

ISSN: 1979 - 6358

**JURNAL KEDOKTERAN DAN KESEHATAN  
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER UNIVERSITAS PATTIMURA**

# MOLLUCA MEDICA

---

## **Penanggung Jawab**

Dr. Jacob Manuputty, MPH  
(Ketua Program Pendidikan Dokter)

## **Ketua Redaksi**

DR. Maria Nindatu, M.Kes

## **Dewan Editor**

Prof. Lyle E. Craker, Ph.D	(University of Massachusetts, USA)
Prof. Johnson Stanslas, M.Sc, Ph.D	(University Putra Malaysia, Serdang)
Prof. Dr. Sultana M. Farazs, M.Sc, Ph.D	(Universitas Diponegoro, Semarang)
Prof. DR. Dr. Suharyo H, Sp.PD-KPTI	(Universitas Diponegoro, Semarang)
Prof. DR. Paul Tahalele, dr, Sp.BTKU	(Universitas Airlangga, Surabaya)
Prof. DR. N. M. Rehata, dr, Sp.An.Kic	(Universitas Airlangga, Surabaya)
Prof. Mulyahadi Ali	(Universitas Brawijaya, Malang)
Prof. DR. Th. Pentury, M.Si	(Universitas Pattimura, Ambon)
Prof. DR. Sri Subekti, drh, DEA	(Universitas Airlangga, Surabaya)
Prof. DR. T. G. Ratumanan, M.Pd	(Universitas Pattimura, Ambon)
DR. Subagyo Yotoprano, DAP&E	(Universitas Airlangga, Surabaya)
DR. F. Leiwakabessy, M.Pd	(Universitas Pattimura, Ambon)
Dr. Titi Savitri P, MA, M.Med.Ed, Ph.D	(Universitas Gajah Mada, Yogyakarta)
Dr. Budu, Ph.D	(Universitas Hasanudin, Makassar)
Dr. Bertha Jean Que, Sp.S, M.Kes	(Universitas Pattimura, Ambon)
Dr. Reffendi Hasanusi, Sp.THT	(Universitas Pattimura, Ambon)

## **Sekretaris Redaksi**

Theopilus Wilhelmus W, M.Kes

## **Alamat Redaksi**

Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Pattimura  
Kampus Universitas Pattimura Jl. Dr. Tamaela Ambon 97112  
Telp. 0911-344982, Fax. 0911-344982, HP. 085243082128; 085231048390  
E-mail: [molluca\\_medica@yahoo.co.id](mailto:molluca_medica@yahoo.co.id)

# **APLIKASI SIKLUS BELAJAR DALAM SESI PEMBELAJARAN KLINIK (OBSERVASI PEMBELAJARAN KLINIK MELALUI BEDSIDE TEACHING)**

**Nurlaila Marasabessy**

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku  
e-mail: nurlaila\_marasabessy@yahoo.com

Diterima 22 April 2012/Disetujui 16 Juni 2012

## **Abstract**

Teaching methods are usually applied in a clinical study using real patient and the particular case. Application of this technique is effective for strengthening the process of learning clinical skills in students. Learning with bedside teaching can hone the skills of micro (micro skills) which include a commitment, proving the underlying reasoning, knowledge of general rules, and giving positive feedback, as well as the error correction process. Fifth micro skills are an important skill to hone competencies especially in the clinic. There is an emphasis on teaching clinical skills necessary for the development of bedside clinical teaching in the learning process. Bedside teaching is a teaching method which is considered to be effective as long as it has a lot of those who claim that learning with simulated patients sometimes do not correspond to real practice. In relation to the application of the learning cycle (learning cycle), through learning by teaching methods through the Bedside, a medical student or a medical professional in the clinical setting to practice the theoretical knowledge which he got before and develop yourself from someone who is unconscious incompetence (do not know - notable) to conscious competence (know-able) unconscious even competence (do not know-able).

**Key word:** Application, learning cycle, teaching clinical skills, bedside teaching

## **Abstrak**

Metode pengajaran *Bedside teaching* biasanya diterapkan dalam pendidikan klinik dengan menggunakan pasien sesungguhnya dan kasus tertentu. Diterapkannya teknik ini dirasakan efektif untuk memperkuat proses belajar keterampilan klinik pada mahasiswa. Pembelajaran dengan *bedside teaching* dapat mengasah keterampilan mikro (*microskills*) yang mencakup komitmen, pembuktian terhadap *reasoning* yang mendasari, pengetahuan akan aturan-aturan umum, dan pemberian *feedback* yang positif, serta proses perbaikan kesalahan. Kelima keterampilan mikro tersebut merupakan keterampilan yang penting untuk mengasah kompetensi terutama di klinik. Terdapat penekanan pada pengajaran keterampilan klinik yang diperlukan untuk pengembangan *bedside teaching* dalam proses belajar klinik. *Bedside teaching* ini merupakan metode pengajaran yang dirasakan efektif karena selama ini telah banyak pihak yang menyatakan bahwa pembelajaran dengan pasien simulasi kadang tidak sesuai dengan praktik nyata. Dalam kaitannya dengan aplikasi siklus belajar (*learning cycle*), melalui pembelajaran dengan metode melalui *Bedside teaching*, seorang mahasiswa kedokteran atau profesi kesehatan dalam *setting* klinik dapat mempraktikkan pengetahuan yang secara teoritis yang ia dapatkan sebelumnya dan mengembangkan diri dari seseorang yang bersifat *unconscious incompetence* (tidak tahu – tidak mampu) menjadi *conscious competence* (tahu–mampu) bahkan *inconscious competence* (tidak tahu–mampu).

