

## DOSEN PENDIDIK KLINIS

Sulistiawati<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Laboratorium ilmu pendidikan kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman

Korespondensi: [sulis\\_fkunmul@yahoo.com](mailto:sulis_fkunmul@yahoo.com)

### Abstrak

Pendidikan klinik merupakan jantung dari pendidikan kedokteran. Mahasiswa dapat langsung berinteraksi dengan pasien dan merasakan pengalaman nyata dalam merawat pasien. Dalam kegiatan pembelajaran di pendidikan klinik, dosen pendidik klinis memainkan peran yang penting. Dosen pendidik klinis berperan sebagai dokter, guru, supervisor dan *supporter*. Umpan balik dari dosen pendidik klinis dapat membantu mahasiswa mencapai kompetensinya. Institusi pendidikan kedokteran wajib melakukan pelatihan bagi dosen pendidik klinis sebagai bekal sebelum melakukan kegiatan pembelajaran maupun *assessment* di pendidikan klinik.

**Kata kunci:** pendidikan klinik, dosen pendidik klinis.

### Abstract

Clinical education is the heart of medical education. Students can interact directly with patients and feel the real experience in treating patients. Clinical educators play an important role in learning activities of clinical education. Clinical educators play a role as a doctor, teacher, supervisor and supporter. Feedback from clinical educators can help improving students' academic performance. Medical education institutions are required to conduct training for clinical educators as preliminaries before learning activities and assessment in clinical education.

**Keywords:** clinical education, clinical educators.

### PENDAHULUAN

*Workplace base* atau dalam dunia kedokteran disebut sebagai pendidikan klinik adalah suatu tempat dimana pasien, mahasiswa dan praktisi bergabung bersama-sama untuk melaksanakan pelayanan medis dan proses pembelajaran.<sup>1</sup>

Pendidikan klinik merupakan jantung dari pendidikan kedokteran. Pendidikan klinik dapat memberikan pengalaman bagi mahasiswa dalam merawat pasien. Proses belajar di pendidikan klinik berfokus pada masalah nyata dalam konteks

praktek profesional sebagai seorang dokter. Pendidikan klinik merupakan satu-satunya tempat dimana keterampilan anamnesis pemeriksaan fisik, penalaran klinis, pengambilan keputusan, empati, dan profesionalisme dapat dipelajari sebagai kesatuan yang terintegrasi.<sup>2</sup>

Pelaksanaan pendidikan klinik di Indonesia telah diatur oleh undang-undang No. 20 tahun 2013 tentang pendidikan kedokteran. Berdasarkan UU tersebut, proses pembelajaran mahasiswa kedokteran dibagi menjadi dua tahap yaitu tahap akademik dan pendidikan profesi. Proses

pembelajaran mahasiswa pada tahap profesi berbentuk pembelajaran klinik dan pembelajaran komunitas yang menggunakan berbagai bentuk dan tingkat pelayanan kesehatan. Pada tahap profesi, mahasiswa diberi kesempatan untuk terlibat pada pelayanan kesehatan dengan bimbingan dosen.<sup>3</sup>

Proses pembelajaran di pendidikan klinik memiliki beberapa tantangan, yaitu adanya persaingan antara kebutuhan pasien untuk dilayani dan kebutuhan pembelajaran mahasiswa.<sup>2</sup> Fokus pendidikan klinik adalah pelayanan dan keselamatan pasien,<sup>4</sup> sehingga kepentingan pembelajaran terkesan diabaikan. Selain itu, kondisi di pendidikan klinik tidak dapat diprediksi. Mahasiswa yang bertambah dan jumlah pasien sedikit turut menjadi tantangan dalam menyelenggarakan pendidikan klinik.<sup>2</sup>

Supervisi, Umpan balik, dan *assessment* memiliki peran dalam pencapaian kompetensi mahasiswa.<sup>5</sup> Ketiga faktor tersebut tidak lepas dari peran dosen pendidik klinik. Secara umum, dosen pendidik klinik bertugas meningkatkan kemampuan mahasiswa dari seorang *beginners* menjadi seseorang yang berkompeten.<sup>6</sup>

## DOSEN PENDIDIK KLINIS DALAM PENDIDIKAN DOKTER

### Definisi Dosen Pendidik Klinik

Permenpan 2008 no. 17 Pasal 1 (1) menyatakan bahwa dosen pendidik klinik adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan/medik, pengabdian masyarakat, pendidikan dokter dan dokter spesialis di Rumah Sakit pendidikan serta melakukan penelitian guna pengembangan ilmu kedokteran yang diduduki oleh pegawai negeri sipil dengan hak

dan kewajiban yang diberikan secara penuh oleh pejabat yang berwenang.<sup>7</sup>

Sherbino *et al.*,<sup>8</sup> mendefinisikan pendidik klinik sebagai orang yang aktif dalam praktek klinis, mengaplikasikan teori pendidikan ke praktek klinis dan terlibat dalam kegiatan pendidikan.

