dalam memberikan bimbingan klinik belum menaati jadwal yang ditetapkan oleh institusi. Sehingga mahasiswa terpaksa berkonsultasi dengan pembimbing di kampus pada saat mahasiswa praktik klinik. Hal ini membuat waktu praktik klinik akan tersita hanya untuk konsultasi pembuatan laporan praktik klinik di kampus.

Dari latar belakang tersebut diperlukan suatu pendekatan pembimbingan untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan pembelajaran klinik model *micro skill* untuk meningkatkan kualitas supervisi klinik mahasiswa keperawatan.

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan rancangan penelitian eksperimen semu. Subjek penelitian terdiri dari 91 mahasiswa tahun ketiga Program Studi Keperawatan Magelang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang. Kelompok perlakuan dipilih pada dua RS terdiri dari 44 mahasiswa (11 orang laki-laki dan 33 orang perempuan) dan kelompok kontrol dipilih dari dua RS yang berbeda terdiri dari 47 mahasiswa (14 orang laki-laki dan 33 orang perempuan). Pemilihan RS dilakukan secara acak. RS terpilih yaitu di RSUD Tidar Magelang, RSUD Kabupaten Magelang, RSUD Djojonegoro Temanggung, dan RSJ Prof. dr. Soeroyo Magelang. Kuesioner penelitian terdiri dari 21 aitem yang dikembangkan dari 5 domain *microskill*. Intervensi yang diberikan adalah

proses pembimbingan dengan menggunakan model *microskill*, yang dilakukan selama 2 minggu dalam 1 rotasi praktik klinik. Analisis data yang dipakai menggunakan uji beda *t-test*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada penelitian ini seluruh kuesioner mahasiswa dikembalikan kepada peneliti (*response rate* 100%). Usia rata-rata responden adalah 20,48 tahun. Adapun dosen yang memberikan bimbingan klinik seluruhnya

berjumlah 11 orang, terdiri dari 6 laki-laki dan 5 perempuan. Dosen di kelompok kontrol sejumlah 6 orang, terdiri dari 3 laki-laki dan 3 perempuan dengan pendidikan S2 sejumlah 2 orang dan S1 sejumlah 4 orang. Sedangkan pada kelompok perlakuan jumlah dosennya adalah 5 orang terdiri dari 3 laki-laki dan 2 perempuan, seluruhnya berpendidikan S2.

Kualitas supervisi klinik sebelum dan sesudah rotasi klinik pada kedua kelompok tampak pada Tabel 1.

Tabel 1. Kualitas supervisi klinik kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

Variabel	Kelompok	Kontrol		Perlakuan	
		Mean	SD	Mean	SD
Kualitas Supervisi Klinik	Pretest	2,48	0,22	2,50	0,23
	Posttest	2,54	0,29	2,76	0,26
	Mean change	0,06	0,14	0,24	0,15
	T		-1,82		-8,31
	p value		0,08		0,00

Pada kelompok kontrol perubahan persepsi kualitas supervisi klinik tidak bermakna ( $p=0,08$ ) sedangkan pada kelompok perlakuan perubahan tersebut bermakna. Bila dibandingkan perubahan *mean* kualitas supervisi klinik

antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan, terdapat perbedaan signifikan seperti ditunjukkan pada Tabel 2.

Tabel 2. Kualitas supervisi klinik antara *mean* kelompok kontrol dan *mean* kelompok perlakuan

Variable	Mean	Std. Deviation	Mean difference	T	P value
Kelompok kontrol	0,06	0,14	0,20	-4,57	0,00
Kelompok perlakuan	0,24	0,15			

Untuk menganalisis aitem perubahan dalam kualitas supervisi dilakukan *t test* (Tabel 3). Dari hasil analisis ini didapatkan 9 aitem yang signifikan berubah dari total 21 aitem. Aitem yang berubah signifikan menunjukkan aitem dalam supervisi yang mungkin lebih mudah untuk diubah, aitem berikut dinilai berbeda signifikan, “dosen pembimbing praktik klinik memberikan kesempatan untuk mempresentasikan kasus pasien”, “menanyakan rencana keperawatan pasien”, “menanya-

kan rencana keperawatan yang telah dilakukan”, “meminta untuk memberikan data yang mendukung diagnosis keperawatan yang disampaikan”, “memberikan pujian apabila tindakan yang dilakukan benar”, “memberikan cara bagaimana menghindari kesalahan”, “mengajarkan konsep seputar kasus yang dipresentasikan”, “mendorong mengaplikasikan konsep dalam melakukan praktik klinik”, “membimbing dengan rasa percaya diri”.



Tabel 3. Skor kualitas supervisi klinik antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan

Persepsi Aitem	Tabulasi Data Kualitas Supervisi Klinik						Mean difference in change between group	t-test
	Kelompok Kontrol			Kelompok Perlakuan				
	Pre	Post	Change	Pre	Post	Change		
1	2.43	2.47	0.04	2.36	2.84	0.48	0.44	2.93*
2	2.83	3.04	0.21	2.75	3.07	0.32	0.11	0.78
3	2.68	2.72	0.04	2.57	2.95	0.38	0.34	2.12*
4	2.79	2.72	-0.07	2.50	2.73	0.23	0.30	2.00*
5	2.70	2.81	0.11	2.64	3.02	0.38	0.27	1.69*
6	2.68	2.70	0.02	2.55	2.75	0.20	0.18	1.05
7	2.57	2.68	0.11	2.57	2.77	0.20	0.09	0.56
8	2.55	2.87	0.32	2.91	3.11	0.20	-0.12	-0.80
9	2.13	2.11	-0.02	2.07	2.11	0.04	0.06	0.40
10	2.06	2.09	0.03	2.07	2.48	0.41	0.38	2.23*
11	2.09	2.13	0.04	2.34	2.64	0.30	0.26	1.62
12	2.79	3.15	0.36	3.05	3.39	0.34	-0.02	-0.11
13	2.30	2.53	0.23	2.32	2.73	0.41	0.18	1.12
14	2.49	2.45	-0.04	2.68	2.64	-0.04	0.00	0.00
15	2.30	2.13	-0.17	2.30	2.45	0.15	0.32	2.00*
16	2.57	2.51	-0.06	2.64	2.64	0.00	0.06	0.37
17	2.51	2.34	-0.17	2.55	2.68	0.13	0.30	1.76*
18	2.49	2.49	0.00	2.48	2.77	0.29	0.29	1.81*
19	2.23	2.38	0.15	2.32	2.66	0.34	0.19	1.26
20	2.49	2.57	0.08	2.55	2.86	0.31	0.23	1.43
21	2.55	2.51	-0.04	2.45	2.70	0.25	0.29	1.81*

\* Signifikan pada  $P < 0.05$  menggunakan *t-test* untuk perbedaan *mean* pada aitem pertanyaan. Lihat deskripsi item pada lampiran.

### Pengaruh Model *Microskill* pada Kualitas Supervisi Klinik

Hasil penelitian dalam konteks pendidikan perawat ini menunjukkan perbedaan kualitas supervisi klinik antara model *microskill* dan konvensional. Hasil penelitian ini sesuai penelitian Furney<sup>5</sup> bahwa pembimbingan klinik menggunakan model *microskill* meningkatkan kualitas supervisi pada residen. Residen yang memperoleh bimbingan klinik menggunakan model *microskill* menunjukkan kepuasan dan terjadi peningkatan motivasi untuk membaca lebih jauh. Bowen<sup>6</sup> melaporkan bahwa peserta *workshop one-minute preceptor* menunjukkan peningkatan partisipasi *bermain peran* dan merasa puas dengan *workshop* yang diberikan.

Hasil yang sejalan tersebut menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan sama efektifnya meskipun dalam konteks pendidikan profesi yang berbeda. Meskipun tugas dalam proses pemberian feedback antara

peran *cure* dan *care* memang berbeda, tetapi alur interaksi yang dipakai antara seorang pembimbing dan mahasiswa tidak banyak berbeda. Misalnya jika mahasiswa kedokteran menegakkan diagnosis penyakit, sedangkan mahasiswa keperawatan menegakkan diagnosis keperawatan. Alur interaksi yang dipakai sama mulai dari memberikan komitmen berkonsultasi, bertanya-jawab dengan pembimbing, pemberian *feedback* oleh pembimbing dan juga merumuskan hal yang telah dipelajari ataupun yang perlu dipelajari lebih lanjut.

### Perubahan Kualitas Supervisi Klinik berdasarkan Aitem Pertanyaan

Dari 21 aitem persepsi mahasiswa terhadap kemampuan dosen pembimbing klinik, terdapat 9 aitem yang signifikan berubah dengan memakai model *microskill*. Aitem tersebut terkait dengan lima tahap *microskills* yang terstruktur. Pada model ini “dosen pembimbing praktik

klinik memberikan kesempatan untuk mempresentasikan kasus pasien” karena memang langkah satu harus memberikan kesempatan mahasiswa berinisiatif. Pendidikan klinik memerlukan peran aktif dan mandiri dari mahasiswa sehingga kesadaran pembimbing untuk memberi kesempatan kepada mahasiswa menjadi langkah awal keberhasilan bimbingan. Langkah kedua, dalam menjalin interaksi dengan mahasiswa tampak pembimbing sudah menunjukkan struktur yang jelas yaitu dengan “menanyakan rencana keperawatan pasien”, “menanyakan rencana keperawatan yang telah dilakukan”, “meminta untuk memberikan data yang mendukung diagnosis keperawatan yang disampaikan”. Seringkali yang terjadi langkah kedua ini gagal dilakukan karena pembimbing langsung memberikan kritik dan menyalahkan mahasiswa sehingga proses bimbingan tidak berlanjut. Mahasiswa perlu digali lebih lanjut untuk menunjukkan pemahaman mereka secara komprehensif dan juga pembimbing dapat mengetahui aspek yang perlu diajarkan lebih lanjut. Langkah ketiga dan keempat berlangsung lebih baik karena pembimbing mulai “memberikan pujian apabila tindakan yang dilakukan benar” dimana hal ini jarang dilakukan pada model konvensional. Model bimbingan ini juga memperkuat pembimbing dalam “memberikan cara bagaimana menghindari kesalahan”, “mengajarkan konsep seputar kasus yang dipresentasikan”, “mendorong mengaplikasikan konsep dalam melakukan praktik klinik”. Secara keseluruhan mahasiswa merasakan bahwa bimbingan yang terstruktur dengan model *microskills* membuat pembimbing “membimbing dengan rasa percaya diri”.

Aitem yang tidak signifikan ada 12 buah yang mencakup langkah dua hingga lima. Kesulitan atau tidak adanya perubahan tersebut menunjukkan bahwa aitem yang dimaksud sulit untuk diubah hanya melalui pelatihan ini. Aitem di langkah kedua yang sulit diubah adalah kemampuan dosen pembimbing klinik “menanyakan diagnosis keperawatan pasien”, “menanyakan data lain yang mendukung diagnosis keperawatan pasien”, “menanyakan mengapa diagnosis keperawatan itu bisa terjadi”. Dari data tersebut tampak bahwa dosen kurang memberikan pertanyaan yang mengembangkan kemampuan mahasiswa dalam berfikir klinik secara rasional. Pelatihan melakukan interaksi yang membangun kemampuan berfikir klinik mungkin diperlukan.

Langkah ketiga yaitu memberikan umpan balik yang positif merupakan kemampuan yang paling kurang

berubah. Di dalam langkah ini pembimbing kurang mampu mengubah caranya “memberikan komentar spesifik dalam menangani kasus pasien”, “memberikan komentar bahwa tindakannya sangat membantu pasien”, “membangkitkan rasa percaya diri”, “memberikan komentar yang berdampak positif”, “memberikan kesempatan untuk melakukan evaluasi diri atas asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien”. Tata cara pemberian umpan balik yang nyaman dan dapat diterima dengan baik seharusnya dikuasai oleh pembimbing. Langkah ke empat dan kelima juga perlu ditingkatkan yaitu sesegera mungkin “memberikan koreksi bila melakukan kekeliruan”, “menasehati agar kesalahan yang dilakukan tidak terulang di masa yang akan datang”, “memberikan kesempatan untuk mendiskusikan kasus yang dihadapi”, dan “memberikan instruksi yang mudah diingat”.

Dari 12 aitem yang tidak signifikan di atas, secara tidak langsung ditunjukkan bahwa dalam praktik keperawatan pembimbingan masih belum mendapatkan perhatian khusus. Memerlukan pelatihan untuk melakukan aitem-aitem supervisi di atas, sehingga menguasai kemampuan dan keterampilan adekuat dalam memberikan bimbingan. Pembelajaran klinik yang selama ini dilakukan oleh dosen pembimbing klinik sesuai dengan pengalaman, kemampuan, dan gaya dari masing-masing dosen pembimbing. Belum adanya keseragaman dalam sistem bimbingan yang diberikan kepada mahasiswa sehingga mahasiswa seringkali menyesuaikan dengan cara bimbingan yang diberikan oleh dosen pembimbing. Kemampuan supervisor klinik menjadi salah satu faktor yang penting dalam proses pembelajaran klinik.

Squires<sup>4</sup> menegaskan bahwa pendidikan klinik membutuhkan supervisor klinik yang mempunyai kemampuan membimbing mahasiswa. Untuk mencapai kemampuan itu, mereka harus dipersiapkan agar mencapai kondisi yang diinginkan. Hal ini diperkuat oleh Harden<sup>7</sup> bahwa salah satu faktor penentu keberhasilan pendidikan klinik adalah faktor supervisi klinik. Supervisi klinik yang berkualitas memerlukan pembimbing klinik yang kompeten dan profesional.

Hasil penelitian Furney<sup>5</sup> dinyatakan dalam analisis *mean difference*, dari 14 aitem kemampuan pembimbing hanya 5 aitem yang signifikan dan 9 aitem tidak signifikan. Adapun aitem yang mengalami peningkatan adalah “melibatkan dalam proses pengambilan keputusan”, “mengevaluasi pengetahuan, memberikan dorongan

untuk berbuat lebih baik”, “memberikan umpan balik secara teratur”, “memotivasi untuk selalu belajar”. Ada kesamaan hasil aitem yang mengalami peningkatan yaitu “kesempatan untuk mempresentasikan kasus pasien”, “menanyakan rencana keperawatan pasien”, “menanyakan rencana keperawatan yang telah dilakukan”, “meminta untuk memberikan data yang mendukung diagnosis keperawatan yang disampaikan”, dan “melibatkan dalam proses pengambilan keputusan”. Hal ini karena pembimbing merasa bertanggungjawab dalam hal untuk menggali kebutuhan belajar mahasiswa untuk membantu proses analisis mahasiswa terhadap kasus yang dihadapi.