**Kata kunci:** aplikasi, siklus belajar, pembelajaran klinik

## PENDAHULUAN

*Bedside teaching* merupakan metode pengajaran yang biasanya diterapkan dalam pendidikan klinik. Bentuk pengajaran ini dilakukan dengan menggunakan pasien sesungguhnya (rawat inap maupun rawat jalan) dengan kasus tertentu. Tak sedikit tantangan yang dihadapi dalam penerapan metode ini misalnya masalah ketidaknyamanan pasien maupun kebutuhan waktu mengajar yang lama. Walaupun demikian dengan diterapkannya teknik ini dirasakan efektif untuk memperkuat proses belajar keterampilan klinik pada mahasiswa. Menurut Gordon *et al* (1992) dengan dilakukannya pembelajaran dengan *Bedside teaching* dapat mengasah keterampilan mikro (*microskills*) yang mencakup 1). Komitmen; 2). Pembuktian terhadap *reasoning* yang mendasari; 3). Mengajarkan aturan-aturan umum; 4). Memberikan *feedback* yang positif; dan 5). Memperbaiki kesalahan. Kelima keterampilan mikro tersebut merupakan keterampilan yang penting untuk mengasah kompetensi terutama di klinik.

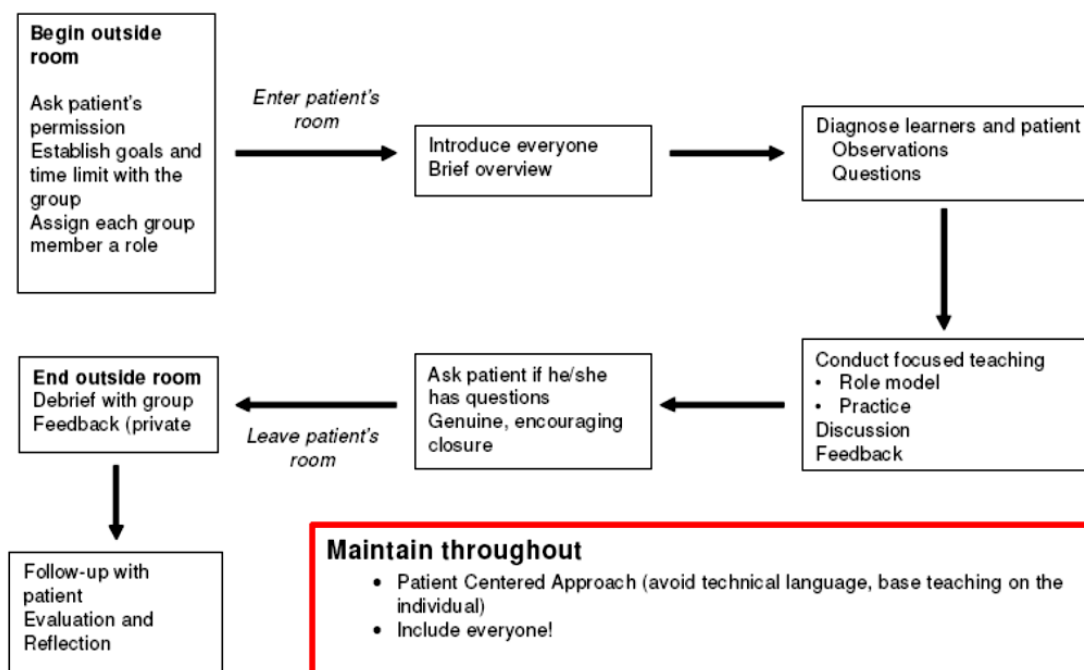
Doshi dan Brown (2005) menyebutkan bahwa pembelajaran berbasis kompetensi saat ini menekankan pada hasil dalam bentuk performa. Hal ini tidak ditentukan secara sederhana seperti melihat performa yang biasanya dilakukan oleh seorang dokter dalam tugasnya, tetapi juga bagaimana ia melakukan pendekatan dalam melaksanakan tugas – tugasnya tersebut serta tingkatan profesionalisme yang diperlihatkan (disitasi dari Harden, *et al*, 1999). Terdapat penekanan pada pengajaran keterampilan klinik yang diperlukan untuk pengembangan *bedside teaching* dalam