### Peran dan Kompetensi Dosen Pendidik Klinik

Model belajar yang dapat digunakan pada pendidikan klinik yaitu model *experiential-base* yang dikemukakan oleh Dornan<sup>9</sup>. Model ini menjelaskan proses belajar mahasiswa di pendidikan klinik untuk menjadi seorang dokter. Ada tiga hal yang dijelaskan pada model ini yaitu konteks, proses dan *outcome*. Ketika mahasiswa memasuki tahap pendidikan klinik, mahasiswa akan berinteraksi dengan orang lain (pasien, dokter, perawat, teman) dan berkewajiban menjalani kurikulum yang sudah ditetapkan. Dalam proses pelaksanaan pendidikan di pendidikan klinik, kegiatan pembimbingan oleh dosen pendidik klinik merupakan hal yang penting. Berdasarkan teori perkembangan sosial dari Vygotsky, dengan pemberian pembimbingan kemampuan seseorang dapat meningkat melebihi level perkembangan aktual dirinya.<sup>10</sup>

Pemberian kesempatan dan dukungan kepada mahasiswa, akan membantu mahasiswa berkembang dari *observer* pasif menjadi *active in performance*. Dengan dukungan yang baik mahasiswa dapat mengembangkan kompetensi dan *positive state of mind* (percaya diri, motivasi).<sup>9</sup>

Menurut Parsel & Bligh<sup>11</sup> terdapat empat *role*/peran yang dilakukan seorang pendidik klinik yaitu sebagai dokter, sebagai guru, sebagai supervisor dan sebagai *supporter*. Sebagai dokter, pendidik klinik harus kompeten dalam ilmu yang dikuasainya, memiliki rasa empati kepada pasien, dan menunjukkan perilaku profesional. Sebagai

dosen, pendidik klinis harus memiliki ketertarikan untuk mengajar, meluangkan waktu untuk mengajar, dapat menjawab dan menjelaskan pertanyaan serta memiliki waktu untuk mengajar. Sebagai supervisor, dosen pendidik klinis memiliki kemampuan untuk memberikan arahan dan umpan balik, melimpahkan tanggung jawab, dan melibatkan mahasiswa dalam pelayanan pasien. Sebagai supporter, pendidik klinik memiliki sifat ramah, memberi bantuan, perhatian, menghargai mahasiswa sebagai individu dan memiliki sikap positif kepada pasien.

Selain *role* yang harus dijalankan, dosen pendidik klinis juga wajib memiliki kompetensi. Srinivasan *et al.*,<sup>12</sup> membagi kompetensi yang harus dimiliki seorang *medical educator* menjadi 6 kompetensi utama dan 4 kompetensi khusus. Salah satu peran utama *medical educator* adalah sebagai dosen pendidik klinis. Adapun kompetensi yang harus dimiliki seorang dosen pendidik klinis adalah enam kompetensi utama dan dua kompetensi khusus. Kompetensi utama yaitu *medical knowledge*, *learner centered*, keterampilan interpersonal/ komunikasi, profesionalisme, *practice base reflection (self-assessment dan life-long learning)*, dan *system base practice* (memanfaatkan sumberdaya untuk memberikan pengajaran yang optimal). Kompetensi khusus yang diperlukan sebagai pembimbing klinik yaitu membuat kurikulum dan implementasinya serta kemampuan *mentorship*.

Berdasarkan teori belajar *cognitive apprenticeship*, mahasiswa akan belajar melalui:<sup>13</sup>

1. *Modelling*: memungkinkan mahasiswa untuk mengamati praktik yang dilakukan oleh dosen agar mereka dapat membangun konsep dari praktek tersebut.

2. *Coaching*: melihat mahasiswa praktek, memberikan bimbingan, kritik dan umpan balik
3. *Scaffolding*: menawarkan mahasiswa untuk banyak berlatih dan meningkatkan tingkat kesulitannya secara bertahap dan secara perlahan *input* dosen dihilangkan.
4. *Articulation*: menggunakan pertanyaan dan supervisi untuk mendorong mahasiswa membicarakan mengenai apa yang mereka lakukan, mengapa dan bagaimana hal tersebut dilakukan, serta memberikan alasan terhadap apa yang mahasiswa lakukan.
5. *Reflection*: mendorong mahasiswa untuk menganalisis performanya dan membandingkan performa tersebut dengan ahli untuk mengidentifikasi hal-hal yang dapat digunakan untuk meningkatkan performa tersebut.
6. *Exploration*: memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk melakukan tugas-tugas dan aktivitas baru, sehingga mendorong tindakan dan pemikiran yang mandiri dari mahasiswa.

