



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA



MODUL PELATIHAN TRAINING OF TRAINERS (TOT) DLP BAGI DOSEN PENGELOLA PRODI DLP

**POKJANAS DLP 2016 BEKERJASAMA DENGAN PUSAT PELATIHAN
SDMK – BPPSDMK KEMENKES RI
TAHUN 2016**



Kontributor :

1. dr. Mariatul Fadhillah, MARS
2. dr. Nur Afrainin Syah, M.Med.Ed, Ph.D
3. Dr. dr. T Sintak Gunawan, MA
4. Dr. dr. Mohammad Zulkarnain, M.Med.Sc, PKK
5. dr. TA Larasati, M.Kes
6. dr. V. Dwi Jani Juliawati, M.Pd
7. dr. Oktadoni Saputra, M.Med.Ed
8. dr. Siti Nurhajjah, M.Si.Med
9. dr. Meirina, Sp.An
10. dr. Ziske Maritska, M.Si.Med



I. KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena Buku Kurikulum dan Modul Pelatihan ToT DLP bagi pengelola prodi DLP dapat diselesaikan tepat waktu.

Dokter Layanan Primer (DLP) adalah profesi baru di Indonesia yang di wujudkan berdasarkan adanya tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional, dan komprehensif di layanan primer. Perwujudan kebutuhan tersebut juga dilandasi oleh adanya Undang-undang no. 20 tahun 2013 mengenai Pendidikan Kedokteran yang menyebutkan bahwa Dokter terdiri atas Dokter, Dokter Layanan Primer setara spesialis dan Dokter Spesialis. Dokter di layanan primer diharapkan dapat menjadi pimpinan tim pelayanan kesehatan, mengkoordinasi pelayanan interprofesional, serta berhasil menatalaksana 70-80% pasien yang berkunjung ke klinik, sehingga mengurangi jumlah pasien yang dirujuk ke layanan sekunder dan tersier. Pelayanan kesehatan primer menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan untuk dapat menyelenggarakan tindakan pencegahan pada semua tingkat perjalanan penyakit dan pada semua tingkat kesadaran masyarakat akan risiko kesehatan.

Dalam rangka mempersiapkan penyelenggaraan program pendidikan (prodi) DLP setara spesialis oleh Fakultas Kedokteran berakreditasi tertinggi, dilaksanakan beberapa pelatihan peningkatan kapasitas dosen dalam mengelola prodi dan mendidik residen DLP. Pelatihan ini bertujuan untuk mempersiapkan para dosen pengelola prodi (dosen *home-based*) untuk memiliki tiga kemampuan yaitu: mengelola program pendidikan DLP, melatih dalam pelatihan dosen pendidik klinis (Dokdiknis) pendidikan DLP, dan melatih dalam pelatihan pembimbing lapangan pendidikan DLP. Dengan adanya buku ini diharapkan akan mempermudah penyelenggaraan pelatihan.

Penyusunan buku ini melibatkan berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pendidikan Dokter Layanan Primer. Kami mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu mewujudkan buku ini. Semoga kehadiran Buku Kurikulum dan Modul Pelatihan ToT DLP bagi pengelola prodi DLP ini bermanfaat bagi penyelenggara, peserta didik, dan berdampak pada peningkatan kualitas pendidikan Dokter Layanan Primer.