proses belajar klinik. Walaupun banyak pihak yang merasakan bahwa pengajaran berbasis pasien adalah merupakan sesuatu hal yang selalu mereka lakukan tetapi sebagaimana metode pengajaran yang selama ini mengarah pada pendekatan yang sistematis maka ada kebutuhan agar pengajaran klinik tersebut lebih lebih efisien dan terfokus. Pasien datang menurut kebutuhan klinik yang mereka miliki dan bukan berdasarkan kebutuhan individu yang terlibat dalam proses *bedside teaching* sehingga klasifikasi dan penjelasan jenis perawatan serta tindakan klinik sangat diperlukan dalam menyeleksi pasien untuk dilibatkan dalam *bedside teaching*. *Bedside teaching* ini merupakan metode pengajaran yang dirasakan efektif karena selama ini telah banyak pihak yang menyatakan bahwa pembelajaran dengan pasien simulasi kadang tidak sesuai dengan praktik nyata (disitasi dari Kneebone, *et al*, 2004).

Dalam kaitannya dengan aplikasi siklus belajar (*learning cycle*), melalui pembelajaran dengan metode *Bedside teaching* seorang mahasiswa kedokteran atau profesi kesehatan dalam *setting* klinik dapat mempraktikkan pengetahuan yang secara teoritis ia dapatkan sebelumnya dan mengembangkan diri dari seseorang yang bersifat *unconscious incompetence* (tidak tahu – tidak mampu) menjadi *conscious competence* (tahu–mampu) bahkan *inconscious competence* (tidak tahu–mampu).

## PEMBAHASAN

Adapun alur pelaksanaan *Bedside teaching* dapat dilihat pada Gambar 1 di bawah ini :



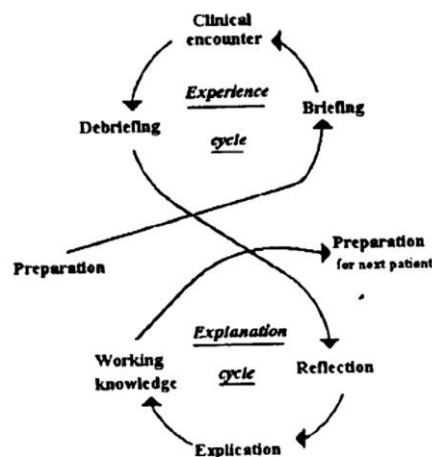
**Gambar 1. Alur Pelaksanaan *Bedside teaching* (BST) ( Janicek RW, 2003)**

Sebagaimana tergambar diatas tampak bahwa proses pembelajaran dalam *setting* klinik dengan *Bedside teaching* bukan hanya dilakukan pada saat sudah berada di samping pasien saja, tetapi sebelum masuk ke ruang pasien antara mahasiswa dengan supervisor klinik telah memulai proses belajar-mengajar.

Menurut *Fiona R Lake (2004)*, mahasiswa klinik belajar selama proses penanganan pasien dan dalam hal ini kesalahan – kesalahan bisa saja terjadi. Sebagai supervisor klinik, telah menjadi tugasnya untuk mengantisipasi terjadinya kesalahan dan memperkecil kemungkinannya. Apabila kesalahan tetap saja ada, pastikan bahwa mereka berada dalam lingkungan yang mendukung sehingga mereka dapat belajar dari kesalahannya dan memperbaikinya di masa datang, hal ini tentu lebih baik daripada selalu membuat mereka merasa bersalah. Oleh sebab itu dalam *setting* belajar klinik dengan *Bedside teaching*, *role modelling* dan pendampingan dari seorang supervisor klinik sangatlah penting. Penjabaran dari alur pelaksanaan *Bedside teaching* dapat dibagi dalam 3 (tiga) bagian yakni, sebelum

memasuki ruang pasien, di dalam ruang pasien, dan setelah keluar dari ruang pasien. Sedangkan aplikasi siklus pembelajaran (*learning cycle*) yang terakomodir melalui *bedside teaching* adalah sebagaimana tampak pada penjelasan sebagai berikut.

*Learning cycle* (siklus belajar) yang dikemukakan oleh Ken Cox (1993) memberikan gambaran tentang proses belajar yang dilalui oleh seorang mahasiswa kedokteran di *setting* klinik melalui *bedside teaching*, sebagaimana tampak pada gambar 2 dibawah ini:



**Gambar 2. Learning Cycle (Cox, 1993).**

Pelaksanaan *bedside teaching* bila diadaptasi ke dalam *learning cycle*

a. Sebelum memasuki ruangan pasien



**Gambar 3. Persiapan dan Briefing antara mahasiswa dan supervisor klinik sebelum memasuki ruang pasien**

Sebelum memasuki ruang pasien, perlu dilakukan (1) *preparation* (persiapan), dan (2) *briefing* (penjelasan singkat) antara supervisor klinik dengan mahasiswa. Hal ini dilakukan untuk memperjelas tujuan belajar yang ingin dicapai dan apa saja yang diharapkan dari mereka setelah belajar. Hambatan seperti masalah waktu yang tersedia dengan pasien dapat diatur sebelumnya. Mahasiswa harus memiliki pengetahuan teoritis di awal sebelum mereka belajar pada fase klinik, dan supervisor klinik harus bertanya untuk memastikan hal ini. Tanpa adanya pengetahuan di awal, mahasiswa akan sulit untuk menangani pasien. Dengan bertanya, supervisor klinik juga dapat memberikan motivasi kepada mahasiswa untuk terlibat secara aktif, karena siapapun yang belajar secara aktif dengan melakukan dan berpikir daripada hanya dengan observasi pasif, akan memiliki pemahaman yang lebih mendalam dan ilmu yang lebih luas. Selain itu dengan bertanya akan memunculkan sikap logis dan berpikir analitis. Dalam menyusun pertanyaan mencakup beberapa keterampilan. Secara umum pertanyaan-pertanyaan tersebut harus:

sebagaimana yang dikemukakan oleh Cox maka adalah sebagai berikut:

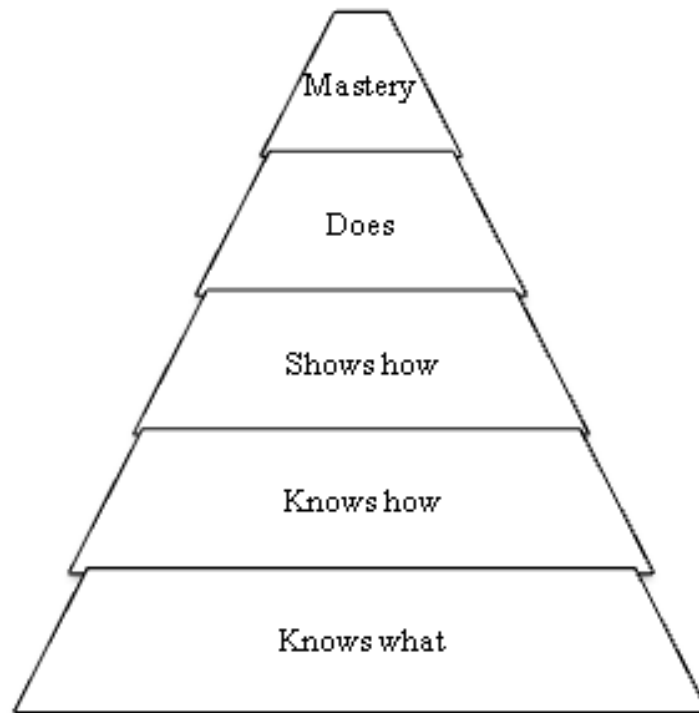
- 1) Singkat dan mudah diingat
- 2) Diungkapkan dengan mudah—dalam bahasa yang dapat dimengerti
- 3) Tidak menimbulkan makna ganda
- 4) Sesuai dengan level mahasiswa
- 5) Menekankan pada proses mengingat kembali dan pemecahan masalah
- 6) Memungkinkan tersedianya waktu untuk mendapatkan jawaban

Jika mahasiswa memberikan sedikit jawaban yang benar, berikanlah petunjuk serta penjelasan tentang bagaimana untuk menemukan solusinya. Mereka dapat menanyakan lebih jauh untuk bisa memperoleh jawaban yang lebih baik. Penjelasan yang diberikan bisa dalam bentuk interpretasi, deskriptif, dan pemberian alasan (*reasoning*) (Brown & Atkins, 1988). Penting juga untuk mempertahankan dan memelihara motivasi mahasiswa dengan memberikan dukungan, melakukan pendekatan serta tidak bersikap menghakimi. Menurut Newble & Cannon (2001), seorang supervisor klinik yang baik adalah supervisor klinik yang bersahabat, mau membantu, dan memahami. Penting untuk diingat pula dalam pelaksanaan *Bedside teaching* ini yaitu pemilihan pasien, hal ini memerlukan pertimbangan yang matang. Kondisi pasien tidak boleh terpengaruh dengan adanya proses pembelajaran *Bedside teaching*. Pemilihan pasien juga membutuhkan pertimbangan dalam hal pemenuhan tujuan belajar yang ingin dicapai. Pasien terpilih harus memiliki kapasitas untuk memberikan persetujuan dalam bentuk *informed consent*. Sehingga, pasien seharusnya diberitahukan tentang hal – hal apa saja yang akan dilakukan, berapa banyak mahasiswa, tujuan dilakukannya *Bedside teaching*, apa yang akan dilakukan, berapa lama, dan bagaimana cara menghentikannya bila pasien tidak menginginkannya. Pasien juga harus diinformasikan bahwa akan ada diskusi dan bahwa kenyamanan mereka akan selalu dijaga. Mereka dapat diberikan kesempatan