Kemampuan mahasiswa untuk belajar melalui *modelling*, *coaching*, *scaffolding*, artikulasi, refleksi, dan eksplorasi tergantung dari kemampuan dosen. Sebagai contoh belajar melalui *modelling* dapat dilakukan pada saat awal masuk suatu bagian/stase. Namun dalam pelaksanaannya *modelling* dilakukan dalam waktu singkat. Dosen pendidik klinis menganggap mahasiswa sudah mampu untuk langsung beraksi menghadapi pasien, sehingga mahasiswa tidak dilatih secara bertahap. Mahasiswa langsung diberikan tugas yang kompleks.

Agar dapat memberikan bimbingan sesuai dengan kebutuhan mahasiswa, seorang dosen pendidik klinis harus mengetahui tingkat kesiapan mahasiswa. Ken Blanchard<sup>14</sup> melalui model

kepemimpinan situasional membagi kesiapan pengikut, dalam hal ini mahasiswa, menjadi empat kelompok yaitu *enthusiastic beginner* (D1: tidak kompeten, komitmen tinggi), *disillusioned learner* (D2: beberapa kompeten, komitmen rendah), *capable but caution performer* (D3: kompetensi sedang sampai tinggi, komitmen bervariasi), dan *self reliant achiever* (D4: kompeten tinggi, komitmen tinggi). Pembimbingan yang diberikan pun disesuaikan dengan tingkat kesiapan tersebut. Kelompok D1 pembimbing lebih banyak mengarahkan (*directing*), kelompok D2 pembimbing banyak melatih (*coaching*), kelompok D3 pembimbing banyak mendukung (*supporting*) dan kelompok D4 pembimbing banyak mendelegasikan (*delegating*). Dengan mengetahui tingkat kesiapan mahasiswa, dosen dapat memilih jenis pembimbingan yang cocok bagi mahasiswa tersebut.

#### **Peran Dosen Pendidik Klinis dalam Pencapaian Kompetensi Mahasiswa**

Berbagai faktor mempengaruhi pencapaian kompetensi mahasiswa di pendidikan klinik. Daelmans *et al.*,<sup>5</sup> menekankan pentingnya peran supervisi, umpan balik dan *assessment* dalam pencapaian kompetensi. Hoffman & Donaldson<sup>15</sup> menekankan pengaruh *contextual tensions*, sedangkan Wong<sup>16</sup> menekankan peran budaya.

#### **Supervisi, umpan balik dan *assessment***

Daelmans *et al.*,<sup>5</sup> menyatakan bahwa supervisi, umpan balik *and assessment* adalah faktor yang penting untuk mencapai kompetensi klinik. Supervisi adalah pemberian bimbingan dan umpan balik mengenai hal-hal pengembangan pribadi, profesional dan pendidikan dalam konteks pengalaman peserta dalam rangka mewujudkan pelayanan pasien yang aman dan tepat.<sup>17</sup> Dolman *et al.*,<sup>18</sup> juga menekankan peran supervisi yang baik

sebagai faktor yang berperan penting pada pembelajaran mahasiswa. Melalui supervisi mahasiswa mendapatkan banyak umpan balik. Walaupun jumlah pasien sedikit, namun bila supervisi baik maka rotasi klinik tetap efektif.

Faktor kedua yaitu umpan balik. Umpan balik dapat memberikan informasi kepada mahasiswa mengenai kesenjangan antara performa yang aktual dan yang seharusnya. Apabila mahasiswa tidak diberi umpan balik atau pemberiannya minimal, maka performa yang baik tidak diberi penguatan dan performa yang kurang baik tidak dikoreksi, mahasiswa akan mengira bahwa yang dilakukan telah benar, dan mahasiswa belajar berdasarkan *trial and error*.<sup>19</sup>

Faktor ketiga yaitu *assessment*. Ciliers *et al.*,<sup>20</sup> menjelaskan pengaruh *assessment* terhadap proses belajar. *Assessment* mempengaruhi belajar mahasiswa melalui motivasi ekstrinsik, konsekuensi, mencapai hasil yang diinginkan, *goal*, *norm*, *agency*, dan emosi. *Assessment* menjadi motivasi eksternal mahasiswa dan menentukan seberapa besar usaha mereka untuk belajar. Mahasiswa belajar dengan menyesuaikan dengan apa yang akan dinilai daripada memahami materi yang akan dipelajari. Mahasiswa akan memilih bahan yang akan dipelajari untuk mendapat nilai yang diinginkan. Rangkaian yang diinginkan mahasiswa mempengaruhi besarnya usaha belajar mahasiswa. Pengaruh sosial dan teman mempengaruhi respon seseorang terhadap *assessment*. Faktor yang terakhir yaitu emosi. Emosi memediasi respon belajar terhadap *assessment*. Rasa khawatir akan penilaian mempengaruhi besarnya usaha seseorang untuk belajar.