Hal lain yang sama adalah “mendorong mengaplikasikan konsep dalam melakukan praktik klinik”, “memberikan pujian apabila tindakan yang dilakukan benar”, “memberikan cara bagaimana menghindari kesalahan”, “membimbing dengan rasa percaya diri”, dan “memberikan dorongan untuk berbuat lebih baik”, “memotivasi untuk selalu belajar”. Kesamaan ini karena seorang pembimbing klinik adalah sosok orang yang lebih senior yang senang jika melihat anak didiknya sukses sehingga pemberian motivasi merupakan hal yang penting untuk selalu diberikan kepada mahasiswa.

Persamaan dalam mengajarkan konsep seputar kasus yang dipresentasikan, dan mengevaluasi pengetahuan mahasiswa ini menunjukkan bahwa praktik klinik perlu selalu didukung dengan konsep yang sesuai, sehingga mahasiswa dengan bekal pengetahuan yang tepat akan mudah dalam melakukan praktik klinik. Tanpa pemahaman konsep akan terjebak pada ritual monoton dan hilangnya pemaknaan dari suatu pengalaman klinik yang diperoleh.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan perbedaan keterampilan dosen pembimbing dalam memberikan *feedback*. Pemberian *feedback* memerlukan pelatihan khusus, cara memberikan *feedback* yang positif dan *feedback* yang spesifik. Keterbatasan dosen pembimbing dalam keterampilan memberikan *feedback* mempengaruhi persepsi mahasiswa terhadap bimbingan yang dilakukan. Sejalan dengan fakta tersebut Frisch<sup>3</sup> mengemukakan bahwa pembimbing klinik harus mendapat pelatihan agar menjadi pembimbing yang efektif termasuk cara mengevaluasi mahasiswa. Salah satu faktor penentu keberhasilan pendidikan klinik adalah pembimbing harus mengetahui tujuan pendidikan klinik dan menjelaskannya kepada

mahasiswa. Khusus dalam hal pemberian *feedback* hendaknya pembimbing menggunakan teknik yang konstruktif dan spesifik.

Aitem yang tidak mengalami peningkatan secara signifikan kebanyakan adalah hal-hal yang berhubungan dengan keterampilan khusus pemberian *feedback* yang harus dimiliki oleh seorang pembimbing klinik. Keterampilan *feedback* membutuhkan pelatihan dan pembinaan khusus agar bisa diimplementasikan dengan baik dari pembimbing klinik. Sekedar pelatihan singkat pastilah belum memuaskan, oleh karena itu diperlukan penyegaran dan pembinaan yang berkelanjutan sehingga keterampilan ini menjadi semakin baik. Kurangnya perhatian pembimbing klinik untuk belajar dalam hal pemberian umpan balik akan mengurangi efektifitas kualitas supervisi klinik kepada mahasiswa.

McLeod<sup>1</sup> menjelaskan bahwa diperlukan perencanaan untuk mengidentifikasi proses yang mendukung tercapainya tujuan untuk memperoleh keterampilan dan mengajarkan mahasiswa di klinik. Pendidikan klinik perlu direncanakan secara sistematis, artinya dipikirkan mulai target kompetensi. Pendidikan klinik juga harus terstruktur, artinya tidak tergantung hanya pada apa yang ada di lapangan tetapi harus ditetapkan apa yang akan dicapai. Perencanaan ini bukan hanya di tingkat institusi pendidikan saja, tetapi juga menyangkut tempat pendidikan baik di rumah sakit atau tempat perawatan lainnya.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Model *microskills* lebih efektif untuk meningkatkan kualitas supervisi klinik mahasiswa keperawatan dibandingkan model konvensional.
2. Kualitas supervisi klinik yang mengalami peningkatan adalah pada aspek kinerja supervisor yang bersifat umum sedangkan kinerja supervisor yang membutuhkan keahlian khusus seperti pemberian *feedback* tidak mengalami peningkatan yang berarti.
3. Pembelajaran klinik model *microskills* merupakan model bimbingan klinik yang mudah untuk dipelajari dan mudah diterapkan dalam membimbing praktik klinik mahasiswa.

## SARAN

Beberapa saran yang dapat dirumuskan dari hasil penelitian ini adalah:

1. Mahasiswa pada masa orientasi perlu dilatih dalam model bimbingan klinik *micro skills*, sehingga ia akan memahami langkah-langkah bimbingan yang dilakukan, dapat melakukan persiapan dengan baik dan dapat memperoleh manfaat yang besar dari bimbingan tersebut.
2. Salah satu penentu keberhasilan pembelajaran klinik adalah kemampuan pembimbing klinik. Oleh karena itu pembimbing harus senantiasa mengembangkan diri, memantau, dan menjaga mutu bimbingan klinik serta mengikuti inovasi di bidang pendidikan kesehatan khususnya model bimbingan klinik. Hal ini bisa dilakukan dengan belajar melalui pelatihan-pelatihan ataupun memakai sumber daya yang sekarang tersedia luas.
3. Menerapkan inovasi di bidang pendidikan kesehatan khususnya pembelajaran klinik model *microskill* dalam memberikan bimbingan praktik kepada mahasiswa. Salah satunya dengan meningkatkan sumber daya manusia dengan mengikuti pelatihan inovasi pendidikan kesehatan dan belajar lebih lanjut dalam bidang pendidikan kesehatan dan kedokteran.

4. Bagi peneliti yang berminat pada permasalahan pembelajaran klinik, dapat mengembangkan variabel lain yang mempengaruhi kualitas supervisi klinik dan waktu penelitian yang lebih lama.

## DAFTAR PUSTAKA

1. McAlister L, Lincoln M, McLeod S, Maloney D, editors. Facilitating learning in clinical settings. London: Stanley Thornes, USA: Singular Press; 1997.
2. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: learning and teaching in the clinical environment. *BMJ*. 2003; 326:591-4.
3. Frisch SR, Boucher FG, Charbonneau S, Lapointe C, Turcotte R. Increasing the effectiveness of clinical supervision. *Can Med Assoc J*. 1984;131(6):569-72.
4. Squires BP. Improving clinical teaching: a sporadic or sustained effort? *Can Med Assoc J*. 1986;134:877-8.
5. Furney SL, Orsini AN, Orsetti KE, Stern DT, Gruppen LD, Irby DM. Teaching the one-minute preceptor. *J Gen Intern Med*. 2001; 16(9):620-4.
6. Bowen JL, Eckstrom E, Muller M, Janey E. Enhancing the effectiveness of one-minute preceptor faculty development workshops. *Teaching and Learning in Med*. 2006;18(1):35-41.
7. Harden RM, Crosby JR, Davis MH. AMEE guide no. 14 outcome-based education: part 1 an introduction to outcome-based education. *Med Teach*. 1999; 21(1):7-14.

**LAMPIRAN**

NO	PERNYATAAN
1	Dosen pembimbing praktik klinik memberikan kesempatan kepada saya untuk mempresentasikan kasus pasien.
2	Dosen pembimbing praktik klinik menanyakan kepada saya diagnosis keperawatan pasien.
3	Dosen pembimbing praktik klinik menanyakan rencana keperawatan pasien.
4	Dosen pembimbing praktik klinik menanyakan rencana keperawatan yang telah dilakukan.
5	Dosen pembimbing praktik klinik meminta saya untuk memberikan data yang mendukung diagnosis keperawatan yang saya disampaikan.
6	Dosen pembimbing praktik klinik menanyakan data lain yang mendukung diagnosis keperawatan pasien.
7	Dosen pembimbing praktik klinik menanyakan mengapa diagnosis keperawatan itu bisa terjadi.
8	Dosen pembimbing praktik klinik memberikan komentar yang tidak spesifik kepada saya dalam menangani kasus pasien.
9	Dosen pembimbing praktik klinik memberikan komentar bahwa tindakan saya sangat membantu pasien.
10	Dosen pembimbing praktik klinik memberikan pujian apabila tindakan yang saya lakukan benar.
11	Dosen pembimbing praktik klinik membangkitkan rasa percaya diri saya.
12	Dosen pembimbing praktik klinik memberikan komentar yang berdampak negatif kepada saya.
13	Dosen pembimbing praktik klinik memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan evaluasi diri atas asuhan keperawatan yang saya lakukan kepada pasien.
14	Dosen pembimbing praktik klinik sesegera mungkin memberikan koreksi bila saya melakukan kekeliruan.
15	Dosen pembimbing praktik klinik memberikan cara bagaimana menghindari kesalahan.
16	Dosen pembimbing praktik klinik menasehati saya agar kesalahan yang dilakukan tidak terulang di masa yang akan datang.
17	Dosen pembimbing praktik klinik mengajarkan konsep seputar kasus yang saya presentasikan.
18	Dosen pembimbing praktik klinik mendorong saya mengaplikasikan konsep dalam melakukan praktik klinik.
19	Dosen pembimbing praktik klinik memberikan instruksi yang mudah diingat.
20	Dosen pembimbing praktik klinik memberikan kesempatan kepada saya untuk mendiskusikan kasus yang dihadapi.
21	Dosen pembimbing praktik klinik membimbing saya dengan rasa percaya diri.

# KORELASI ANTARA LAMA STUDI DAN TINGKAT KECEMASAN MAHASISWA

Mohammad Bakhriansyah

Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Banjarbaru

## ABSTRACT

**Background:** Medical students face many changes when they entered higher education. These changes of learning occurred in competency-based curriculum compared to at high school learning such as approach of problem based learning and skills lab. The changes create anxiety for them. However, theoretically, anxiety decreases with longer exposure. The aims of this study were to find out the different of students' anxiety status when they were at semester 1 and 2. It was also to find out the correlation between the length of study and anxiety level.

**Method:** This was a descriptive study involving UNLAM medical students. 73 students were involved in this study at semester 1 and 88 students were involved in semester 2. Anxiety status was defined by using ADS questionnaire. Afterward the data were analyzed using Chi-square and Coefficient of Correlation at 95% level of confident.

**Results:** There was 20 students (37.4%) experiencing anxiety at semester 1 and 11 students (12.5%) at semester 2, the different was statistically different ( $p=0.000$ ). The correlation between the length of study and anxiety level was also statistically different ( $p=0.008$ ), with very weak negative correlation ( $p=0.188$ ).

**Conclusion:** There is a significant difference of anxiety level among medical students at semester 1 and 2. There is also significantly negative correlation between anxiety level and the length of study on medical students.

**Keywords:** anxiety, length of study, competency based curriculum

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Mahasiswa kedokteran menghadapi berbagai perubahan ketika memasuki jenjang pendidikan tinggi. Perubahan ini adalah perubahan pada kurikulum berbasis kompetensi dibandingkan dengan waktu mereka masih di sekolah menengah atas, seperti adanya pembelajaran berdasar masalah dan *skills lab*. Perubahan ini dapat memunculkan kecemasan, meski secara teori, semakin lama mereka berada pada sistem ini, semakin rendah kecemasannya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan status kecemasan ketika mahasiswa berada di semester 1 dan 2, serta untuk mengetahui korelasi antara lama studi dengan status kecemasan pada mahasiswa pada kurikulum berbasis kompetensi.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif terhadap 91 mahasiswa kedokteran angkatan 2010. Sebanyak 73 mahasiswa terlibat pada penelitian di semester 1, sedangkan di semester 2 sebanyak 88 orang. Status kecemasan ditentukan dengan menggunakan kuesioner ADS. Data selanjutnya dianalisis menggunakan uji Chi-square dan Koefisien Korelasi dengan tingkat kepercayaan 95%.

**Hasil:** Terdapat 20 mahasiswa (37,4%) yang mengalami kecemasan di semester 1 dan 11 mahasiswa (12,5%) di semester 2. Angka ini menunjukkan perbedaan yang bermakna ( $p=0,000$ ). Korelasi antara lama studi dengan status kecemasan secara statistik juga berbeda ( $p=0,008$ ), tetapi korelasinya sangat lemah ( $p=0,188$ ) dan arahnya negatif.

**Kesimpulan:** Terdapat perbedaan status kecemasan yang bermakna antara mahasiswa ketika berada di semester 1 dan semester 2 dan terdapat korelasi yang sangat lemah antara lama studi dengan status kecemasan.

**Kata kunci:** kecemasan, lama studi, Kurikulum Berbasis Kompetensi

---

Korespondensi: bakhriansyah@gmail.com

## PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, model kurikulum yang diterapkan di semua jenjang pendidikan di Indonesia adalah Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK). KBK dimaksudkan untuk dapat mencapai keunggulan bangsa, sehingga mampu bersaing di dunia.<sup>1</sup>

KBK merupakan seperangkat rencana dan pengaturan tentang kompetensi dan hasil belajar yang harus dicapai mahasiswa, prosedur penilaian, kegiatan belajar mengajar, dan pemberdayaan sumber daya pendidikan. KBK berorientasi pada pencapaian hasil yang dirumuskan dalam bentuk kompetensi.<sup>1,2</sup>

Salah satu perguruan tinggi di Indonesia yang telah menerapkan sistem pendidikan KBK adalah Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (FK UNLAM). FK UNLAM telah menerapkan kurikulum ini sejak tahun 2008.<sup>3</sup>

Perubahan paradigma pendidikan kedokteran yang digunakan oleh FK UNLAM dari pembelajaran yang berpusat pada dosen (*teacher-centred learning*) ke arah pembelajaran yang berpusat pada mahasiswa (*student-centred learning*) menjadikan mahasiswa dituntut untuk mengubah cara belajarnya, karena adanya perbedaan yang signifikan dengan metode yang diterapkan pada masa Sekolah Menengah Atas (SMA).<sup>4</sup> Perbedaan signifikan itu adalah metode pengajaran dan pembelajaran yang digunakan pada sistem KBK di Fakultas Kedokteran yang menggunakan perkuliahan, tutorial, diskusi pleno, kuliah pakar, belajar mandiri, praktikum, *skills lab*, *patient based learning* sedangkan pada saat SMA hanya menggunakan diskusi kelompok.<sup>4,5</sup>

Salah satu model pembelajaran yang diterapkan pada sistem KBK adalah *Problem based Learning* (PBL). PBL adalah model pembelajaran yang melibatkan siswa untuk memecahkan suatu masalah melalui tahap-tahap metode ilmiah sehingga siswa dapat mempelajari pengetahuan yang berhubungan dengan masalah tersebut dan sekaligus memiliki keterampilan untuk memecahkan masalah.<sup>6</sup>

Sistem pembelajaran dengan menggunakan PBL akan memicu munculnya kecemasan. Hal ini dapat terjadi karena arahan dalam belajar, tidak efektifnya sistem pembelajaran dan informasi yang kurang akurat, kelompok diskusi yang kurang dinamis dan tidak

terdapat sikap saling membantu antar peserta menjadi pemicu dalam timbulnya kecemasan.<sup>7</sup> Pembelajaran dengan sistem PBL dapat menjadi sumber dari ketegangan, frustrasi, kelemahan dan kecemasan bagi siswa.<sup>8</sup> Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa pada subyek penelitian yang mendapatkan *treatment* paparan kecemasan lebih lama, akan mengalami penurunan prevalensi kecemasan.<sup>9</sup>

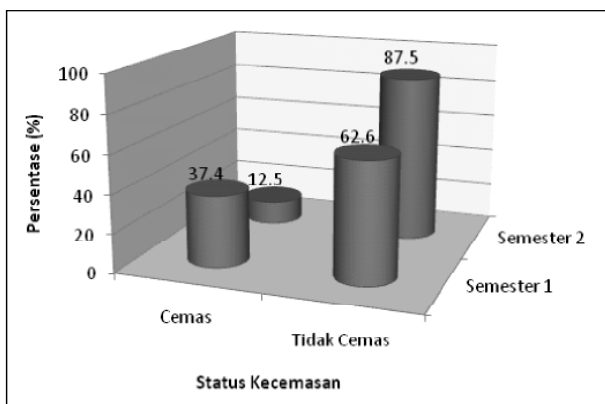
Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan permasalahan penelitian apakah terdapat perbedaan prevalensi kecemasan pada mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter FK UNLAM angkatan 2010 pada KBK di semester 1 dan semester 2 proses pembelajaran dan bagaimana korelasi antara lama studi dan kejadian kecemasan?