untuk bertanya di akhir sesi untuk mengklarifikasi. Mahasiswa harus mengetahui pasien dan kondisinya. Beberapa supervisor klinik klinik mempunyai daftar pasien yang bersedia berpartisipasi sehingga hal ini lebih memudahkan dalam merencanakan pengajaran yang meng-*cover* kurikulum. Dalam Doshi dan Brown (2005), kunci sukses bagi suatu sesi pembelajaran *bedside teaching* adalah persiapan yang baik bagi mahasiswa. Dengan adanya persiapan yang baik, kurikulum dapat secara sistematis ter-*cover*. Topik yang diajarkan tidak tergantung pada kesempatan yang ada, sebagaimana yang biasanya terjadi pada model magang tradisional (disitasi dari Ramani, 2003). Penting untuk mengartikan apa yang ingin diajarkan, kepada siapa saja pengajaran diberikan serta bagaimana cara pemberiannya. Sehingga penting untuk memahami dan mengetahui pengalaman yang telah dilalui oleh mahasiswa senior sebelumnya, level kompetensi, dan hasil belajar yang diharapkan.

Terkait pemilihan pasien yang akan digunakan dalam pengajaran *bedside teaching* membutuhkan pertimbangan yang baik. Janicek dan Fletcher (dalam Doshi dan Brown, 2005) menekankan perhatiannya pada kenyamanan pasien sebagai langkah awal proses belajar *bedside teaching*. Kondisi klinik pasien tidak boleh terganggu dengan adanya proses *bedside teaching*. Pemilihan pasien juga membutuhkan pertimbangan pencapaian tujuan belajar dalam kurikulum. Pasien harus memiliki kapasitas untuk memberikan persetujuan, dan persetujuan penuh harus didapatkan dari pasien tersebut. Dengan demikian, mereka harus diberitahukan apa saja yang akan terjadi selama sesi *bedside teaching*, berapa banyak mahasiswa yang akan hadir, tujuan pelaksanaan sesi *bedside teaching*, apa yang akan dilakukan oleh mahasiswa, berapa lama waktu yang digunakan, bagaimana menghentikan sesi *bedside teaching* manakala pasien sudah tidak merasa

nyaman. Pasien harus diinformasikan bahwa mungkin akan ada diskusi diluar lingkup mereka, selain itu perlu diberitahukan pula kepada pasien bahwa informasi kerahasiaan identitas serta privasi mereka akan tetap terjaga. Pasien akan diberikan kesempatan untuk bertanya di akhir sesi. Sangat penting untuk mengklarifikasi keinginan pasien dengan cara bagaimana mereka ingin diperlakukan selama sesi *bedside teaching* berlangsung. Jelasnya, mahasiswa harus mengetahui profil pasien serta kondisinya. Beberapa klinisi sebelumnya telah membuat daftar pasien yang bersedia untuk berpartisipasi dalam *bedside teaching*. Hal ini membuat *bedside teaching* akan lebih mudah direncanakan serta dapat meng-*cover* kurikulum. Mahasiswa biasanya khawatir bahwa pasien yang berpartisipasi dalam *bedside teaching* akan merasa stress, kecewa atau merusak kondisi kesehatan mereka. Walau bagaimanapun, penelitian yang selama ini dilakukan memperlihatkan bahwa sebagian besar pasien menyukai terlibat dalam *bedside teaching* (Wright, 1974; O'Flynn, *et al*, 1997; Lynoe, *et al*, 1998). Laporan pasien memperlihatkan bahwa mereka juga belajar tentang kondisi mereka, merasa spesial, dan merasakan pengalaman peningkatan kepercayaan diri. Mereka juga menilai kesempatan untuk menggunakan kondisi mereka sebagai informasi baru yang nantinya akan bermanfaat bagi orang lain. Dalam beberapa pembelajaran klinik yang bersifat *procedural skill*, sebagaimana telah dikemukakan di awal bahwa penting bagi seorang supervisor klinik untuk menjadi *role model* dan melakukan pendampingan bahkan untuk hal – hal sederhana sekalipun seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan. Dalam piramida keterampilan Miller, diharapkan dengan *Bedside teaching* mahasiswa akan mencapai tahapan *Show how* (memperlihatkan cara)–*Does* (melakukan sendiri).



**Gambar 4. Piramida Keterampilan Miller (Dent & Harden, 2009).**

**b. Di dalam ruang pasien**



**Gambar 5. Mahasiswa melakukan tindakan klinik dengan pendampingan supervisor klinik**

Yang terjadi di setelah memasuki ruang pasien adalah terjadinya (3) *Clinical encounter* (tindakan klinik). Apa yang terjadi selama sesi dalam *bedside teaching* akan tergantung dari model pengajaran yang dilakukan. Contohnya, dalam observasi langsung, pasien dan mahasiswa akan saling diperkenalkan satu sama lain dan supervisor

linik dapat menjadi *role model* maupun mendampingi mahasiswa dalam mengobservasi pasien sesuai dengan tugas yang telah diberikan. Supervisor klinik dapat melakukan diskusi pendek dengan mahasiswa serta melibatkan pasien untuk menggali informasi yang lebih dalam dan apabila mahasiswa melakukan kekeliruan maka supervisor klinik berkewajiban untuk memberikan arahan. Perlu diperhatikan bahwa arahan yang diberikan tidak menjustifikasi kesalahan mahasiswa dan hal tersebut cukup diketahui antara mahasiswa dan supervisor klinik saja.