Dosen pendidik klinis sebagai orang yang menilai mahasiswa dapat menggunakan

*assessment* untuk memotivasi mahasiswa dalam belajar. Dosen pendidik klinis dapat menggunakan peran konsekuensi dalam *assessment* untuk meningkatkan usaha mahasiswa dalam mencapai kompetensi yang diinginkan.

### **Contextual tensions**

Faktor lain yang mempengaruhi pembelajaran mahasiswa di klinik menurut Hoffman & Donaldson<sup>15</sup> adalah *contextual tensions* (*patient census*, waktu dan konflik komitmen). *Patient census* yaitu penyakit pasien/kondisi pasien, jumlah pasien, *hospital stay*. Jika *Patient census* meningkat menyebabkan lingkungan belajar bervariasi, namun juga menyebabkan menurunnya waktu elaborasi, refleksi dan *self directed learning*. Apabila *patient census* menurun, materi belajar sedikit, mahasiswa dapat mengeksplorasi lebih dalam topik yang dipelajari, dan aktif *self directed learning*. Faktor kedua yaitu waktu. Jumlah pasien yang banyak menyebabkan waktu mahasiswa diprioritaskan untuk merawat pasien, sehingga waktu refleksi dan elaborasi menurun. Faktor ketiga yaitu adanya konflik komitmen. Setiap orang memiliki komitmen personal dan profesional. Adanya persaingan antar komitmen ini menyebabkan terjadinya bentrok. Misalnya seorang dosen pendidik klinis memiliki tanggung jawab merawat pasien, mengikuti seminar, dan mengajar. Seringkali tugas mengajar ini ditunda.

Tidak dipungkiri bahwa faktor *contextual tension* tidak dapat dihindari. Tugas utama dosen pendidik klinis yang juga berperan sebagai dokter klinik adalah melayani pasien. Oleh karena itu kegiatan pembimbingan mahasiswa yang bersamaan dengan kegiatan pelayanan pasien seringkali ditunda. Regulasi jadwal pembelajaran harus dibuat agar tidak berbenturan dengan jadwal

pelayanan. Komitmen dari dosen pendidik klinis juga memainkan peran yang tidak kalah penting.

### **Budaya**

Budaya juga berperan dalam proses pembelajaran di klinik. Wong<sup>16</sup> melakukan penelitian mengenai pengaruh budaya pada pendidikan kedokteran dengan membandingkan residen anestesi Thailand dan Canada. Hasil penelitiannya menyatakan bahwa budaya mempengaruhi bagaimana kurikulum akan diinterpretasikan. Budaya di Thailand yaitu pembelajaran fokus pada *knowledge*, kedudukan dosen sebagai "*scholar*" (orang yang ahli/*expert*), dan metode pembelajaran lebih banyak dalam bentuk *lecture*. Namun di Canada, pembelajaran fokus pada penguasaan keterampilan, dosen bertindak sebagai kolega, dan metode pengajaran lebih banyak menggunakan diskusi.

### **Struktur pembelajaran**

Faktor yang juga mempengaruhi pembelajaran mahasiswa di klinik yaitu struktur pembelajaran. Van der Hem-Stokroos *et al.*,<sup>21</sup> menyatakan bahwa struktur pembelajaran mempengaruhi penguasaan keterampilan mahasiswa. Kepaniteraan yang terstruktur (menggunakan *logbook*) berpengaruh terhadap kesempatan mahasiswa untuk diobservasi secara langsung serta alokasi waktu untuk menguasai keterampilan. Struktur pembelajaran yang teratur memudahkan proses pembelajaran baik bagi mahasiswa maupun bagi dosen pendidik klinis.

### **Umpan Balik di Pendidikan Klinik**

Van de Ridderet *al.*,<sup>22</sup> mendefinisikan umpan balik di pendidikan klinik sebagai informasi spesifik tentang perbandingan antara performa mahasiswa saat diobservasi dengan standar dan bertujuan untuk meningkatkan performa mahasiswa.