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *historical cohort* pada responden seluruh mahasiswa PSPD FK UNLAM angkatan 2010/2011. Angkatan ini dipilih karena merupakan angkatan paling baru di lingkungan FK UNLAM dan mereka berada pada masa penyesuaian diri dengan sistem pembelajaran baru di lingkungan pendidikan tinggi. Responden penelitian diberikan kuesioner *Anxiety Depression and Vulnerability Rating Scale* (ADS). Data diambil sewaktu mereka berada pada semester 1 dan semester 2. Kuesioner ADS digunakan untuk menilai adanya kecemasan pada mahasiswa tersebut. Apabila nilai yang diperoleh  $\geq 9$ , maka mahasiswa dinyatakan mengalami kecemasan. Sebelum mahasiswa mengisi kuesioner tersebut, mahasiswa diminta mengisi lembar informed consent sebagai bukti kesediaan menjadi subyek di dalam penelitian ini. Data selanjutnya dianalisis menggunakan uji statistik *Chi-square test* dan koefisien korelasi dengan tingkat kepercayaan 95%.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Saat dilakukan penelitian di semester 1, dari 91 mahasiswa ada 73 mahasiswa yang bersedia menjadi responden, sedangkan pada saat mereka berada di semester 2 sebanyak 88 orang yang mengisi kuesioner ADS dari 91 mahasiswa. Pada semester 1 ditemukan ada 20 orang (37,4%) mahasiswa yang mengalami kecemasan, sedangkan pada semester 2 angka ini menurun menjadi 11 orang mahasiswa (12,5%). Perubahan ini lebih jelas ditunjukkan pada Gambar 1.



Gambar 1. Grafik persentase (%) perubahan kecemasan pada mahasiswa program studi pendidikan dokter FK UNLAM semester I dan II

Penelitian di PSPD FK UNLAM ini melibatkan rata-rata 80,5 mahasiswa untuk masing-masing tahap. Pada penelitian tahap I di semester 1 terdapat *drop out rate* sebesar 20,00%, sedangkan pada penelitian tahap II di semester 2 *drop out rate* berkurang menjadi 3,30%.

Untuk menilai perbedaan status kecemasan di semester 1 dan 2 pada mahasiswa PSPD FK UNLAM angkatan 2010 dan korelasi antara lama studi dengan status kecemasan pada mahasiswa tersebut digunakan berturut-turut uji *Chi-square* dan *Korelasi Pearson* dengan tingkat kepercayaan 95%. Berdasarkan uji *Chi-square* terlihat bahwa nilai  $p=0,000$ . Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada status kecemasan mahasiswa angkatan 2010 PSPD FK UNLAM di semester 1 dan 2. Pada uji *Koefisien Korelasi* terlihat bahwa terdapat korelasi yang bermakna antara lama studi dengan status kecemasan ( $p = 0,008$ ), tetapi korelasi yang muncul bersifat sangat lemah ( $r=0,188$ ) dengan arah korelasi yang negatif (-). Artinya, semakin lama mahasiswa menempuh masa studi, maka semakin sedikit yang mengalami kecemasan. Data hasil pengujian statistik ini lebih jelas ditunjukkan pada Tabel 1 di bawah ini.

Tabel 1. Hasil analisis statistik kecemasan pada mahasiswa PSPD FK UNLAM angkatan 2010 di semester 1 dan 2

Analisis statistik	p	Interpretasi
Chi-square	0,000	Berbeda bermakna
Koefisien korelasi (Pearson)	0,008	Korelasi bermakna

Pendidikan dokter dianggap menjadi sumber kecemasan dan stres. Stres dan kecemasan meningkat secara bermakna pada mahasiswa terutama di tahun pertama pendidikan.<sup>10</sup> Selain masalah interpersonal yang dialami, masalah kesehatan mental seperti kecemasan, stres, depresi dan gangguan afektif sementara sangat mempengaruhi prestasi akademik mahasiswa.<sup>11</sup>

Pada penelitian ini terdapat 14 (37,4%) dari 73 mahasiswa yang mengalami kecemasan di semester I. Prevalensi ini mengalami penurunan pada semester II menjadi 11 (12,5%) dari 88 mahasiswa. Paparan yang lebih lama terhadap sumber kecemasan akan menurunkan tingkat kecemasan yang dialami subyek penelitian.<sup>9</sup> Hal tersebut sesuai dengan temuan pada penelitian ini. Jadi dapat diasumsikan bahwa mahasiswa memiliki kemampuan adaptasi yang baik terhadap perubahan metode belajar yang dijalankan di PSPD FK UNLAM. Kecemasan merupakan reaksi kejiwaan yang muncul akibat adanya permasalahan.<sup>12</sup> Gejala kecemasan yang sering dialami oleh seseorang yaitu memandang diri rendah, sulit untuk merasa senang atau pemurung, mudah menangis, tidak ada kepercayaan diri, mudah tegang dan gelisah, menghindari hal-hal yang tidak menyenangkan, jantung sering berdebar-debar, mulut terasa kering, berkeringat dan merasa takut mati.<sup>13</sup>

Berbagai sumber kecemasan yang dialami mahasiswa fakultas kedokteran dapat muncul dari berbagai metode pembelajaran. Sistem pembelajaran dengan menggunakan PBL akan menguatkan munculnya kecemasan karena kurangnya arahan dalam belajar, tidak efektifnya sistem pembelajaran dan informasi yang kurang akurat, kelompok diskusi yang kurang dinamis dan tidak terdapat sikap saling membantu antar peserta juga menjadi pemicu dalam timbulnya kecemasan.<sup>7</sup> Pembelajaran dengan sistem PBL dapat menjadi sumber dari ketegangan, frustrasi, kelemahan dan kecemasan bagi mahasiswa.<sup>8</sup> Kemudian siswa yang mengikuti sistem PBL memiliki tingkat yang lebih tinggi terhadap orientasi tujuan intrinsik, nilai tugas, menggunakan strategi elaborasi pembelajaran, berpikir kritis, metakognitif regulasi diri, pengaturan usaha, dan rekan belajar dibandingkan dengan siswa lain. Sebaliknya, tingkat kecemasan yang lebih tinggi didapatkan pada pelajaran tersebut.<sup>14</sup>

Hasil ini selaras dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan di beberapa negara, seperti di Malaysia, Pakistan, Arab Saudi, dan Republik Macedonia. Depresi



dan kecemasan adalah hal yang lazim ditemukan pada mahasiswa fakultas kedokteran dari negara-negara Arab sama halnya dengan mahasiswa kedokteran di negara lain.<sup>15</sup> Pada penelitian di Malaysia, 41,9% dari 396 mahasiswa pada fakultas kedokteran satu universitas lokal mengalami depresi.<sup>16</sup> Di Nishtar *Medical College* Multan Pakistan, dari 482 mahasiswa ditemukan ada 43,89% mahasiswa yang mengalami kecemasan dan depresi.<sup>17</sup> Sementara itu, dari 142 mahasiswa di *Medical College Karachi*, 70% mengalami depresi dan kecemasan.<sup>18</sup> Di *College of Medicine, Qassim University* Saudi Arabia, terdapat rata-rata 55% dari 393 mahasiswa yang mengalami kecemasan dan depresi. Meskipun demikian belum ditemukan adanya ide untuk bunuh diri.<sup>19</sup> Sementara itu pada mahasiswa pendidikan dokter di sekolah swasta di Malaysia, dari 252 mahasiswa yang terlibat penelitian, terdapat 46,2% mahasiswa yang mengalami gangguan emosi.<sup>20</sup> Dari 354 mahasiswa FK di Republik Macedonia yang terlibat penelitian, ditemukan ada 10,4% yang mengalami depresi dan 65,5% yang mengalami kecemasan. Bahkan, pada penelitian ini mahasiswa ditemukan menyalahgunakan obat dan zat aditif, seperti alkohol, rokok, dan obat penenang. Penyalahgunaan alkohol paling banyak ditemukan, sedangkan prevalensi merokok ditemukan pada 25% mahasiswa, dan penggunaan obat penenang golongan benzodiazepine sebesar 13,1% mahasiswa.<sup>21</sup>

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Zaid *et al* yang menyatakan bahwa gangguan emosional yang terjadi pada mahasiswa kedokteran berhubungan dengan lama studi, tekanan yang dihadapi sebelum ujian, dan tidak memiliki hubungan cinta. Namun, hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Inam dan Jadoon *et al*, yang menyatakan bahwa tidak ada pola tertentu pada status kecemasan dan depresi pada mahasiswa ditinjau dari lama studi.<sup>17, 19</sup>

Sementara itu, berdasarkan analisis statistik korelasi antara lama studi dengan status kecemasan pada penelitian ini adalah sangat lemah. Hal ini mengindikasikan bahwa banyak faktor lain yang lebih berpengaruh terhadap status kecemasan yang dialami oleh mahasiswa. Penyebab gangguan emosional baik berupa depresi, kecemasan, dan stres pada mahasiswa kedokteran bersumber dari:

1. Penyesuaian diri dengan lingkungan sekolah. Mahasiswa tahun pertama menghadapi masalah-masalah seperti lepas dari keluarga dan teman

serta adaptasi dengan lingkungan belajar yang baru yang penuh tuntutan. Selain itu faktor lain yang berperan adalah diseksi cadaver, beban kuliah yang berat dan kekhawatiran terhadap performa akademiknya. Usaha untuk menguasai informasi yang luas dan berada di kelompok yang memiliki motivasi dan tingkat kecerdasan yang sama dapat mengintimidasi mahasiswa.

2. Konflik etik. Interaksi interpersonal antara mahasiswa dengan dosen dapat mempengaruhi mahasiswa. Sebagian besar interaksi ini terjadi pada suasana yang informal. Kurikulum informal ini menjadi pesan yang baik tentang nilai profesionalisme, karakter dan norma. Sayangnya depresi, dan stres merupakan hal yang lazim pada *supervisor* sehingga dapat menjadi sikap yang tidak sesuai dengan etik dan berlawanan dengan kurikulum formal.
3. Paparan terhadap kematian dan penderitaan umat manusia.
4. Pelecehan oleh mahasiswa atau staf lain. Korban pelecehan banyak terjadi pada wanita terutama pada fase profesi, sedangkan yang paling sering melakukan pelecehan adalah perawat dan staf. Wujud pelecehan yang sering terjadi adalah pelecehan secara verbal.
5. Masalah pribadi. Masalah pribadi ini meliputi kematian anggota keluarga, cedera atau sakit, atau perubahan status kesehatan dari keluarga. Kondisi ini sangat mempengaruhi kualitas hidup mahasiswa dan perkembangan sikap profesional mereka. Sebaliknya, pernikahan dapat menjadi pelindung terhadap stres.
6. Hutang untuk pendidikan. Meski belum ada penelitian khusus hubungan kesehatan mental mahasiswa fakultas kedokteran dengan efek hutang, masalah finansial merupakan sumber stres utama.<sup>22</sup>

Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Zaid *et al*. Mereka tidak menemukan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara riwayat gangguan medis sebelumnya, hubungan dengan orangtua, saudara, teman kuliah dan dosen terhadap gangguan emosional. Tidak juga ditemukan hubungan dengan keragaman etnis, jenis kelamin, usia, jumlah ujian, dan hasil ujian.<sup>20</sup>

Beberapa hal dapat dilakukan baik oleh mahasiswa maupun oleh dosen untuk menurunkan stres. Mencipta-

kan lingkungan pembelajaran yang mendukung, mengidentifikasi dan membantu mahasiswa untuk dapat bertahan dengan berbagai kondisi yang mengganggu kejiwaan, mengajarkan keterampilan untuk penanganan stres dan memicu kesadaran diri akan adanya gangguan, serta membantu mahasiswa untuk meningkatkan kesehatan individu merupakan contoh hal-hal yang dapat mengurangi stress.<sup>22</sup>

## KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Kecemasan dialami oleh mahasiswa UNLAM dengan prevalensi menurun pada semester yang lebih tinggi.
2. Terdapat perbedaan yang bermakna ( $p=0,000$ ) status kecemasan pada mahasiswa PSPD FK UNLAM angkatan 2010 saat semester 1 dan semester 2.
3. Terdapat korelasi yang bermakna ( $p=0,008$ ) antara lama studi dengan status kecemasan pada mahasiswa PSPD FK UNLAM angkatan 2010, dengan arah korelasi negatif dan keeratan hubungan yang sangat lemah ( $r=0,188$ ).