Di akhir sesi yang melibatkan pasien, mahasiswa atau supervisor klinik harus melakukan pengecekan kembali kepada pasien, periksa apakah mereka merasa nyaman selama sesi dilakukan dan jangan lupa untuk berterima kasih atas bantuan mereka. Mereka juga harus diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan. Mereka juga dapat diminta untuk memberikan pendapat mereka selama tahap pemberian *feedback*. Sangat perlu untuk memberikan *feedback* kepada mahasiswa setelah sesi selesai. *Feedback* yang

konstruktif akan memperkuat fondasi belajar (Rofle & McPherson, 1995), karena tanpa hal itu mahasiswa tidak akan tahu apakah yang mereka lakukan itu sudah benar atau belum. Setelah pemberian *feedback* dilakukan, mahasiswa dapat merefleksikan apa yang harus dan tidak boleh dilakukan.



**Gambar 6. Refleksi dan diskusi dengan supervisor klinik**

Yang terjadi adalah tahapan (4) *Debriefing* (penjelasan ulang), (5) *Reflection* (refleksi), (6) *Explication* (penjelasan dan analisis), (7) *Working knowledge*, dan (8) *Preparation for the next patient* (persiapan untuk pasien selanjutnya). Supervisor klinik dapat melakukan refleksi terhadap sesi yang baru saja dilakukan. Apa yang berhasil dan apa yang kurang. Hal ini akan membantu mengidentifikasi apa dan bagaimana hal – hal tersebut akan diperlakukan berbeda di masa datang untuk meningkatkan performa dalam mengajar. Pada bagian ini pula supervisor klinik dapat memberikan *feedback* sebagai perbaikan bagi mahasiswa.

*Feedback* konstruktif bertujuan untuk meningkatkan performa. *Feedback* ini harus dapat mengidentifikasi dan memperkuat performa dan mengidentifikasi kelemahan serta mampu memberikan saran untuk dapat mengatasi kelemahan serta meningkatkan performa tersebut. *Feedback* akan sangat efektif bila terjadwal dekat dengan waktu pelaksanaan kegiatan. Berikut ini adalah metode dalam memberikan *feedback* :

1) Tanyakan pada mahasiswa untuk memberi komentar dan *self evaluation* di

Mereka juga harus mengumpulkan apa saja yang telah dipelajari dan terpacu untuk melakukan klarifikasi pada aspek-aspek yang belum dipahami.

### c. Setelah keluar dari ruang pasien

awal serta mengidentifikasi aspek mana saja dari performanya yang sudah dilakukan dengan baik.

- 2) Berikan respon terhadap komentar yang diberikannya sebelum anda memberikan komentar anda sendiri
- 3) Lagi dan lagi, mulailah dengan aspek positif. Berusahalah untuk lebih spesifik dan deskriptif
- 4) Buatlah prioritas dan jangan memberikan banyak *feedback* negatif dalam satu “bundel” besar. Mengaculah pada perilaku yang dapat dirubah, kemudian tawarkanlah padanya sebuah alternatif dan berusahalah untuk tidak terlalu mengkritik tetapi lebih cenderung pada menawarkan alternatif cara.
- 5) *Feedback* harus diberikan secara reguler tetapi dalam bentuk yang lebih ringkas tetapi bisa lebih efektif
- 6) *Feedback* harus diberikan sedekat mungkin dengan pelaksanaan kegiatan

### Supervisi Klinik

Disebutkan oleh Kilminster, *et al* (2007), dalam supervisi klinik harus mengutamakan keselamatan pasien serta kualitas perawatannya sebagai tujuan utama disamping harus mengakomodir ketercapaian tujuan belajar mahasiswa. Tanggung jawab klinik untuk kenyamanan pasien terdapat pada konsultan supervisi yang pada gilirannya bertanggung jawab kepada pimpinan eksekutif rumah sakit atau institusi pelayanan kesehatan. Kondisi alamiah dalam suatu proses supervisi klinik akan bervariasi tergantung dari jenis spesialisasi dan unit yang dimasuki. Tetapi pada dasarnya semua kasus yang menjadi objek supervisi adalah sama yakni untuk menyediakan kepada pasien pelayanan kesehatan yang terbaik dalam keadaan yang efektif serta untuk menyediakan bagi



komunitas tempat pasien berasal pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhannya. Proses-proses memastikan keselamatan pasien adalah penting untuk diterapkan dalam proses pendidikan dan membentuk suatu dukungan dalam proses belajar klinik mahasiswa.