Umpan balik harus memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk merefleksikan performanya dan kemungkinan konsekuensinya. Hal ini dapat membimbing mahasiswa untuk proses belajar selanjutnya dengan mengidentifikasi kekuatan dan kelemahannya. Hal pertama yang diperlukan pada Umpan balik adalah mahasiswa memiliki konsep yang jelas mengenai objektif yang harus mereka capai. Umpan balik dapat memberi informasi kepada mahasiswa tentang seberapa dekat mahasiswa dengan target dan idealnya mahasiswa juga diberi tahu apa yang harus dilakukan untuk mencapai target.<sup>4</sup>

Adanya umpan balik akan mengoreksi kesalahan mahasiswa dan memperkuat performa yang baik.<sup>23</sup> Umpan balik yang dilakukan secara sistematis dapat mengubah performa klinis seorang dokter.<sup>24</sup>

Berikut ini beberapa teori belajar yang berkaitan dengan umpan balik:

#### 1. Teori *operant conditioning*

Skinner menyatakan bahwa unsur penting dalam belajar adalah penguatan (*reinforcement*). Sebuah respons akan diperkuat apabila respons tersebut diberikan penguatan. Salah satu bentuk penguatan adalah umpan balik. Umpan balik positif dapat memperkuat perilaku pembelajar.<sup>10</sup>

#### 2. Teori intervensi umpan balik

Berdasarkan teori intervensi umpan balik, pengaruh umpan balik dapat bervariasi. Umpan balik tidak selalu menghasilkan hasil positif dan meningkatkan performa. Umpan balik yang diberikan mungkin tidak akan memberi pengaruh atau bahkan menyebabkan penurunan performa.<sup>25</sup>

Intervensi umpan balik mempengaruhi proses belajar dengan mengarahkan atensi mahasiswa untuk mengatasi kesenjangan antara standar dan hasil. Jika intervensi umpan balik tidak disertai *cues*

(isyarat) akan menyebabkan penerima umpan balik membuat multistandar, sehingga terjadi penurunan performa.<sup>25</sup>

Kluger & DeNisi<sup>25</sup> melalui intervensi umpan balik menyusun tujuan performa menjadi 3 tingkatan. Tingkatan tertinggi adalah *meta-level* atau *self-level* yaitu tujuan performa berhubungan dengan *self-concept*. Tingkatan menengah yaitu *task level* yang tujuannya berhubungan dengan performa tugas. Tingkatan terakhir yaitu *task learning level* dimana tujuannya berhubungan dengan detail tugas dan rincian yang spesifik dalam melaksanakan tugas. Intervensi umpan balik dapat memberikan hasil yang diharapkan apabila umpan balik diarahkan pada tingkatan rendah dan menengah.

#### 3. Teori *adult learning*

Ada 5 tahapan dalam belajar yang perlu dilalui seorang pembelajar yaitu tahap disonansi, perbaikan, organisasi, umpan balik dan konsolidasi. Semua pembelajaran dimulai dengan pengetahuan pembelajar yang sudah ada sebelumnya. Pada tahap disonansi, pengetahuan ini akan diuji oleh internal maupun eksternal (guru atau pasien). Apabila pengetahuan ini kurang, maka pembelajar akan melakukan refleksi dan mencari solusinya. Solusi tersebut akan menjadi pengetahuan yang baru bagi pembelajar tersebut. Solusi akan diorganisasi dan mendapatkan umpan balik. Setelah umpan balik diorganisasi, pembelajar akan melakukan rekonsiliasi dengan cara merefleksikan kembali proses yang telah mereka alami dan mengidentifikasi apa yang telah mereka pelajari.<sup>26</sup>

Pada teori ini, pemberian umpan balik merupakan fase krusial. Pemberian umpan balik dari guru atau pihak lain akan menguatkan pengetahuan yang baru atau membantu peserta

didik mempertimbangkan kembali informasi tersebut.<sup>26</sup>

Pendidikan kesehatan sering dikritik karena kurang dalam observasi dan memberikan umpan balik kepada para peserta didik. Bahkan ketika observasi atau penilaian telah dibuat, data tentang praktek klinis tidak selalu diberikan kepada peserta didik. Hal ini menghilangkan kesempatan mahasiswa untuk membentuk performa mereka.<sup>27</sup>

Adanya umpan balik eksternal misalnya dari guru, teman, supervisor atau pihak lain akan mempengaruhi proses internal dalam diri mahasiswa. Proses internal tersebut meliputi tujuan belajar, strategi belajar, dan hasil belajar. Umpan balik yang telah diinternalisasi akan mempengaruhi performa.<sup>28</sup>