## DAFTAR PUSTAKA

1. Anonim. Kurikulum berbasis kompetensi. Jakarta: Depdiknas, 2002.
2. Sidi ID. Strategi pendidikan nasional. Malang: IKIP Malang, 2001.
3. Anonim. Buku panduan fakultas kedokteran. Banjarbaru: FK UNLAM, 2008.
4. Kurniawan B. Studi deksriptif mengenai kemandirian mahasiswa kedokteran UKM. FK UKM 2007; [online]. Diunduh di: URL: <http://www.indoskripsi.com>. Diakses 5 Maret 2010.
5. Anonim. Standar kompetensi dokter. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia, 2006.
6. Smith T, Renk K. Predictors of academic-related stress in college students: an examination of coping, social support, parenting, and anxiety. *Naspa Journal*. 2007;44(3):405-31.
7. Treloar C, McCall N, Rolfe I, Pearson SA, Garvey G, Heatcote A. Factors affecting progress of Australian and international students in a problem-based learning medical course. *Med Ed*. 2000;34:708-15.
8. Wolf TM, Scurria PL, Webster MG. A four-year study of anxiety, depression, loneliness, social support and perceived mistreatment in medical students. *J Health Psychol*. 2001;3(1):125-36.
9. Parsons T, Rizzo AA. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: a meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2008;39:250-261.
10. Tooth D, Tonge K, McManus IC. Anxiety and study methods in pre clinical students: causal relation to examination performance. *Med Ed*. 1989;23:416-21.
11. Kernan WD, Wheat ME. Linking learning and health: a pilot study of medical students' perceptions of the academic impact of various health issues. *Academic Psychiatry*. 2008;32:61-4.
12. Trismiati. Perbedaan tingkat kecemasan antara pria dan wanita akseptor kontrasepsi mantap di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Psyche*. 2004;1:1.
13. Mary A Bell, Paula S Smith, James J Brokaw dan Herbert E Cushing. A family day program enhances knowledge about medical school culture and necessary supports. *BMC Med Ed*. 2004;4(3):1-3.
14. Sungur S, Tekkaya C, and Geban O. Improving achievement through problem based learning. *Journal of Biological Education*. 2006;40:155-60.
15. Elzubeir MA, Elzubeir KE, and Magzoub ME. Stress and coping strategies among Arab medical students: towards a research agenda. *Educ for Health*. 2010;23(1):1-16.
16. Sherina MS, Rampal L, and Kaneson N. Psychological stress among undergraduate medical students. *Med J Malaysia*. 2004;59(2):207-11.
17. Jadoon NA, Yaqoob R, Raza A, Shehvard MA, and Choudry ZS. Anxiety and depression among medical students: a cross sectional study. *J Pak Med Assoc*. 2010;60:699-702.
18. Khan MS, Mahmood S, Badshah A, Ali SU, and Jamal Y. Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan. *JPMA*. 2006;56:583-6.
19. Inam SNB. Anxiety and depression among medical students of a medical college in Saudi Arabia. *Int. J. Health Sciences*. 2007; 1(2):295-300.
20. Zaid ZA, Chan SC, and Ho JJ. Emotional disorders among medical students in a Malaysian private medical school. *Singapore Med J*. 2007;48(10):895-9.
21. Mancevska S, Bozinovska L, Tecce J, Pluncevik-Gligoroska J, and Sivevska-Smilevska E. Depression, anxiety and substance abuse in medical student in the Republic of Macedonia. *Bratisl Lek Listy*. 2008;109(12):568-72.
22. Dyrbye LN, Thomas MS, and Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proc*. 2005;80(12):1613-22.

# FAKTOR-FAKTOR YANG DIANGGAP SEBAGAI PREDIKTOR TERHADAP KEEFEKTIFAN KELOMPOK TUTORIAL *PROBLEM BASED LEARNING* (PBL)

Yani Istadi\*, Harsono\*\* dan Yayi Suryo Prabandari\*\*

\*Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung, Semarang

\*\*Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

## ABSTRACT

**Background:** *The tutorial plays a central role in problem-based learning (PBL). The effectiveness of small group tutorials is one of the key aspects to the students' success in exam. This study aimed to identify factors perceived as the predictors for effectiveness of PBL tutorial group.*

**Method:** *The subjects of the study were all of the students (year of 2008) of the Medical College of Sultan Agung Islamic University who were taking tropical disease module. The adapted version of the scales adopted in this study included the scale developed by Van den Bossche et al. for assessing team effectiveness, beliefs about the interpersonal context and group's learning behavior dimension, scale developed by Dolmans & Ginns for assessing tutor's performance, scale developed by Munshi et al. for assessing quality of case problem, scale developed by Lepper et al. for assessing learning motivation. Quantitative approach with correlation and double regression analysis was applied.*

**Results:** *The 223 subject included in the study consisting of 84 (37.3%) male and 139 (62.3%) female students. There was a significant correlation between effectiveness of tutorial group and a tutor's performance ( $r = 0.456, p < 0.01$ ), quality of case problem ( $r = 0.366, p < 0.01$ ), beliefs about the interpersonal context dimension ( $r = 0.631, p < 0.01$ ), group's learning behavior ( $r = 0.559, p < 0.01$ ) and motivation ( $r = 0.137, p < 0.05$ ). There was a correlation between the variables of tutor's performance, beliefs about the interpersonal context dimension, and learning behavior and group effectiveness indicated by the regression coefficient of 0.739 ( $p < 0.05$ ). These three variables contributed to the group effectiveness as much as 54% with  $F$  value 87.857. The quality of case problem and motivations were not the predictive factors for group effectiveness.*

**Conclusion:** *Improving tutorial group effectiveness requires improving factors beliefs about the interpersonal context dimension, group's learning behaviors dimension and tutor's performance. A favorable learning atmosphere is needed to improved motivation and better quality of case problem.*

**Keywords:** *tutor's performance, quality of case problem, beliefs about the interpersonal context dimension, group's learning behavior dimension, learning behavior, motivation, group effectiveness*

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Problem based Learning (PBL) merupakan salah satu pendekatan pendidikan berbasis kelompok dan kolaboratif. Tutorial merupakan jantungnya PBL (McClean et al., 2006). Keefektifan kelompok tutorial merupakan salah satu poin penting dalam mengantarkan mahasiswa untuk sukses ujian. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang dianggap sebagai prediktor terhadap keefektifan kelompok tutorial PBL.*

**Metode:** *Seluruh mahasiswa angkatan 2008 Fakultas Kedokteran UNISSULA yang mengikuti modul penyakit tropis menjadi subjek dalam penelitian ini. Skala yang digunakan merupakan hasil adaptasi, diantaranya keefektifan kelompok, dimensi kepercayaan dan perilaku belajar kelompok dari Van den Bossche et al, kinerja tutor dari Dolmans dan Ginns, kualitas masalah dari Munshi et al. dan motivasi belajar dikembangkan dari skala motivasi belajar milik Lepper et al. Penelitian dilakukan dengan metode kuantitatif dan dianalisis dengan korelasi dan regresi berganda.*

---

Korespondensi: [bosse-fk@yahoo.co.id](mailto:bosse-fk@yahoo.co.id)

FK UNISULA Jl. Raya Kaligawe KM4 Semarang 50112 Fax: 024-6594366

**Hasil:** Subjek yang terlibat berjumlah 223 yang terdiri dari laki-laki sebanyak 84 orang (37,7%) dan wanita sebanyak 139 orang (62,3%). Ada hubungan positif dan signifikan antara keefektifan kelompok dengan kinerja tutor ( $r=0,456$  dengan  $p<0,01$ ), kualitas masalah ( $r=0,366$  dengan  $p<0,01$ ) dimensi kepercayaan tentang hubungan di antara anggota-anggota kelompok ( $r=0,631$  dengan  $p<0,01$ ), perilaku belajar kelompok ( $r=0,559$  dengan  $p<0,01$ ), dan motivasi ( $r=0,137$  dengan  $p<0,05$ ). Terdapat hubungan secara bersama-sama antara kinerja tutor, dimensi kepercayaan tentang hubungan di antara anggota-anggota kelompok, dan perilaku belajar kelompok dengan keefektifan kelompok, dengan nilai koefisien regresi (R) sebesar 0,739 dengan  $p<0,05$ , sumbangan efektif ketiga variabel tersebut secara bersama-sama sebesar 54% dengan nilai F sebesar 87,857. Kualitas masalah dan motivasi merupakan faktor prediksi terhadap keefektifan kelompok.

**Kesimpulan:** Untuk meningkatkan keefektifan kelompok tutorial, faktor kepercayaan tentang hubungan di antara anggota-anggota kelompok, perilaku belajar kelompok dan kinerja tutor perlu ditingkatkan. Perlu diciptakan suasana belajar yang dapat meningkatkan motivasi dan perbaikan terhadap kualitas masalah dalam skenario.

**Kata kunci:** kinerja tutor, kualitas masalah, dimensi kepercayaan, perilaku belajar, motivasi, keefektifan kelompok

---

## PENDAHULUAN

*Problem based learning* (PBL) merupakan salah satu pendekatan pendidikan berbasis kelompok dan kolaboratif. Pendekatan ini digunakan untuk meningkatkan konstruksi aktif dan aplikasi pengetahuan secara integratif; keterampilan belajar kelompok seperti kemampuan untuk berkomunikasi efektif, menentukan prioritas pekerjaan/tugas, mengatur waktu dan melatih keterampilan interpersonal; dan profesionalisme.<sup>1,2</sup> Oleh karena itu, berbagai negara memilih menggunakan model pendekatan ini sebagai metode pembelajaran, terutama pendidikan kedokteran. Namun, dalam pelaksanaan disesuaikan dengan lingkungan pendidikan yang mereka punyai.

Kelompok dalam PBL adalah kelompok diskusi kecil (*small group discussion* (SGD)) yang terdiri dari 10-12 orang difasilitasi oleh seorang tutor dan menggunakan masalah yang diangkat dari fenomena atau kejadian-kejadian di sekitar sebagai pencetus diskusi. Belajar dalam kelompok kecil mempunyai beberapa manfaat, diantaranya: (1) mendorong siswa untuk belajar aktif dan mandiri, sehingga dapat menimbulkan kesadaran belajar sepanjang hayat, (2) meningkatkan motivasi dan belajar siswa secara efisien melalui keterlibatannya didalam proses belajar, (3) menggali pemikiran siswa melalui hipotesis-hipotesis, (4) mendorong siswa untuk belajar mendalam (*deep learning*) dan meningkatkan level proses berpikir, (5) meningkatkan rasa tanggung jawab siswa berkaitan dengan profesi, dan (6) meningkatkan keterampilan seperti interpersonal, kepemimpinan, organisasi, memprioritaskan suatu masalah, mengatasi

masalah, dan manajemen waktu.<sup>1</sup> Manfaat tersebut akan dapat diperoleh jika kelompok tersebut dilaksanakan secara efektif.

Secara empirik, keefektifan kelompok merupakan salah satu poin penting kesuksesan mahasiswa dalam menempuh ujian. Hal ini telah diteliti oleh Schmidt & Moust<sup>18</sup> dan Van Berkel & Schmidt<sup>3</sup> yang hasilnya menunjukkan ada hubungan yang positif pada kedua variabel tersebut. Mempertimbangkan manfaat keefektifan kelompok terhadap mahasiswa, institusi pendidikan kedokteran harus memastikan bahwa keefektifan kelompok dapat terwujud.

Pada saat ini sudah banyak penelitian tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keefektifan kelompok, diantaranya: (1) Schmidt & Moust, Schmidt dan Schmidt & Moust<sup>4,5,6</sup> meneliti tentang besaran pengetahuan mahasiswa sebelumnya (*prior knowledge*), kualitas skenario dan kinerja tutor, (2) Dolmans *et al*<sup>7</sup> meneliti faktor dimensi motivasi dan kognitif, dan (3) Van den Bossche *et al*<sup>8</sup> meneliti faktor dimensi kepercayaan tentang hubungan antar anggota dalam kelompok dan perilaku belajar kelompok. Namun demikian, belum diteliti seberapa besar pengaruh faktor-faktor tersebut dapat memprediksi keefektifan kelompok, sehingga faktor-faktor tersebut dapat diidentifikasi agar dapat ditingkatkan dan diperbaiki.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menjadi prediktor terhadap keefektifan kelompok tutorial PBL.

## METODE

Subjek penelitian ini adalah semua mahasiswa angkatan 2008 Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang semester 4 yang mengambil modul penyakit tropis. Instrumen penelitian yang digunakan merupakan hasil adaptasi dari instrumen penelitian keefektifan kelompok, dimensi kepercayaan dan perilaku belajar kelompok dari Van den Bossche *et al.*<sup>8</sup> kinerja tutor dari Dolmans & Ginns<sup>9</sup>, kualitas masalah dari Munshi *et al.*<sup>10</sup> dan motivasi belajar yang dikembangkan dari skala motivasi belajar milik Lepper *et al.*<sup>11</sup> dengan beberapa penambahan *item* baru yang disesuaikan dalam konteks kegiatan tutorial. Instrumen penelitian yang dibuat dikelompokkan dalam 6 skala. Respon dari instrumen penelitian ini menggunakan 5 pilihan berdasarkan model *Likert*. Skor angka 5 untuk respon sangat setuju sekali hingga angka 1 untuk respon sangat tidak setuju. Instrumen penelitian yang digunakan sudah diujicoba dan memenuhi persyaratan dengan keseluruhan butir instrumen memiliki koefisien validitas  $r_{ix}$   $e^{\prime}$  0,3 dan memiliki nilai Alpha Cronbach  $e^{\prime}$  0,70.

Modul penyakit tropis merupakan modul kedua setelah modul enterohepatik pada semester 4, yang dilaksanakan selama 4 minggu. Metode pembelajaran yang digunakan adalah tutorial, kuliah pakar, keterampilan medik, belajar mandiri, dan panel ahli. Tutorial dilaksanakan seminggu 2 kali, dengan interval waktu 2 hari. Masing-masing pertemuan dilaksanakan selama 2 jam. Empat scenario digunakan untuk memicu diskusi. Diskusi tutorial menggunakan metode 7 langkah. Kelompok tutorial yang terlibat dalam modul penyakit tropis berjumlah 20. Setiap kelompok terdiri dari 11 - 12 mahasiswa (n = 238) yang difasilitasi oleh satu orang tutor (n = 20). Setelah pelaksanaan modul penyakit tropis selesai,

mahasiswa diminta untuk mengisi kuesioner yang sudah disiapkan dengan terlebih dahulu mengisi surat persetujuan (*informed consent*).

Selama pengisian kuesioner, peneliti membantu mahasiswa untuk memahami maksud kalimat-kalimat dalam kuesioner dengan memberikan penjelasan tambahan, selanjutnya mahasiswa dipersilakan memilih jawaban tanpa intervensi dari peneliti. *Informed concent* kepada responden diberikan secara tertulis dalam kuesioner dan secara lisan pada saat peneliti memberikan penjelasan sebelum pengisian kuesioner.