Kontinuitas atau kesinambungan merupakan elemen vital dalam suatu supervisi klinik yang efektif dan pemberian pelayanan yang aman dan efektif. Hal tersebut sangatlah penting bagi mahasiswa yang ada dalam rotasi klinik. Memantapkan level kompetensi bagi mahasiswa merupakan langkah pertama yang penting dalam supervisi klinik karena saran tidak dapat diberikan dan clinical judgement tidak dapat diberikan manakala supervisi klinik tidak dilakukan atau diobservasi langsung secara dekat oleh supervisor. Kontinuitas supervisi harus dilakukan lebih dini. Secara idealnya, mahasiswa harus memiliki *portfolio* yang mendokumentasikan kekuatan, kelemahan, dan pencapaian yang telah mereka lakukan. Skema pengajaran juga harus diorganisir sehingga informasi akurat terkait perkembangan mahasiswa secara efektif dapat dikomunikasikan kepada supervisor. Terlepas dari kondisi ada atau tidaknya informasi tentang pengajaran klinik sebelumnya yang telah lalu (dalam dua minggu pertama di satu bagian) maka pertemuan di awal dengan para mahasiswa seyogyanya harus dilaksanakan. Dalam pertemuan ini struktur dan aturan dasar perlu disepakati. Hal ini mengindikasikan adanya kesepakatan dari segi waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya. Format yang disarankan untuk pertemuan awal ini adalah:

- 1) *Review* perkembangan per hari
- 2) *Review* bersama panduan materi pengajaran
- 3) Memformulasikan/*review* kontrak pendidikan/pengajaran dengan skala waktu yang ada
- 4) Mengidentifikasi metode dalam mencapai tujuan pembelajaran (perlu ada pertemuan berkala untuk *me-review* perkembangannya)

Suatu supervisi klinik dikatakan efektif, apabila:

- 1) Supervisi dilakukan secara langsung. Mahasiswa dan supervisor bekerja sama dan mengobservasi satu sama lain
- 2) *Feedback* yang konstruktif penting untuk diberikan dan harus sering dilakukan
- 3) Supervisi dilakukan secara terstruktur dan harus ada pertemuan rutin yang terjadwal. Konten supervisi disepakati bersama dalam pertemuan dan tujuan belajar ditentukan di awal hubungan supervisi. Kontrak supervisi bisa menjadi instrumen yang bermanfaat yang dapat memuat frekuensi, durasi, dan konten supervisi; pendekatan dan metode penilaian, tujuan belajar, serta hal – hal lain yang dibutuhkan.
- 4) Supervisi harus melibatkan pihak manajemen RS/klinik; pengajaran dan penelitian; manajemen dan administrasi; keterampilan interpersonal; dan refleksi untuk pengembangan diri.
- 5) Proses supervisi harus diinformasikan dalam bentuk perspektif ‘360 derajat. Hal ini termasuk *feedback* dari pasien, supervisi inter – profesional, dan pengajaran sebagaimana yang tertulis dalam laporan dan dokumentasi. Hal ini nantinya akan di suplemen dengan proses secara formal seperti pertemuan pembahasan dan hasil ujian serta penilaian formal.

Kualitas suatu supervisi klinik akan mempengaruhi keefektifan dari proses supervisi tersebut. Termasuk di dalamnya aspek-aspek khusus termasuk kontinuitas dari waktu ke waktu, serta komitmen dalam hubungan mahasiswa-supervisor klinik. Dengan adanya hal tersebut mahasiswa dapat mengontrol konten supervisi yang ada serta mampu untuk mengidentifikasi kebutuhan belajarnya sendiri.

Aplikasi siklus belajar (*learning cycle*) dalam metode *Bedside teaching*



Gambar 6. Siklus belajar (*learning cycle*) Peyton JW (1998)

2. *Unconscious incompetence*

Seorang mahasiswa mengobservasi penampilan supervisor kliniknya dalam melakukan suatu prosedur – dalam hal ini tindakan klinik – dan mulai merasakan bahwa dia dengan mudah melakukan prosedur tersebut sendiri. Pada tahap ini mahasiswa berada dalam tahap *unconscious incompetence*.

1. *Conscious incompetence*

Supervisor klinik memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk mencoba melakukan prosedur yang sama, maka mahasiswa menyadari bahwa prosedur tersebut ternyata tidak semudah yang dilihat. Pada tahap ini mahasiswa disebut *conscious incompetence* – pada tahap ini mahasiswa mengidentifikasi kebutuhan belajarnya dan termotivasi untuk belajar sehingga ia dapat melakukan prosedur yang sama

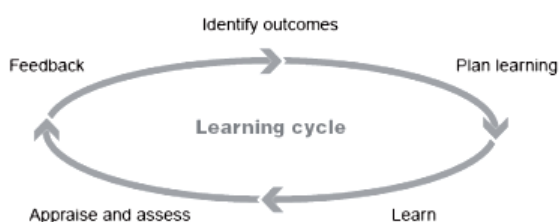
2. *Conscious competence*

Dengan berlatih, mahasiswa memperhalus keterampilan yang dimilikinya sampai ia dianggap kompeten. Pada tahap ini, mahasiswa masih memfokuskan diri pada melakukan tahap – demi tahap dari prosedur klinik. Pengulangan/latihan sebelum melakukan prosedur akan sangat membantu mahasiswa. Mahasiswa juga butuh untuk melakukan ulasan literatur terkait agar lebih meningkatkan keterampilannya. Mahasiswa pada tahap ini disebut sebagai *conscious competence*. Dengan mengobservasi mahasiswa serta pemberian *feedback* yang konstruktif akan sangat membantu mereka daripada hanya membiarkan mereka belajar sendiri tanpa pendampingan.