Berikut ini beberapa hal yang terjadi ketika mahasiswa tidak diberikan umpan balik:<sup>19</sup>

- a. Performa yang baik tidak diberi penguatan dan performa yang kurang baik tidak dikoreksi
- b. Jika pelatih tidak memberikan komentar, peserta akan mengira bahwa yang dilakukan telah benar
- c. Peserta mungkin harus mengandalkan *hearsay* (desas-desus) dari kolega dan petugas lain untuk mendapatkan umpan balik yang mereka butuhkan
- d. Peserta mungkin harus menebak tingkat kompetensi mereka
- e. Peserta belajar berdasarkan *trial and error*

Ende menyampaikan 4 (empat) prinsip penyampaian umpan balik, yaitu pendidik klinik harus menempatkan dirinya menjadi partner bagi mahasiswa, memberikan umpan balik berdasarkan pengamatan langsung, pemberian umpan balik secara proporsional dengan mempertimbangkan *cognitive load* dari mahasiswa, penyampaian

umpan balik menggunakan kata-kata yang tidak menghakimi/menuduh.<sup>23</sup>

Berikut ini kriteria minimal bagi umpan balik di pendidikan klinik:<sup>29,30</sup>

- a. Pada awal kegiatan, mahasiswa diinformasikan mengenai waktu pemberian umpan balik formatif dan sumatif pada performa klinik
- b. Umpan balik terhadap performa klinik harus diberikan secara tepat waktu dan segera setelah penilaian
- c. Umpan balik harus diberikan oleh staf yang mengobservasi mahasiswa secara langsung dan memahami parameter penilaian yang digunakan untuk menilai mahasiswa
- d. Semua mahasiswa harus menerima umpan balik secara pribadi terhadap performa klinisnya
- e. Mahasiswa sebaiknya menerima umpan balik setelah pemeriksaan klinis terhadap pasien yang ditunjuk
- f. Mahasiswa harus disarankan mengenai bagaimana cara meningkatkan kemampuan yang masih kurang dan bagaimana cara penilaiannya. Umpan balik harus seimbang mengenai hal yang sudah baik dan yang perlu ditingkatkan.
- g. Performa yang baik harus digarisbawahi dan dihargai. Hal ini akan meningkatkan kepercayaan diri mahasiswa.

#### **Faculty Development Bagi Dosen Pendidik Klinik**

Dahulu siapa saja yang lulus dari fakultas kedokteran dianggap mampu mengajar. Namun mengajar bukanlah *innate gift*. Selain konten, mengajar juga melibatkan 'proses' dan mengembangkan 'seni' mengajar, sehingga diperlukan dukungan bagi akademisi yaitu berupa *faculty development* yang juga dikenal di literatur sebagai '*professional development*' atau '*staff*

*development*'.<sup>31</sup> Hal ini juga berlaku bagi dosen pendidik klinis.

Sesuai dengan UU Guru dan dosen No. 14 tahun 2005<sup>32</sup>, bahwa seorang dosen harus memiliki kemampuan pedagogik, yaitu mampu mengelola pembelajaran peserta didik. Oleh karena itu, dosen perlu diberi bekal dalam mengelola pembelajaran melalui pelatihan. Selain itu, sesuai dengan Standar Pendidikan Profesi Dokter Indonesia (SPPDI) tahun 2012<sup>33</sup> yang menyatakan bahwa semua dosen harus mendapatkan pelatihan pendidikan kedokteran.

Dosen pendidik klinis perlu dibekali mengenai metode pembelajaran yang dapat digunakan di pendidikan klinik. Beberapa metode pembelajaran yang dapat dilakukan di pendidikan klinik antara lain<sup>4</sup> *One Minute Perceptor/ "Microskills"* dan *bedside teaching*.

Pemilihan metode pembelajaran hendaknya menyesuaikan dengan pelayanan pasien. Salah satu Sebagai contoh metode *microskill* atau disebut juga *one minute perceptor*. Metode pembelajaran ini memerlukan waktu yang cukup singkat. Metode ini juga dapat dilakukan bersamaan dengan kegiatan sehari-hari pada saat melayani pasien. Lama pelaksanaannya 5 menit atau kurang, sesuai dengan masalah yang dibahas.<sup>6</sup>

*Bedside teaching* juga merupakan salah satu metode pembelajaran yang dapat dilakukan di pendidikan klinik. Mahasiswa melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan latihan penalaran pada pasien. Biasanya proses pembelajaran berlangsung di rawat inap atau poli rawat jalan di samping tempat tidur pasien. Dosen pendidik klinis melakukan pengamatan dan pengawasan langsung terhadap performa mahasiswa.<sup>6</sup>