Keseluruhan data dianalisis dengan menggunakan perangkat lunak statistik. Uji statistik yang dilakukan adalah uji korelasi dan uji regresi berganda dengan terlebih dahulu melakukan uji asumsi, yaitu uji normalitas data dan uji linieritas regresi. Penelitian ini telah disetujui oleh Komite Etik Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Sejumlah 238 mahasiswa berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah data dikumpulkan, 15 mahasiswa dikeluarkan karena tidak mengisi kuesioner dengan lengkap, sehingga hanya 223 mahasiswa yang diikutkan dalam analisis data yang terdiri dari 84 orang (37,7%) laki-laki dan 139 orang (62,3%) wanita.

Untuk mengidentifikasi adanya hubungan yang positif dan *significancy* antara kinerja tutor, kualitas masalah, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dimensi perilaku belajar kelompok, dan motivasi dengan keefektifan kelompok, digunakan analisis korelasi. Analisis ini dimulai dengan uji normalitas yang mendapatkan bahwa sebaran data dari keenam skala berdistribusi tidak normal (Tabel 1).

Tabel 1. Hasil analisis uji normalitas (n = 223)

		Mean	Std deviasi	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			
				Statistic	df	Sig.	P-value
1	Kinerja tutor	39,2197	5,30011	,100	223	,000	< 0,05
2	Kualitas masalah	65,9686	6,55908	,086	223	,000	< 0,05
3	Kepercayaan hubungan	63,8027	7,23770	,094	223	,000	< 0,05
4	Perilaku belajar kelompok	34,5605	4,17356	,115	223	,000	< 0,05
5	Motivasi	46,5202	8,05881	,072	223	,006	< 0,05
6	Keefektifan kelompok	23,0179	3,22290	,144	223	,000	< 0,05

Kemudian dilanjutkan dengan analisis korelasi menggunakan teknik *Spearman Rank* yang hasilnya menunjukkan semua variabel bebas, yaitu kinerja tutor, kualitas masalah, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dimensi perilaku belajar kelompok, dan motivasi mempunyai hubungan positif dan signifikan dengan keefektifan kelompok. Artinya, semakin tinggi kinerja tutor, kualitas masalah, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok,

dimensi perilaku belajar kelompok, dan motivasi, semakin tinggi keefektifan kelompok. Variabel motivasi memiliki tingkat hubungan yang sangat rendah terhadap semua variabel penelitian ini, sedangkan dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok memiliki tingkat hubungan yang kuat dengan keefektifan kelompok jika dibandingkan dengan variabel lainnya (Tabel 2).

Tabel 2. Hasil interkorelasi *Spearman Rank* (n = 223)

	1	2	3	4	5	6
1 Kinerja tutor	-					
2 Kualitas masalah	,531(**)	-				
3 Kepercayaan hubungan	,420(**)	,365(**)	-			
4 Perilaku belajar kelompok	,456(**)	,374(**)	,666(**)	-		
5 Motivasi	,168(*)	,260(**)	,161(*)	,198(**)	-	
6 Keefektifan kelompok	,456(**)	,366(**)	,631(**)	,559(**)	,137(*)	-

\*\* P<0,01, \* P<0,05.

Untuk mengidentifikasi faktor-faktor prediktor yang berpengaruh terhadap keefektifan kelompok tutorial PBL, digunakan analisis regresi berganda, yang sebelumnya dilakukan uji linieritas (uji F).<sup>12</sup> Hasil uji menunjukkan bahwa kinerja tutor, kualitas masalah, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam

kelompok dan dimensi perilaku belajar kelompok mempunyai arah regresi linier dan signifikan sedangkan motivasi tidak menunjukkan linieritas sehingga variabel motivasi selanjutnya tidak dimasukkan dalam model regresi (Tabel 3).

Tabel 3. Hasil uji linieritas regresi (n = 223)

	F (hitung)	F (tabel)		Sig.	Keterangan
		Batas atas 5%	Batas bawah 1%		
Kinerja tutor terhadap keefektifan kelompok	70,620	3,89	6,76	0,000	nilai F(hitung) > nilai F(tabel) maka arah regresi linier dan signifikan
Kualitas masalah terhadap keefektifan kelompok	48,696	3,89	6,76	0,000	nilai F(hitung) > nilai F(tabel) maka arah regresi linier dan signifikan
Kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok terhadap keefektifan kelompok	211,388	3,89	6,76	0,000	nilai F(hitung) > nilai F(tabel) maka arah regresi linier dan signifikan
Skala perilaku belajar kelompok terhadap keefektifan kelompok	132,866	3,89	6,76	0,000	nilai F(hitung) > nilai F(tabel) maka arah regresi linier dan signifikan
Skala motivasi terhadap keefektifan kelompok	3,276	3,89	6,76	0,072	nilai F(hitung) < nilai F(tabel) maka arah regresi tidak linier dan signifikan

Selanjutnya, dilakukan analisis dengan teknik regresi berganda dengan metode *Stepwise*. Hasilnya menunjukkan bahwa proses analisis dilakukan 3 tahap, dengan setiap tahapan ada variabel yang dimasukkan dan dikeluarkan dalam model untuk mencari variabel prediktor yang kuat. Dari tahapan tersebut didapatkan

model 3 yang merupakan model akhir yang dapat memprediksi keefektifan kelompok. Semakin tinggi R akan semakin baik bagi model regresi, karena variabel bebas dapat menjelaskan variabel tergantung lebih besar<sup>13</sup> dan uji F sebesar 87,857 yang memiliki tingkat signifikansi 0,000 (Tabel 4).

Tabel 4. Hasil model regresi metode *Stepwise*

Model		B	t	Sig.	R	Adjusted R Square	F	Sig
1	(Constant)	3,153	2,293	,023	,699	,487	211,388	,000
	kepercayaan hubungan	,311	14,539	,000				
2	(Constant)	1,209	,857	,392	,725	,521	121,742	,000
	kepercayaan hubungan	,234	8,334	,000				
	perilaku belajar kelompok	,200	4,110	,000				
3	(Constant)	-,193	-,133	,894	,739	,540	87,857	,000
	kepercayaan hubungan	,215	7,645	,000				
	perilaku belajar kelompok	,158	3,208	,002				
	kinerja tutor	,103	3,172	,002				

Berdasar Tabel 4, maka model 3 memiliki pengaruh sebesar 54% (*Adjusted R Square*: 0,540) terhadap keefektifan kelompok, sedangkan 46% dipengaruhi oleh variabel lain. Dengan demikian, berarti keefektifan kelompok tutorial lebih besar dipengaruhi oleh kinerja tutor, kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dan perilaku belajar kelompok daripada variabel lain diluar dari model regresi ini.

Persamaan regresi berganda mendapatkan  $\hat{y} = -,193 + 0,103x_1 + 0,215x_2 + 0,158x_3$ . Persamaan tersebut

mempunyai arti jika variabel kinerja tutor, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dan perilaku belajar kelompok nilainya 0, maka keefektifan kelompok nilainya negatif sebesar -0,193. Setiap penambahan (karena tanda +) sebesar 1, maka kinerja tutor, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dan dimensi perilaku belajar kelompok masing-masing akan meningkatkan keefektifan kelompok sebesar 0,103; 0,215 dan 0,158.

Tabel 5. Variabel yang dimasukkan dan dikeluarkan dari model regresi

Model		Beta In	t	Sig.
1	kinerja tutor	,214 <sup>a</sup>	4,081	,000
	kualitas masalah	,182 <sup>a</sup>	3,577	,000
	perilaku belajar kelompok	,259 <sup>a</sup>	4,110	,000
2	kinerja tutor	,169 <sup>b</sup>	3,172	,002
	kualitas masalah	,145 <sup>b</sup>	2,850	,005
3	kualitas masalah	,096 <sup>c</sup>	1,752	,081

Berdasar Tabel 5, maka faktor yang dikeluarkan dari model regresi adalah kualitas masalah oleh karena t hitungnya terkecil (1,752) dengan signifikansi 0,081 ( $p > 0,05$ ) dibandingkan dengan variabel yang lain.

Hasil penelitian yang menunjukkan kelima variabel bebas masing-masing memiliki hubungan positif dan signifikan terhadap keefektifan kelompok didukung oleh penelitian-penelitian di bawah ini.

Untuk kinerja tutor, hasil ini didukung oleh penelitian Van Berkel & Dolmans,<sup>14</sup> Gijsselaers & Schmidt<sup>15</sup> yang menyatakan bahwa kinerja tutor yang baik mampu meningkatkan keefektifan kelompok. Hal ini dikarenakan peran tutor dalam proses tutorial sebagai fasilitator yang memberikan fasilitasi dan mengaktifkan kelompok, sehingga memungkinkan kelompok tersebut dapat efektif dalam pencapaian tujuan kelompok.<sup>16</sup> Peran tutor tersebut akan menjadi lebih baik jika ditunjang oleh pemahaman tutor terhadap pengetahuan, keterampilan dan perilaku dalam memfasilitasi kelompok. Menurut Barrows<sup>6</sup> keterampilan tutor merupakan tulang punggung dalam tutorial PBL dan tidak ada satupun elemen program dapat berhasil selain meningkatkan kualitas dan kesiapan dari tutor itu sendiri. Moust<sup>4</sup> menyatakan bahwa *cognitive congruence* merupakan suatu kondisi penting untuk tutor agar kinerjanya lebih efektif. *Cognitive congruence* diartikan oleh Schmidt & Moust<sup>4</sup> sebagai suatu kemampuan yang dimiliki tutor dalam menjelaskan atau mengekspresikan suatu masalah dengan menggunakan konsep yang sederhana secara mudah dan dimengerti mahasiswa. Dengan kata lain, tutor menjelaskan suatu masalah menggunakan analogi yang mudah dipahami dalam memecahkan kebuntuan dalam mendiskusikan masalah.

Untuk kualitas masalah, hasil ini didukung oleh penelitian Van Berkel & Dolmans,<sup>14</sup> Gijsselaers & Schmidt,<sup>15</sup> bahwa kualitas masalah yang baik mampu meningkatkan keefektifan kelompok. Hal ini dikarenakan masalah yang dipaparkan dalam skenario merupakan pemicu proses belajar PBL yang berimplikasi pada pemahaman mahasiswa terhadap materi yang didiskusikan serta merangsang mahasiswa untuk belajar bekerjasama dan aktif.<sup>14</sup> Dengan kata lain, jika kualitas masalah dalam skenario tidak baik, maka akan menghambat dalam proses belajar, sehingga kelompok tidak dapat memenuhi sasaran belajar yang diharapkan. Menurut

Schmidt & Moust,<sup>6</sup> memperbaiki kualitas masalah lebih mudah dibandingkan dengan memper-tahankan kinerja tutor.

Untuk dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, hasil ini didukung oleh penelitian Van den Bossche *et al.*,<sup>8</sup> bahwa tingginya kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok akan meningkatkan keefektifan kelompok. Hal ini dimungkinkan karena kepercayaan hubungan tersebut menimbulkan rasa aman untuk menyatakan pendapat, komitmen untuk bertanggung jawab menyelesaikan tugas dalam kelompok, dan *spirit* kelompok yang mendorong anggota untuk peduli terhadap keberhasilan kelompoknya, oleh karena pada dasarnya anggota kelompok menginginkan semuanya dapat sukses dalam kelompok tersebut.

Untuk perilaku belajar kelompok, hasil ini didukung oleh penelitian Van den Bossche *et al.*<sup>8</sup> bahwa perilaku belajar kelompok yang baik mampu meningkatkan keefektifan kelompok. Hal ini dikarenakan perilaku belajar kelompok dapat membangun proses sosiokognitif, yaitu proses saling berbagi kognisi dengan saling bertukar informasi (*mutually shared cognition*) antar anggota. Proses yang baik akan menimbulkan konflik konstruktif. Konflik konstruktif mengarahkan pada peningkatan hubungan, sehingga hubungan akan menjadi erat yang akhirnya setiap anggota kelompok merasa memiliki tanggung jawab kepada kelompoknya.<sup>8,17</sup>

Untuk motivasi, hasil ini sejalan dengan penelitian Dolmans *et al.*<sup>7</sup> Das Carlo *et al.*<sup>18</sup> bahwa motivasi yang tinggi mampu meningkatkan keefektifan kelompok. Hal ini dikarenakan motivasi dapat mendorong seseorang dalam kelompok untuk melakukan usaha agar mencapai sasaran belajar secara maksimal. Dorongan tersebut menimbulkan interaksi antar anggota kelompok. Interaksi timbul oleh karena masing-masing anggota memiliki keyakinan bahwa mereka dapat mencapai sasaran belajar secara maksimal jika usaha dilakukan secara bersama-sama. Dengan kata lain, masing-masing anggota kelompok hanya dapat mencapai tujuan pribadi jika kelompoknya sukses.<sup>7,19,20</sup> Hasil regresi berganda menunjukkan bahwa kinerja tutor, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dan dimensi perilaku belajar kelompok merupakan variabel prediktor yang mampu memprediksi keefektifan suatu kelompok ( $r = 0,739$ ,  $p < 0,05$ ). Ketiga variabel ini secara bersama-sama memberikan sumbangan efektif terhadap



keefektifan kelompok sebesar 54% dengan nilai F sebesar 87,857, sedangkan 46% dipengaruhi oleh variabel lainnya (jumlah orang dalam satu kelompok, jalur komunikasi antara peserta diskusi, jumlah waktu pelaksanaan modul, karakteristik mahasiswa, gaya tutor, tema blok/modul, tingkatan pengetahuan mahasiswa serta sarana dan prasarana penunjang).<sup>6,21,22,23,24</sup> Dengan demikian, keefektifan kelompok lebih besar dipengaruhi oleh ketiga variabel ini, bukan variabel lain. Hasil tersebut mempunyai arti bahwa pengaruh dari ketiga variabel bebas secara bersama-sama dapat meningkatkan variabel terikat. Adanya kinerja tutor yang baik dan meningkatnya kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok serta perilaku belajar kelompok akan meningkatkan keefektifan kelompok. Hal ini wajar saja terjadi, karena dilihat dari besarnya koefisien korelasi antar variabel menunjukkan tingkat korelasi sedang ( $r = 0,456$ ) sampai kuat ( $r = 0,631$ ) dengan tingkat signifikansi  $p < 0,05$  dan  $p < 0,01$  (Tabel 2).