3. *Unconscious competence*

Pada akhirnya, mahasiswa berhenti berpikir tentang setiap langkah dari prosedur dan memperlihatkan prosedur tersebut berdasarkan pengalaman praktiknya daripada pengetahuan yang didapat lewat buku teks. Mahasiswa kini berada dalam tahap *unconscious competence* – ia dapat melakukannya tanpa harus memikirkannya lagi.

Selain bentuk siklus belajar di atas, terdapat pula siklus belajar yang dikemukakan oleh *Fiona R Lake (2004)* yang mencakup identifikasi hasil (*identify outcomes*), merencanakan pembelajaran (*plan learning*), belajar (*learn*), pendekatan dan penilaian (*appraise and assess*), umpan balik (*feedback*). Kelima tahapan tersebut digambarkan dalam satu siklus (*cycle*) sebagaimana tergambar pada Gambar 7 berikut ini:



Gambar 7. Siklus belajar (*learning cycle*)

Siklus belajar ini dapat diadaptasikan dalam kondisi belajar di *setting* klinik. Sebagaimana kita ketahui bahwa belajar dalam lingkungan tersebut menghadapi beragam masalah seperti kurangnya ketersediaan waktu, pengetahuan, dan *reward*. Selain itu, supervisor klinik di klinik kurang mendapat pelatihan tentang bagaimana mengajar, men-supervisi, dan menilai mahasiswa sehingga yang sering terjadi adalah walaupun supervisor klinik

sudah merasa bahwa pengajaran yang dilakukannya sudah bagus, tetapi pada kenyataannya tidaklah demikian. Terkadang proses belajar berjalan dalam suasana yang tidak mendukung (menimbulkan rasa malu mahasiswa, penuh dengan sindiran, dan kurang atau bahkan tidak ada *feedback* sama sekali). Untuk mengatasi kendala-kendala tersebut seorang supervisor klinik dapat mengorganisasikan proses belajar dengan mengadaptasikan suatu siklus yang dimulai dari mengidentifikasi hasil sampai dengan pemberian *feedback* dengan peran: 1). sebagai *role model*, orang yang berpengetahuan, kompeten, perhatian, dan memiliki sikap profesional; 2). sebagai supervisor yang memberikan *feedback*, arahan dalam penanganan pasien; 3)

supervisor klinik dapat menyediakan dukungan seperti mentoring, perhatian, menunjukkan ketertarikan serta dapat memberikan saran dalam mengembangkan profesi, dan 4). supervisor klinik dapat menjadi guru yang bersifat dinamis dengan melakukan perencanaan, pemberian motivasi, memahami relevansi ilmu terhadap mahasiswa, serta mampu mengidentifikasi kebutuhan belajar.

Hubungan supervisor klinik – mahasiswa memiliki dampak yang besar pada kualitas proses belajar mengajar dimana keterlibatan variabel–variabel interpersonal tersebut memberikan setengah dari kontribusi dalam pengajaran yang efektif.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Brown, G. & Atkins, M. (1988) *Effective Teaching in Higher Education*. London: Methuen
- Cox, Ken. 1993. Planning Bedside teaching. *The Medical Journal of Australia*. Vol 158 571 - 572
- Dent, JA & Harden, RM. (2009). *A Practical Guide for Medical Teachers*. Third Edition. Elsevier Churchill Livingstone
- Doshi, Monica; Brown, Nick. 2005. Whys and hows of patient-based teaching. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 11, 223–231. UK
- Janicek, R. W. & Fletcher, K. E. (2003) Teaching at the Bedside. *Medical Teacher*, 25, 127–130.
- Kilminster, S; Cottrell, D; Grant, J; Jolly, B. 2007. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher* 2007; 29: 2–19
- Lake, Fiona R. (2004). Teaching on the run tips: doctors as teachers. *MJA*. Vol 180
- Neher, JO, Gordon, KC, Meyer, B, and Stevens, N. (1992). A Five-step "Microskills" Model of Clinical Teaching. *Journal of the American Board of Family Practice*. 5:419-424, 1992.
- Newble, D. & Cannon, R. (2001) *A Handbook for Medical Teachers*. Amsterdam: Kluwer Academic Publishers.
- Peyton, JWR (ed). (1998). *Teaching & Learning in Medical Practice*. Rickmansworth, UK: Manticore Europe, Ltd.
- Rolfe, I. & McPherson, J. (1995) Formative assessment : how am I doing? *Lancet*, 345, 837–839.