Selain perlu dilatih mengenai metode pembelajaran, dosen pendidik klinis juga perlu

dibekali kemampuan untuk menilai. Beberapa metode *assessment* yang perlu diketahui oleh dosen pendidik klinis yaitu *Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)*, *Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)*, *Case-based discussion (CbD)*, *log-book*, dan *Clinical Work Sampling (CWS)*.<sup>34,35</sup>

Mini-CEX dan DOPS memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk mendapatkan penilaian berdasarkan observasi langsung seorang supervisor. Mahasiswa juga berkesempatan untuk mendapatkan umpan balik berdasarkan performanya. Dengan mini-CEX dan DOPS, waktu supervisor untuk membimbing mahasiswa cukup singkat yaitu sekitar 15-20 menit. Namun, mahasiswa tetap berkesempatan diobservasi langsung dan mendapatkan umpan balik.<sup>34-38</sup>

Pada CbD dosen pendidik klinis dapat menilai penalaran klinis mahasiswa, sehingga alasan dibalik keputusan dalam praktek klinis dapat dipahami.<sup>34</sup> Jenis *assessment* lain yang dapat digunakan di pendidikan klinik adalah *multi Source Feedback (MSF)*. Dengan MSF dosen pendidik klinis merupakan salah satu dari pemberi nilai sebab penilaian MSF juga dilakukan oleh *peer/sejawat* dan perawat. Domain kompetensi yang dinilai umumnya terbatas pada aspek perilaku yang dapat diamati seperti kemampuan komunikasi, hubungan interpersonal, dan lain-lain.<sup>34,35</sup> Pada penilaian dengan *log book* domain yang dapat dinilai oleh dosen pendidik klinis meliputi keterampilan komunikasi, pemeriksaan fisik, diagnostik, keterampilan konsultasi, keterampilan manajemen, perilaku interpersonal, kemampuan belajar dan keterampilan advokasi kesehatan.<sup>35</sup>



## SIMPULAN

Dosen pendidik klinis berperan sebagai dokter, guru, supervisor dan *supporter* bagi mahasiswa. Peran tersebut sangat penting untuk membantu mahasiswa mencapai kompetensinya. Pemberian bekal kemampuan kepada dosen pendidik klinis dalam mengajar dan memberikan penilaian berupa *faculty developmet* perlu dilaksanakan sebelum dosen klinik terjun membimbing mahasiswa.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Teunissen, P.W, Wilkinson, T.J. Learning and teaching in workplace. In: Dornan, T., Mann,K., Scherpbier, A., Apencer, J., Editors. Medical Education Theory and Practice. London: Elsevier; 2011. p.193-209.
2. Spencer, J. Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ*. 2003; 326 (7389):591-594.
3. Republik Indonesia. Undang-undang No. 20 tahun 2013 tentang pendidikan kedokteran. Lembaran Neraca RI tahun 2013, No. 132. Jakarta: Sekretariat Negara; 2013.
4. Ramani, S. & Leinster, S. AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Med Teach*. 2008; 30(4): 347–64.
5. Daelmans, H.E.M., Hoogenboom, R.J.I., Donker, A.J.M., Scherpbier, A.J.J.A., Stehouwer, C.D.A. & Van Der Vleuten, C.P.M. Effectiveness of clinical rotations as a learning environment for achieving competences. *Med Teach*. 2004; 26(4): 305–312.
6. Amin Z, dan Eng KH. Basics in medical education. Singapore: World Scientific Publishing Company; 2003.
7. Republik Indonesia. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor Per/17/M.PAN/9/2008 tentang Jabatan fungsional Dokter Pendidik Klinis dan Angka Kreditnya. Jakarta: Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara; 2008.
8. Sherbino J1, Frank JR, Snell L. Defining the Key Roles and Competencies of the Clinician-Educator of the 21st Century: A National Mixed-methods Study. *Acad Med*. 2014;89(5):783-9
9. Dornan, T., Boshuizen, H., King, N., Scherpbier, A. 2007. Experience-based learning: a model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. *Med Educ*. 2007; 41:84–91.
10. Ormrod, J.E. Human learning 6 th ed. New Jersey: Pearson; 2012.
11. Parsell, G. & Bligh, J. Recent Perspective on Clinical Teaching. *Med Educ*. 2001; 35:409-414.
12. Srinivasan, M., Li, S-T., Meyers, F.J., Pratt, D.D., Collins, J.B., Braddock,C., et al. Teaching as a Competency: Competencies for Medical Educators. *Acad Med*. 2011; 86:1211-1220.
13. Collins A. Cognitive Apprenticeship. In: Sawyer, R.K., Editor. The Cambridge Handbook of the Learning Science. New York: Cambridge University Press; 2006. p.44-47.
14. Blanchard, K. *Situational Leadership® II*. Ken Blanchard Compenies. 2000.
15. Hoffman, K. G., & Donaldson, J. F. Contextual tensions of the clinical environment and their influence on teaching and learning. *Med Educ*. 2004; 38(4): 448-454
16. Wong, A.K. Culture in Medical Education: Comparing a Thai and a Canadian Residency Programe. *Med Educ*. 2011; 45: 1209-1219.
17. Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., & Jolly, B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision, *Med Teach*. 2007; 29: 2–19
18. Dolmans, D., Wolfhagen, I.H.A.P., Essed, G.G.M., Scherpbier, A.J.J.A., & van der Vleuten, C.P.M. The impact of supervision, patient mix and Numbers of students on the effectiveness of Clinical Rotations. *Acad Med*. 2002; 77(4):332-335
19. Cantillon, P. & Sargeant, J. 2008. Giving feedback in clinical settings. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2008; 337(7681): 1292–1294.
20. Cilliers, F.J., Schuwith, L.W.T., Adendorff, H.J., Herman, N., & van der Vleuten, C.P.M. The mechanism of Impact of Summative Assessment on Medical Students' Learning. *Adv Health Sci Educ Theory Prac*. 2010. 15:695-715
21. Van der Hem-Stokroos, H.H., Daelmans, H.E. M., Van der Vleuten, C.P.M, Haarman H.J.Th.M., & Scherpbier, A.J.J.A. The Impact of Multifaceted Educational Structuring on Learning Effectiveness in a Surgical Clerkship. *Med Educ*. 2004; 38: 879–886
22. Van de Ridder, J.M.M., Stokking, K.M., McGaghie, W.C., & Ten Cate, O.Th.J. What is feedback in clinical education? *Med Educ*. 2008; 42(2):189–97.
23. Ende, J. Feedback in Clinical Medical Education. *JAMA*. 1983; 250(6):777- 781.