Kemampuan prediksi ini tidak terlepas dari peran ketiga variabel dalam tutorial PBL. Kinerja tutor merupakan tulang punggung dalam tutorial PBL. Artinya, tutor mempunyai peran dalam mengkompensasi kekurangan yang ada pada skenario maupun proses diskusi melalui penguasaan materi diskusi yang baik maupun keterampilan dalam memfasilitasi kelompok.<sup>6</sup> Apa yang terjadi dengan? Variabel motivasi dan kualitas masalah pada penelitian ini, tidak masuk dalam model regresi karena keduanya memiliki tingkat korelasi yang rendah sampai sangat rendah. Ada beberapa kemungkinan hal ini bisa terjadi, yaitu: pertama, penggunaan skenario yang sama pada tiap pelaksanaan modul atau perubahan minimal skenario tanpa mengubah masalah dapat menyebabkan mahasiswa tidak dapat maksimal menggali keingintahuan terhadap masalah, sehingga usaha untuk mengkolaborasi pengetahuan yang mereka miliki dengan saling bertukar informasi menjadi berkurang dan menimbulkan rendahnya motivasi untuk belajar yang mengakibatkan diskusi menjadi tidak baik. Hal yang nampak pada mahasiswa adalah kecenderungan mereka untuk memindahkan hasil diskusi kakak tingkat mereka. Dalam kondisi seperti ini, tutor memegang kendali terhadap proses diskusi mereka. Menurut Hunt<sup>6</sup> persepsi keingintahuan terhadap pengetahuan yang sudah dan belum mereka mengerti akan mendorong motivasi intrinsik untuk belajar. Kedua, adanya efek halo dalam proses evaluasi aspek-aspek kurikulum PBL, yaitu mahasiswa mungkin mengalami kesulitan untuk menilai

aspek tersebut secara terpisah satu sama lain yang akan memberikan persepsi yang tidak utuh dari suatu sistem (Gjselaers & Schmidt dalam Nieminen *et al*<sup>25</sup>). Ketiga, masih belum optimalnya institusi dalam menciptakan lingkungan yang menunjang proses belajar mengajar.

Namun demikian, secara teoretik kualitas skenario dan motivasi mempunyai hubungan dengan keefektifan kelompok.<sup>14,15</sup> Kualitas masalah dalam skenario mempunyai peran dalam memicu proses diskusi<sup>6</sup>, sedangkan motivasi mempunyai peran dalam membangkitkan seseorang untuk menjelaskan sesuatu yang membuat seseorang tetap bergerak dan membantu orang menyelesaikan tugasnya (Pintrich & Schunk dalam Pintrich<sup>26</sup>).

## KESIMPULAN

1. Ada hubungan yang positif dan signifikan antara kinerja tutor, kualitas masalah, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dimensi perilaku belajar kelompok, dan motivasi dengan keefektifan kelompok. Hal ini berarti semakin tinggi/baik kinerja tutor, kualitas masalah, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dimensi perilaku belajar kelompok, dan motivasi, semakin tinggi keefektifan kelompok.
2. Secara bersama-sama, ada hubungan yang positif dan signifikan antara kinerja tutor, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dan dimensi perilaku belajar kelompok dengan keefektifan kelompok. Hal ini berarti kinerja tutor, dimensi kepercayaan hubungan antar anggota dalam kelompok, dan dimensi perilaku belajar kelompok, secara bersama-sama merupakan prediktor bagi keefektifan kelompok, sedangkan motivasi dan kualitas masalah bukan merupakan prediktor terhadap keefektifan kelompok.

## SARAN

Implikasi dari penelitian ini bagi pengelola fakultas adalah memberikan perhatian yang serius dalam mengelola faktor-faktor yang mempengaruhi keefektifan kelompok tutorial PBL. Perhatian yang dapat dilakukan adalah membuat program-program atau kebijakan yang bertujuan meningkatkan faktor-faktor tersebut, yang nantinya akan memberikan efek positif terhadap kinerja

kelompok tutorial. Tutor perlu memberikan perhatian terhadap proses sosiokognitif yang terjadi selama tutorial dengan meningkatkan pemahaman peran tutor terhadap keefektifan kelompok melalui pelatihan-pelatihan tutor, baik didalam maupun diluar institusi, sehingga akan memberikan efek positif terhadap kinerja tutor.

Bagi peneliti selanjutnya, disarankan agar mengikutsertakan variabel-variabel yang lain yang diduga mampu memberikan kontribusi terhadap keefektifan kelompok. Variabel-variabel tersebut diantaranya adalah jumlah orang dalam satu kelompok, jalur komunikasi antar peserta diskusi, jumlah waktu pelaksanaan modul, karakteristik mahasiswa, gaya tutor, tema blok/modul, tingkatan pengetahuan mahasiswa serta sarana dan prasarana penunjang. Selain itu, peneliti selanjutnya bisa menempatkan variabel keefektifan kelompok sebagai variabel yang mempengaruhi prestasi akademik dan mengikutsertakan persepsi tutor tentang keefektifan kelompok yang mereka fasilitasi selama tutorial berlangsung.

Menurut Dolmans & Schmidt,<sup>19</sup> metode yang baik untuk mendapatkan pengertian mendalam tentang bentuk belajar kelompok PBL adalah dengan menggunakan berbagai macam metode dan strategi serta pengumpulan data dari berbagai instrumen yang berbeda (*triangulate data*). Keyton<sup>27</sup> menyarankan pendekatan kualitatif terseleksi yang akan lebih mampu menghantarkan lebih mendalam sebab-sebab hubungan tersebut dapat berkembang dalam konteks kelompok.

#### UCAPAN TERIMAKASIH

Kami menyampaikan terimakasih kepada mahasiswa FK Unissula angkatan 2008, yang telah bersedia menjadi subjek penelitian ini. Ucapan terimakasih juga peneliti sampaikan kepada Dekan Fakultas Kedokteran Unissula dan Tim Modul Penyakit Tropis yang telah memberi ijin kepada peneliti untuk mengambil data.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Crosby J. Learning in small groups. *Med Teach*.1996;18(3):189-202.
2. Wood DF. Problem based learning. *BMJ*. 2003;326(7384):328-30.
3. Van Berkel HJM, Schmidt HG. Motivation to commit oneself as a determinant of achievement in problem-based learning. *High Educ*. 2000; 40:231-42.
4. Schmidt HG, Moust JHC. What makes a tutor effective? A structural-equations modelling approach to learning in problem-based curricula. *Acad Med*. 1995;70:708-14.
5. Schmidt HG, Dolmans DHJM, Gijsselaers WH, Des Marchais JE.. Theory-guided design of a rating-scale for course evaluation in problem-based curricula. *Teach Learn Med*. 1995;7:82-91.
6. Schmidt HG, Moust JHC. Factors affecting small-group tutorial learning: A review of research. In: Evensen DH, Hmelo CE, editors. *Problem-based learning: a research perspective on learning interactions*. New York (NY): Lawrence Erlbaum; 2000:19-52.
7. Dolmans DHJM, Wolfhagen HAP, Van der Vleuten CPM. Motivational and cognitive processes influencing tutorial groups. *Acad Med*. 1998;73(10):22-4.
8. Van den Bossche P, Segers M, Kirschner PA. Social and cognitive factors driving teamwork in collaborative learning environments team learning beliefs and behaviors. *Small Group Research*. 2006;37(5):490-521.
9. Dolmans DHJM, Ginns P. A short questionnaire to evaluate the effectiveness of tutors in PBL: validity and reliability. *Med Teach*. 2005;27(6):534-8.
10. Munshi FM, El Zayat ESA, Dolmans DHJM. Development and utility of a questionnaire to evaluate the quality of PBL problems. *South East Asian Journal of Medical Education*. 2008;2(2):32-40.
11. Lepper MR, Corpus JH, dan Iyengar SS. Intrinsic and extrinsic motivational orientations in the classroom: age differences and academic correlates. *Journal of Educational Psychology*. 2005;97 (2):184-96.
12. Sugiyono. *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta; 2009.
13. Santoso S. *Mengatasi berbagai masalah statistik dengan SPSS versi 11.5*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo; 2003.
14. Van Berkel HJM, Dolmans DHJM. The influence of tutoring competencies on problems, group functioning and student achievement in problem based learning. *Med Ed*. 2006; 40:730-6.
15. Gijsselaers WH, Schmidt HG. Towards a causal model of student learning within the context of a problem-based curriculum. In: Nooman ZN, Schmidt HG, & Ezzat ES, editors. *Innovation in medical education. An evaluation of its present status*. New York (NY): Springer Publishing; 1990.
16. Harsono. *Pengantar problem based learning*. Yogyakarta: Medika Fakultas Kedokteran UGM; 2005.
17. Walgito B. *Psikologi kelompok*. Yogyakarta: Andi; 2007.
18. Das Carlo M, Swadi H, Mpofo D. Medical student perceptions of factors affecting productivity of problem-

- based learning tutorial groups: does culture influence the outcome?. *Teaching and Learning in Medicine*. 2003;15(1):59-64.
19. Dolmans DHJM, Schmidt HG. What do we know about cognitive and motivational effects of small group tutorials in problem-based learning?. *Advances in Health Sciences Education*. 2006;11:321-6.
  20. Santrock JW. *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Salemba Humanika; 2009.
  21. Groves M, Régo P, O'Rourke P. Tutoring in problem-based learning medical curricula: the influence of tutor background and style on effectiveness. *BMC Med Ed*. 2005, 5:20
  22. Sarwono SW, Meinarno EA. *Psikologi sosial*. Jakarta: Salemba Humanika; 2009.
  23. Wheelan S. Group size, group development, and group productivity. *Small Group Research*. 2009; 40; 247.
  24. Zanolli MB, Boshuizen HPA, De Grave WS. Students' and tutors' perceptions of problems in PBL tutorial groups at a Brazilian Medical School. *Education for Health*. 2002;15(2):189-201.
  25. Nieminen J, Sauri P, Lonka K. On the relationship between group functioning and study succes in problem based learning. *Med Ed* 2006;40:64-71.
  26. Pintrich P. Motivation and classroom learning. In: William M. Reynolds, Gloria E, Miller, Weiner IB, editors. *handbook of psychology: educational psychology*. New Jersey: John Willey & Son, Inc; 2003.
  27. Keyton J. The relational side of groups. *Small Group Research*. 2000;31:387-96.

# PERSEPSI MAHASISWA TERHADAP PELAKSANAAN MINI CLINICAL EXAMINATION EXERCISE (MINI-CEX) PADA PROGRAM PENDIDIKAN KEPANITERAAN KLINIK

Gusti Raditya K, Yoyo Suhoyo, Tridjoko Hadianto  
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

## ABSTRACT

**Background:** Mini-CEX was developed to assess the clinical skills of students through direct observation and constructive feedback on student achievement. To test Mini-CEX well as assessment methods, it is necessary to evaluate the implementation of Mini-CEX as Mini-CEX assessment methods and benefits of the learning process, as well as the professional development of students as future doctors, in the form of assessment of students' perceptions of the Mini-CEX implementation. The objective of this study are to validate an instrumen for measuring the level of student perceptions in the implementation of Mini-CEX in Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada's clerkship program, to know the student's opinions about the implementation of Mini-CEX as a method of assessment in clerkship program and benefits to student learning and professional development, to know the relationship students' Mini-CEX point to student's perception in the implementation of Mini-CEX in clerkship program medical faculty of GMU, and to compare the perceptions of students in Mini-CEX implementation in clerkship program Medical Faculty of GMU based on the characteristics of the department.

**Method:** Research was conducted with a cross sectional study design. The research utilized closed questionnaires, each contained 5 likert scales. The questionnaires were given to the students who conducted clerkship in Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada during the period of September 2010–March 2011. A total number of 103 students who become subjects in this study, which are consisted of 72 students in Internal Medicine Department and 32 students in Neurology Department. The correlation between student perception and Mini-CEX score was analyzed by using spearman correlation test. Mann-Whitney test was used to analyze the differences student perception between both Departments.

**Results:** Students who are conducting clerkship program in Internal Medicine Department and Neurology Department Faculty of Medicine Universitas Gadjah Mada agree that Mini-CEX can be as assessment and learning tools, and promote the development of student professionalism. Perceptions of students towards the implementation of Mini-CEX in clerkship are not associated with Mini-CEX score. There was no significant difference in students' perceptions towards the implementation of Mini-CEX between Internal Medicine Department students and Neurology Department students.

**Conclusion:** Students perceived the Mini-CEX to be a practical assessment tool with a positive impact on their learning and professionalism development during clerkship.

**Keywords:** Mini-CEX, perception, assessment method, learning media, development of professionalism, internal medicine department, neurology department.

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Mini-CEX dikembangkan untuk menilai keterampilan klinis mahasiswa melalui observasi langsung dan *feedback* konstruktif terhadap pencapaiannya. Untuk menguji Mini-CEX sebagai metode penilaian yang baik, maka perlu dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Mini-CEX sebagai metode penilaian dan manfaat Mini-CEX terhadap proses pembelajaran serta perkembangan profesionalitas mahasiswa sebagai calon dokter dalam bentuk penilaian persepsi mahasiswa terhadap pelaksanaan Mini-CEX. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pendapat mahasiswa tentang pelaksanaan Mini-CEX sebagai metode penilaian di program pendidikan kepaniteraan klinik dan manfaatnya terhadap pembelajaran serta perkembangan profesionalitas mahasiswa, mengetahui hubungan nilai Mini-CEX mahasiswa terhadap persepsi mahasiswa dalam pelaksanaan Mini-CEX di

---

Korespondensi: yoyosuhoyo@ugm.ac.id Telp: 0274-562139

pendidikan keperawatan klinik FK UGM, membandingkan persepsi mahasiswa dalam pelaksanaan Mini-CEX di pendidikan keperawatan klinik FK UGM berdasarkan karakteristik bagian/ stase.

**Metode:** Penelitian menggunakan rancangan penelitian potong lintang. Penelitian menggunakan kuesioner tertutup yang berisi 5 skala likert. Kuesioner diberikan kepada seluruh mahasiswa yang sedang menjalani keperawatan klinik di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta (FK UGM), dari bulan September 2010–Maret 2011. Sebanyak 103 mahasiswa menjadi subyek pada penelitian ini, yang terdiri dari 72 mahasiswa Bagian Ilmu Penyakit Dalam dan 32 mahasiswa Bagian Ilmu Penyakit Saraf. Hubungan persepsi mahasiswa terhadap nilai Mini-CEX dianalisis dengan *Uji korelasi Spearman*. Perbedaan penilaian persepsi terhadap pelaksanaan Mini-CEX di kedua Bagian menggunakan *Uji komparatif Mann-Whitney*.

**Hasil:** Mahasiswa yang sedang melaksanakan program pendidikan keperawatan klinik pada Bagian Ilmu Penyakit Dalam dan Ilmu Penyakit Saraf FK UGM setuju Mini-CEX dapat menjadi media penilaian, media pembelajaran dan meningkatkan perkembangan profesionalisme mahasiswa dalam program pendidikan keperawatan klinik FK UGM. Persepsi mahasiswa terhadap pelaksanaan Mini-CEX dalam pendidikan keperawatan klinik FK UGM tidak berhubungan dengan hasil nilai Mini-CEX mahasiswa. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna terhadap persepsi mahasiswa terhadap pelaksanaan Mini-CEX pada program keperawatan klinik FK UGM antara mahasiswa Ilmu Penyakit Dalam dan mahasiswa Ilmu Penyakit Saraf.