24. Veloski, J., Boex, J.R., Grasberger, M.J., Evans, A., & Wolson, D.B. (2006). Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach*. 2006; 28(2):117–128.
25. Kluger, A.N. & Denisi, A. The Effects of Feedback Interventions on Performance : A Historical Review, a Meta-Analysis, and a Preliminary Feedback Intervention Theory. *Psychol Bull*. 1996; 112(2): 254–284.
26. Taylor, D.C.M. & Hamdy, H. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Med Teach*. 2013; 35(11):e1561-e1572.
27. Westwood, A., Griffin, A. & Hay, F.C. How to Assess Students and Trainee in Medical and Health. Chichester. UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.
28. Juwah, C., Macfarlane-Dick, D., Matthew, B., Nicol, D., Ross, D., & Smith, B. Enhancing student learning through effective formative feedback. York, England: The Higher Education Academy Generic Centre. 2004.
29. Davis, M., McKimm, J. & Forrest, K. How to Assess Doctors and Health Professionals. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.
30. Nicholson, S., Cook, V., Naish, J., & Boursicot, K. Feedback: its importance in developing medical students' clinical practice. *Clin Teach*. 2008; 5(3): 163–166.
31. McLean M, Cilliers F, Van Wyk JM. Faculty development: yesterday, today and tomorrow. *Med Teach*. 2008; 30(6):555–584.
32. Indonesia. Undang undang Republik Indonesia No. 14 tahun 2005 tentang Guru dan Dosen. Jakarta: 2005.
33. Konsil Kedokteran Indonesia. Standar Pendidikan Profesi Dokter Indonesia. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia; 2012.
34. Norcini, J. & Burch, V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach*. 2007; 29(9): 855–71.
35. Amin, Z., Seng, C.Y., Eng, K.H. Practical Guide to Medical student Assessment. Singapore: World Scientific; 2006.
36. Allery, L. Assess trainees in the clinical workplace using the Mini-CEX (mini clinical evaluation exercise). *Educ Prim Care*. 2006; 17: 270–274.
37. Norcini, J.J., Blank, L.L., Duffy, F.D., & Fortna, G.S. The Mini-CEX : A Method for Assessing Clinical Skills. *Ann Intern Med*. 2003; 138(6): 476–483.
38. Norcini, J.J. 2005. The Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini CEX). *Med Teach*. 2005; 2(1): 25–30.