**Kesimpulan:** Mahasiswa mempersepsikan Mini-CEX sebagai media penilaian yang praktis dengan dampak yang positif terhadap pembelajaran dan perkembangan profesionalisme mereka selama keperawatan klinik.

**Kata kunci:** Mini-CEX, persepsi, metode penilaian, media pembelajaran, perkembangan profesionalisme, Bagian Ilmu Penyakit Dalam, Bagian Ilmu Penyakit Saraf

---

## PENDAHULUAN

Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada terus menerus menginovasi dan meningkatkan sistem pendidikan keperawatan klinik. Salah satu inovasi dan peningkatan yang dapat dilakukan adalah menambah kualitas supervisi klinis, terutama dengan observasi langsung dan *feedback* pada performa klinis mahasiswa. Hal ini dapat dilakukan dengan mengimplementasikan mini-CEX sebagai metode penilaian. Untuk menilai bahwa Mini-CEX merupakan metode penilaian yang baik, maka perlu dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan Mini-CEX sebagai metode penilaian dan manfaat Mini-CEX terhadap proses pembelajaran, termasuk perkembangan profesionalitas mahasiswa sebagai calon dokter.<sup>1</sup> Salah satu caranya adalah penilaian persepsi mahasiswa terhadap pelaksanaan Mini-CEX.

Mini-CEX adalah suatu metode penilaian kompetensi untuk mahasiswa yang diperkenalkan oleh American Board of Internal Medicine.<sup>2</sup> Metode ini memberikan banyak kesempatan kepada mahasiswa untuk mendapatkan berbagai macam pasien atau kasus yang diobservasi langsung oleh *supervisor*. Mini-CEX dilakukan dengan cara mengobservasi interaksi mahasiswa dengan pasien untuk kemudian dinilai kompetensi klinisnya dan diberikan *feedback* konstruktif terhadap pencapaiannya. Terdapat 7 (tujuh) kompetensi yang

menjadi fokus pada penilaian Mini-CEX, yaitu anamnesis, pemeriksaan fisik, penalaran klinis (diagnosis), manajemen pasien, komunikasi dan konsultasi, profesionalisme, dan organisasi/ efisiensi. Proses penilaian difasilitasi dengan menggunakan lembar penilaian. Sebagai metode penilaian, mini-CEX dilaporkan memiliki keterlaksanaan (*feasibility*) yang baik, baik menurut penguji maupun peserta ujian.<sup>3</sup>

Hasil dari penilaian Mini-CEX dapat digunakan sebagai informasi dasar untuk memberikan umpan-balik yang konstruktif (*constructive feedback*) langsung terhadap performa mahasiswa.<sup>4,5,6</sup> Hal ini diketahui secara langsung meningkatkan pembelajaran mahasiswa.<sup>7,8</sup> Mini-CEX meningkatkan pembelajaran mahasiswa melalui informasi tentang kemajuan atau kekurangan akan kompetensinya, arahan tentang materi yang dibutuhkan dan sumber pembelajaran yang dapat memfasilitasi pembelajaran, serta motivasi untuk mempunyai aktivitas pembelajaran yang sesuai.<sup>8</sup> Proses yang terjadi secara terus menerus selama proses pendidikan tersebut, secara jangka panjang dapat berdampak terhadap perkembangan profesionalisme mahasiswa.

Mengingat pentingnya hal tersebut diatas, maka penelitian ini dilakukan dengan tujuan mengetahui persepsi mahasiswa tentang pelaksanaan Mini-CEX

sebagai metode penilaian di program pendidikan keperawatan klinik dan manfaatnya terhadap pembelajaran serta perkembangan profesionalitas mahasiswa. Hubungan antara persepsi dengan nilai Mini-CEX mahasiswa dan perbandingan persepsi berdasarkan karakteristik bagian/ stase juga diteliti.

## METODE

Penelitian menggunakan rancangan penelitian potong lintang. Penelitian menggunakan kuesioner tertutup yang berisi 5 skala likert (1 = Sangat tidak setuju, 5 = Sangat setuju). Terdapat 3 poin utama yang dijadikan dasar penilaian mahasiswa terhadap pelaksanaan Mini-CEX selama pendidikan keperawatan klinik di FK UGM, yaitu (a) Mini-CEX sebagai media penilaian sebanyak 5 pertanyaan, (b) Mini-CEX sebagai media pembelajaran sebanyak 11 pertanyaan, dan (c) Mini-CEX dalam perkembangan profesionalisme sebanyak 3 pertanyaan. Kuesioner diberikan kepada seluruh mahasiswa yang sedang menjalani keperawatan klinik di Bagian Ilmu Penyakit Dalam (IPD) dan Ilmu Penyakit Saraf, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta (FK UGM), dari bulan September 2010–Maret 2011. Mahasiswa diminta mengisi lembar kuesioner penelitian secara sukarela setelah menyelesaikan keperawatan klinik di kedua Bagian.

Penilaian persepsi mahasiswa terhadap pelaksanaan Mini-CEX, dilakukan dengan menghitung persentase nilai jawaban kuesioner mahasiswa terhadap pelaksanaan Mini-CEX pada masing-masing bagian. Hubungan persepsi mahasiswa terhadap nilai Mini-CEX dinilai dengan cara menghitung nilai rata-rata total persepsi mahasiswa dibandingkan dengan rata-rata nilai Mini-CEX mahasiswa dengan menggunakan Uji korelasi *Spearman*. Sedangkan untuk mengetahui perbedaan

penilaian persepsi terhadap pelaksanaan Mini-CEX di Bagian IPD dan Ilmu Penyakit Saraf, maka persepsi antara kedua bagian tersebut dibandingkan, dengan menghitung nilai rata-rata total persepsi masing-masing bagian dengan menggunakan Uji komparatif *Mann-Whitney*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Selama periode bulan September 2010 – Maret 2011 terdapat 74 orang mahasiswa keperawatan klinik Bagian IPD, dan 42 orang mahasiswa keperawatan klinik Bagian Ilmu Penyakit Saraf telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Dua orang mahasiswa di Bagian IPD dieksklusi karena tidak mengisi kuesioner. Sepuluh orang mahasiswa di Bagian Ilmu Penyakit Saraf dieksklusi karena tidak mengisi kuesioner. Sehingga jumlah mahasiswa keperawatan klinik yang memenuhi kriteria inklusi berjumlah 72 orang dari Bagian IPD, dan 31 orang dari Bagian Ilmu Penyakit Saraf.

Uji validitas dan reabilitas dilakukan kepada seluruh responden penelitian yang berjumlah 103 mahasiswa yang sedang melakukan pendidikan keperawatan klinik di bagian IPD dan Ilmu Penyakit Saraf. Uji validitas instrumen ini menggunakan uji *Pearson Moment Product*, dengan hasil semua item memiliki korelasi yang tinggi terhadap skor totalnya.<sup>9,10</sup> Hal ini ditunjukkan dengan seluruh item pertanyaan memiliki taraf kebermaknaan sebesar 0,01 ( $p < 0.05$ ).

Uji reliabilitas instrumen ini menggunakan uji *Split-half method* kemudian dilanjutkan dengan pengujian dengan rumus *Spearman-Brown*.<sup>9,10</sup> Hasil korelasi antara skor item ganjil dan genap adalah 0,826. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa item-item di atas memiliki tingkat reliabilitas yang tinggi.

Tabel 1. Persentase penilaian persepsi terhadap pelaksanaan Mini-CEX Bagian Ilmu Penyakit Dalam

No	Item Pertanyaan	STS (%)	TS (%)	RR (%)	S (%)	SS (%)	Total (%)
<b>I.</b>	<b>Mini-CEX sebagai media penilaian</b>						
1.	Penilaian ini praktis untuk dilakukan	0	1.4	12.5	73.6	12.5	100
2.	Penguji nyaman saat melakukan pengamatan terhadap kemampuan saya	0	1.4	20.8	69.4	8.3	100
3.	Pengamatan penting dalam penilaian keterampilan klinis	0	0	4.2	76.4	19.4	100
4.	Lembar penilaian mudah diisi	0	1.4	20.8	70.8	6.9	100
5.	Kolom <i>feedback</i> cukup untuk diisi	0	2.8	20.8	69.4	6.9	100
<b>II.</b>	<b>Mini-CEX sebagai media pembelajaran</b>						
6.	Membantu staf klinik untuk mengamati interaksi saya dengan pasien	0	1.4	9.7	77.8	11.1	100
7.	Pengamatan langsung adalah kekuatan penting Mini-CEX	0	0	2.8	81.9	15.3	100
8.	Memiliki dampak positif terhadap hubungan kerja staf klinik dan saya	0	1.4	15.3	70.8	12.5	100
9.	Mempengaruhi pembelajaran saya	0	1.4	6.9	73.6	18.1	100
10.	Menyiapkan saya menghadapi ujian akhir di bagian ini	0	0	12.5	69.4	18.1	100
11.	<i>Feedback</i> penguji membantu saya memperbaiki kelemahan	0	0	6.9	63.9	29.2	100
12.	<i>Feedback</i> penguji membantu dokter muda dalam pelayanan terhadap pasien sehari-hari	0	0	8.3	73.6	18.1	100
13.	<i>Feedback</i> adalah kekuatan penting Mini-CEX	0	0	4.2	73.6	22.2	100
14.	Memiliki dampak terhadap <i>self directed learning</i> saya	0	0	15.3	65.3	19.4	100
15.	Hasil Mini-CEX sebelumnya mempengaruhi saya pada Mini-CEX berikutnya	0	0	12.5	75.0	12.5	100
16.	Pengalaman yang diperoleh saya saat penilaian Mini-CEX dapat digunakan pada kegiatan sehari-hari	0	1.4	9.7	79.2	9.7	100
<b>III.</b>	<b>Mini-CEX dalam perkembangan profesionalisme</b>						
17.	Penilaian ini mempengaruhi perkembangan sikap profesional saya sebagai dokter	0	0	11.1	75	13.9	100
18.	Penilaian ini mempengaruhi perspektif saya mengenai pelayanan pasien	0	1.4	8.3	75	15.3	100
19.	Penilaian ini mempengaruhi hubungan saya dengan pasien dan keluarganya	0	1.4	13.9	68.1	16.7	100

Keterangan: STS = Sangat Tidak Setuju, TS = Tidak Setuju, RR = Ragu-ragu, S = Setuju, SS = Sangat Setuju

Persentase penilaian persepsi pelaksanaan Mini-CEX pada Bagian Ilmu Penyakit Saraf dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Persentase penilaian persepsi terhadap pelaksanaan Mini-CEX Bagian Ilmu Penyakit Saraf

No	Item Pertanyaan	STS (%)	TS (%)	RR (%)	S (%)	SS (%)	Total (%)
<b>I. Mini-CEX sebagai media penilaian</b>							
1.	Penilaian ini praktis untuk dilakukan	0	16.1	0	83.9	0	100
2.	Penguji nyaman saat melakukan pengamatan terhadap kemampuan saya	3.2	6.5	19.4	67.7	3.2	100
3.	Pengamatan penting dalam penilaian keterampilan klinis	3.2	0	0	87.1	9.7	100
4.	Lembar penilaian mudah diisi	3.2	6.5	12.9	71	6.5	100
5.	Kolom <i>feedback</i> cukup untuk diisi	3.2	6.5	12.9	74.2	3.2	100
<b>II. Mini-CEX sebagai media pembelajaran</b>							
6.	Membantu staf klinik untuk mengamati interaksi saya dengan pasien	6.5	3.2	0	67.7	22.6	100
7.	Pengamatan langsung adalah kekuatan penting Mini-CEX	3.2	0	6.5	58.1	32.3	100
8.	Memiliki dampak positif terhadap hubungan kerja staf klinik dan saya	3.2	3.2	16.1	54.8	22.6	100
9.	Mempengaruhi pembelajaran saya	3.2	0	9.7	61.3	25.8	100
10.	Menyiapkan saya menghadapi ujian akhir di bagian ini	3.2	3.2	6.5	61.3	25.8	100
11.	<i>Feedback</i> penguji membantu saya memperbaiki kelemahan	0	0	3.2	61.3	35.5	100
12.	<i>Feedback</i> penguji membantu dokter muda dalam pelayanan terhadap pasien sehari-hari	0	3.2	9.7	54.8	32.3	100
13.	<i>Feedback</i> adalah kekuatan penting Mini-CEX	0	0	0	64.5	35.5	100
14.	Memiliki dampak terhadap <i>self-directed learning</i> saya	0	0	3.2	67.8	29	100
15.	Hasil Mini-CEX sebelumnya mempengaruhi saya pada Mini-CEX berikutnya	6.5	9.7	9.7	45.2	29	100
16.	Pengalaman yang diperoleh saya saat penilaian Mini-CEX dapat digunakan pada kegiatan sehari-hari	3.2	0	16.1	61.3	19.4	100
<b>III. Mini-CEX dalam perkembangan profesionalisme</b>							
17.	Penilaian ini mempengaruhi perkembangan sikap profesional saya sebagai dokter	3.2	12.9	9.7	58.1	16.1	100
18.	Penilaian ini mempengaruhi perspektif saya mengenai pelayanan pasien	3.2	3.2	19.4	54.8	19.4	100
19.	Penilaian ini mempengaruhi hubungan saya dengan pasien dan keluarganya	3.2	16.1	6.5	61.3	12.9	100

Keterangan: STS = Sangat Tidak Setuju, TS = Tidak Setuju, RR = Ragu-ragu, S = Setuju, SS = Sangat Setuju

Hasil analisis hubungan antara persepsi mahasiswa terhadap pelaksanaan Mini-CEX dengan rata-rata nilai Mini-CEX dengan menggunakan *uji korelasi Spearman* menunjukkan bahwa nilai kebermaknaan korelasi pada Bagian IPD adalah 0.839 ( $p > 0.05$ ) dan pada Bagian Ilmu Penyakit Saraf adalah 0.705 ( $p > 0.05$ ). Hal ini

menunjukkan bahwa korelasi antara persepsi mahasiswa terhadap pelaksanaan Mini-CEX dan nilai Mini-CEX Bagian IPD dan Ilmu Penyakit Saraf, keduanya tidak bermakna. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna antara persepsi mahasiswa di Bagian IPD dan Bagian Ilmu Penyakit Saraf, yaitu 0.014 ( $p < 0.05$ ).



### Mini-CEX sebagai media penilaian

Hasil penelitian pada lima pertanyaan tentang persepsi mahasiswa terhadap Mini-CEX sebagai media penilaian di Bagian IPD menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa menyatakan setuju dan sangat setuju, yaitu; penilaian ini praktis untuk dilakukan (86.1%); pengujian nyaman saat melakukan pengamatan terhadap kemampuan mahasiswa (77.7%); pengamatan penting dalam penilaian keterampilan klinis (95.8%); lembar penilaian mudah diisi (77.7%); dan kolom *feedback* cukup untuk diisi (76.3%). Demikian juga di Bagian Ilmu Penyakit Saraf, sebagian besar mahasiswa menyatakan setuju dan sangat setuju pada kelima item tersebut yaitu; 83.9%, 70.9%, 96.8%, 77.5% dan 77.4%. Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa Mini-CEX memiliki keterlaksanaan yang baik.<sup>3,11</sup> Wilkinson et al<sup>12</sup> menyebutkan Mini-CEX dilakukan hanya sekitar 25 menit (termasuk dengan pemberian *feedback*), dan diantara metode penilaian yang digunakan, baik residen dan *supervisor* menyatakan setuju bahwa Mini-CEX adalah media penilaian yang praktis untuk dilakukan dalam pengembangan kompetensi sebagai seorang dokter.

Terkait pentingnya pengamatan dalam penilaian keterampilan klinik, Hauer<sup>4</sup> mengatakan bahwa Mini-CEX digunakan untuk mengobservasi langsung mahasiswa saat melakukan keterampilan klinik, khususnya anamnesis dan pemeriksaan fisik. Selain itu, Holmboe et al<sup>5</sup> mengatakan, pengamatan langsung (*direct observation*) oleh pengajar klinis adalah proses penting/vital untuk mengevaluasi keterampilan klinik mahasiswa. Pengamatan langsung (*Direct Observation*) terhadap pelatihan kompetensi, adalah pendekatan baru dalam pengembangan pendidikan, memimpin perubahan yang berarti dalam penilaian perilaku, dan membawa kenyamanan dan kemudahan pengajar dalam mengevaluasi keterampilan klinis mahasiswanya.

Adanya kolom *feedback* yang cukup untuk diisi, maka akan memudahkan pengujian untuk memberikan catatan terhadap kelebihan dan kekurangan yang membangun dari hasil observasi dan membuat rencana pembelajaran bagi mahasiswa.<sup>8</sup> Dengan demikian mahasiswa dapat belajar dan dapat mengembangkan keterampilan klinis mahasiswa dari catatan yang diberikan oleh pengujian.

### Mini-CEX sebagai media pembelajaran

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa menyatakan setuju terhadap 11 pertanyaan terkait Mini-CEX sebagai media pembelajaran di kedua Bagian. Sebanyak 88.9% mahasiswa di Bagian IPD dan 90.3% mahasiswa di Bagian Ilmu Penyakit Saraf setuju dan sangat setuju Mini-CEX membantu staf klinik untuk mengamati mahasiswa dengan pasien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian di tingkat residen yang menunjukkan bahwa mini-CEX memiliki ketepatan yang lebih tinggi dalam penilaian kompetensi klinis mahasiswa, memberikan kesempatan penilaian pada berbagai tempat klinik dan berbagai kondisi pasien dan dilaksanakan langsung ditempat saat kontak dengan pasien.<sup>13</sup>

Pengamatan langsung sebagai kekuatan penting Mini-CEX disetujui oleh sebagian besar mahasiswa baik di Bagian IPD maupun Ilmu Penyakit Saraf (97.2% dan 90.4%). Hal ini sejalan dengan penelitian lain yang menunjukkan bahwa pengamatan langsung pada Mini-CEX meningkatkan validitas dan reliabilitas penilaian mahasiswa.<sup>6</sup> Pengamatan langsung secara terus menerus dan berkelanjutan akan menyebabkan kemampuan atau kompetensi mahasiswa dapat terukur.<sup>8</sup>

Pengamatan langsung penting untuk memberikan *feedback* kepada mahasiswa selama kepaniteraan klinik.<sup>14</sup> Oleh karena itu, selain pengamatan langsung, sebagian besar mahasiswa pada Bagian IPD (95.8%) dan seluruh mahasiswa di Ilmu Penyakit Saraf (100%) menyatakan setuju dan sangat setuju bahwa *feedback* adalah kekuatan penting dalam pelaksanaan Mini-CEX. Hal ini sesuai dengan pendapat Norcini & Burch<sup>8</sup> yang menyatakan bahwa ketersediaan *feedback* adalah salah satu kekuatan utama Mini-CEX dalam memfasilitasi pembelajaran mahasiswa. *Feedback* pada Mini-CEX mampu memfasilitasi proses pembelajaran karena *feedback* menginformasikan tentang *progress* (kemajuan) atau kekurangan akan kompetensinya, memberikan arahan tentang apa yang mereka butuhkan dan sumber pembelajaran yang bisa memfasilitasi pembelajaran mahasiswa dan memotivasi mereka untuk mempunyai aktivitas pembelajaran yang sesuai.<sup>8</sup> Sehingga, pendapat bahwa penilaian mengarahkan pembelajaran mahasiswa terjadi pada penerapan Mini-CEX ini. Dengan adanya Mini-CEX, mahasiswa akan termotivasi untuk mencapai kompetensinya, memahami tujuan pembelajaran dan standar/ kriteria yang diharapkan, dan menggunakan

*feedback* yang mereka terima untuk melakukan refleksi dan memperbaiki performa sehingga dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan.<sup>15</sup> Hal tersebut dapat terkonfirmasi pada hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa di Bagian IPD dan Ilmu Penyakit Saraf setuju dan sangat setuju bahwa: *feedback* penguji membantu mahasiswa memperbaiki kelemahan (93.1% dan 96.8%); memiliki dampak terhadap *self directed learning* mahasiswa (84.7% dan 96.8%); mempengaruhi pembelajaran mahasiswa (91.7% dan 87.1%); menyiapkan mahasiswa menghadapi ujian akhir di bagian (87.5% dan 87.1); dan, hasil Mini-CEX sebelumnya mempengaruhi mahasiswa pada pelaksanaan Mini-CEX berikutnya (87.5% dan 74.2%). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian penerapan Mini-CEX di tingkat Residen yang menunjukkan bahwa Mini-CEX memberikan pengaruh yang konstruktif terhadap pembelajaran Residen.<sup>16</sup> Sebagai dampaknya, penelitian lain menunjukkan bahwa dibandingkan dengan tahun pertama, residen mengalami peningkatan yang bermakna dalam semua aspek kompetensi yang dinilai dalam Mini-CEX.<sup>13</sup>

Selain berdampak terhadap pembelajaran mahasiswa karena memungkinkan pengajar dapat memberikan *feedback* yang berkualitas, Mini-CEX juga dapat membangun hubungan yang baik antara peserta didik dan pengajar, serta menjadi sarana pengawasan dan pemberian model dari pelaksanaan keterampilan klinik. Hal ini ditunjukkan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa di Bagian IPD dan Ilmu Penyakit Saraf menyatakan setuju dan sangat setuju (83.3% dan 77.4%) pelaksanaan Mini-CEX memiliki dampak positif terhadap hubungan kerja pengajar klinik dengan mahasiswa.

Mini-CEX dilakukan empat kali di Bagian IPD dan 2 kali di Bagian Ilmu Penyakit Saraf. Menyadari dirinya akan diamati secara langsung saat berinteraksi dengan pasien untuk kemudian dinilai dan mendapatkan *feedback*, maka mahasiswa akan selalu belajar dan berlatih untuk menghadapi Mini-CEX selanjutnya.<sup>17</sup> Pengalaman inilah yang dijadikan mahasiswa sebagai proses pembelajaran untuk digunakan dalam kegiatan sehari-hari. Hal tersebut didukung hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa di Bagian IPD dan Ilmu Penyakit Saraf setuju bahwa dalam pelaksanaan Mini-CEX, *feedback* penguji membantu mahasiswa dalam pelayanan terhadap pasien sehari-hari

(91,7% dan 87,1%) dan pengalaman yang diperoleh mahasiswa saat penilaian Mini-CEX dapat digunakan pada kegiatan sehari-hari (88,9% dan 80,7%).

### **Mini-CEX dalam perkembangan profesionalisme**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa di Bagian IPD dan Ilmu Penyakit Saraf menyatakan setuju dan sangat setuju terhadap ketiga pertanyaan terkait peran Mini-CEX dalam perkembangan profesionalisme yaitu: penilaian dalam pelaksanaan Mini-CEX dapat mempengaruhi sikap profesional mahasiswa sebagai seorang dokter (88.9% dan 74.2%); penilaian dalam pelaksanaan Mini-CEX mempengaruhi perspektif mahasiswa terhadap pelayanan pasien (90.3% dan 74.2%); dan, penilaian Mini-CEX mempengaruhi hubungan mahasiswa dengan pasien dan keluarganya (84.8% dan 74.2%). Hasil penelitian tersebut dapat disebabkan adanya pengamatan langsung terhadap mahasiswa saat berinteraksi dengan pasien secara terus menerus sehingga pengajar mengetahui perkembangan kompetensi klinik mahasiswa yang diperlukan untuk menjadi dokter yang profesional. Sikap-sikap tidak profesional yang muncul saat mahasiswa menghadapi pasien dapat diidentifikasi sejak dini.<sup>18</sup> Hal ini dapat mencegah lahirnya dokter yang tidak profesional. Terlebih lagi, perkembangan kompetensi tersebut didokumentasikan, sehingga dapat digunakan untuk menilai profesionalitas mahasiswa secara menyeluruh.<sup>17,18</sup> Selain itu, Mini-CEX juga memiliki *predictive validity* yang baik, sehingga gambaran kompetensi klinik mahasiswa di masa depan dapat tergambarkan secara dini.<sup>3,11</sup>

Mini-CEX dilaksanakan dengan melibatkan berbagai jenis kasus, sehingga mahasiswa terpapar dengan banyak pasien dan berbagai diagnosis yang terjadi dalam konteks pelayanan.<sup>2,8,13,19</sup> Diharapkan, interaksi tersebut dapat berdampak baik terhadap cara pandang mahasiswa dalam berhubungan dan melayani pasien. Karena umumnya pasien didampingi keluarganya, hal ini juga akan berdampak terhadap hubungan mahasiswa dengan keluarga pasien.

Hal penelitian menunjukkan bahwa besar kecilnya nilai Mini-CEX mahasiswa tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap pelaksanaan Mini-CEX. Dengan demikian, persepsi mahasiswa tidak terkait dengan nilai Mini-CEX yang mereka peroleh. Adanya perbedaan yang bermakna ( $p < 0,05$ ) pada perbandingan persepsi mahasiswa antara kedua Bagian dapat disebabkan karena

perbedaan jumlah pelaksanaan Mini-CEX. Pada Bagian IPD, Mini-CEX dilakukan sebanyak 4 kali, sedangkan pada Ilmu Penyakit Saraf hanya dilakukan sebanyak 2 kali.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat ditarik kesimpulan bahwa menurut pendapat mahasiswa Mini-CEX dapat menjadi media penilaian, media pembelajaran, serta dapat mengembangkan sikap profesionalisme mahasiswa selama kepaniteraan klinik. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah diharapkan dapat dilakukan penelitian sejenis dengan subyek penelitian yang lebih besar dan dapat berasal dari universitas yang berbeda untuk mengetahui kemungkinan dampak perbedaan tempat dan budaya belajar mengajar. Karena penelitian ini berdasarkan persepsi mahasiswa, penelitian tentang dampak Mini-CEX terhadap keterampilan klinik mahasiswa dan mekanisme penilaian Mini-CEX mempengaruhi proses pembelajaran mahasiswa masih diperlukan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Shumway JM, Harden RM. The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. *Medical Teacher*. 2003;25(6):569-84.
2. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX: a preliminary investigation. *Ann Intern Med*. 1995;123(10):795-9.
3. Kogan JR, Bellini LM, & Shea JA. Feasibility, reliability and validity of the mini clinical evaluation exercise (Mini-CEX) in a medicine core clerkship. *Academic Medicine*. 2003;78:33-5.
4. Hauer KE. Enhancing feedback to students using the mini-CEX (Clinical Evaluation Exercise). *Academic Medicine*. 2000;75:524.
5. Holmboe ES, Yepes M, Williams F, and Huot S. Feedback and the Mini Clinical Evaluation Exercise. *J Gen Intern Med*. 2004;19:558-61.
6. Kogan JR, Hauer KE. Brief report: use of the mini-clinical evaluation exercise in internal medicine core clerkships. *J Gen Intern Med*. 2006;21:501-2.
7. De lima AA, Henquin R, Thierer J, Paulin J, Lamari S, Belcastro F, & Van der Vleuten, CPM. A qualitative study of the impact on learning of the mini clinical evaluation exercise in postgraduate training. *Medical Teacher*. 2005;27(1):46-52.
8. Norcini J & Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Medical Teacher*. 2007; 129:855-71.
9. Alhusni S. Aplikasi statistik praktis dengan SPSS 10. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2003.
10. Sugiyono. Statistika untuk penelitian. Bandung: Alfabeta; 2007.
11. Durning SJ, Cation LJ, Market RJ, Pangaro LN. Assessing the reliability and validity of the mini clinical evaluation exercise for internal medicine residency training. *Academic Medicine*. 2002; 77:900-4.
12. Wilkinson J, Crossley J, Wragg A, Mills P, Cowan G and Wade W. Implementing workplace-based assessment across the medical specialties in the United Kingdom. *Medical Education*. 2008;42:364-73.
13. Norcini JJ, Blank LL, Duffy D, & Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med*. 2003;138:476-81.
14. Van hell EA, Kuks JBM, Raat ANJ, Van Lohuizen, Cohen J. Instructiveness of feedback during clerkships: influence of supervisor, observation and student initiative. *Medical Teacher*. 2008;31(1):45-50.
15. Nicholson S, Cook V, Naish J, & Boursicot K. Feedback: its importance in developing medical student's clinical practice. *The Clinical Teacher*. 2008;5(1):63-166.
16. Malhotra S, Hatala R & Courneya CA. Internal medicine residents' perceptions of the mini-clinical evaluation exercise. *Medical Teacher*. 2008;30:414-9.
17. Hill F, Kendall K. Adopting and adapting the mini-CEX as an undergraduate assessment and learning tool. *The Clinical Teacher*. 2007;4:244-8.
18. Wragg A, Wade W, Fuller G, Cowan G & Mills P. Assessing the performance of specialist registrars. *Clin Med*. 2003;2:131-4.
19. Norcini JJ. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *The Clinical Teacher*. 2005;2(1):25-30.