Agustus 2016,
Tim penyusun

Dr. Mariatul Fadilah, MARS
Ketua



II. DAFTAR ISI

I.	KATA PENGANTAR.....	3
II.	DAFTAR ISI	4
III.	MATERI INTI - I.....	6
1.	DESKRIPSI SINGKAT	7
2.	TUJUAN PEMBELAJARAN	9
3.	POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN	10
4.	BAHAN BELAJAR	11
5.	LANGKAH PEMBELAJARAN.....	11
6.	URAIAN.....	13
IV.	MATERI INTI - II.....	36
1.	DESKRIPSI SINGKAT	37
2.	TUJUAN PEMBELAJARAN	38
3.	POKOK BAHASAN DAN SUBPOKOK BAHASAN	38
4.	BAHAN AJAR.....	39
5.	LANGKAH PEMBELAJARAN.....	39
6.	URAIAN.....	42
7.	REFERENSI	61
8.	PANDUAN PENUGASAN	61
V.	Materi Inti - III.....	63
1.	DESKRIPSI SINGKAT	64
2.	TUJUAN PEMBELAJARAN	64
3.	BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN.....	65
4.	BAHAN BELAJAR	65
5.	LANGKAH PEMBELAJARAN.....	65
6.	URAIAN.....	70
7.	REFERENSI	101
8.	PANDUAN PENUGASAN	102
VI.	Materi Inti - IV	109
1.	DESKRIPSI SINGKAT	110
2.	TUJUAN PEMBELAJARAN	111
3.	POKOK BAHASAN DAN SUBPOKOK BAHASAN	112
4.	BAHAN AJAR.....	112
5.	LANGKAH PEMBELAJARAN.....	112
6.	URAIAN.....	116
7.	REFERENSI	125
8.	PANDUAN PENUGASAN	126
VII.	Materi Inti - V	127
1.	DESKRIPSI SINGKAT	128
2.	TUJUAN PEMBELAJARAN	129
3.	POKOK BAHASAN DAN SUBPOKOK BAHASAN	129
4.	BAHAN AJAR.....	130
5.	LANGKAH PEMBELAJARAN.....	130
6.	URAIAN.....	133
7.	REFERENSI	134



8.	PANDUAN PENUGASAN	134
VIII.	Materi Inti - VI	137
1.	DESKRIPSI SINGKAT	138
2.	TUJUAN PEMBELAJARAN	138
3.	POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN	138
4.	BAHAN AJAR	138
5.	LANGKAH PEMBELAJARAN	138
6.	URAIAN	140
7.	REFERENSI	155



III. MATERI INTI - I

STANDAR – STANDAR PROGRAM STUDI DOKTER LAYANAN PRIMER



1. DESKRIPSI SINGKAT

Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk ke empat terbanyak di dunia. Total populasi penduduk Indonesia pada tahun 2015 sekitar 250 juta penduduk. Berdasarkan proyeksi yang dilakukan oleh Perserikatan Bangsa-bangsa, jumlah penduduk Indonesia akan terus bertambah sampai dengan tahun 2045, diperkirakan saat itu jumlah penduduk Indonesia mencapai 290 juta penduduk. Sebagai negara dengan jumlah penduduk yang banyak, pemerintah memiliki beban dan tanggung jawab yang besar agar penduduk Indonesia memiliki kualitas hidup yang layak. Kualitas hidup manusia Indonesia yang diukur dengan menggunakan indikator Indeks Pembangunan Manusia (IPM) pada tahun 2014 sudah mengalami peningkatan sebesar 44.3% dibandingkan dengan tahun 1980. Hasil penilaian Badan PBB Urusan Program Pembangunan (UNDP), dengan menggunakan rumus perhitungan IPM yang lama, pada tahun 2014 IPM Indonesia adalah 70.1, sedangkan berdasarkan rumus perhitungan yang baru IPM Indonesia pada tahun 2015 sebesar 68.90, peringkat ke 110 dari 187 negara.

Jumlah balita dengan status gizi buruk dan status gizi kurang di pedesaan relatif lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan. Penduduk miskin lebih rentan terhadap berbagai penyakit infeksi seperti tetanus neonatorum dan tuberkulosis paru. Berbagai permasalahan tersebut belum dapat diatasi sepenuhnya, sudah terjadi pergeseran pola penyakit, dari penyakit infeksi menjadi penyakit non infeksi seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes melitus dan kanker. Permasalahan kesehatan lainnya adalah adanya *double burden disease* pada waktu yang bersamaan yang disertai dengan meningkatnya jumlah penduduk dan perubahan struktur penduduk menjadi usia produktif dan lansia. WHO memperkirakan pada tahun 2030, lima penyakit terbanyak di dunia adalah gangguan unipolar depresi, penyakit jantung, kecelakaan lalu lintas, penyakit serebrovaskular dan penyakit paru paru obstruktif kronis. Berbagai permasalahan kesehatan tersebut diperberat dengan kondisi rendahnya upaya pencegahan dan perilaku hidup bersih sehat, rendahnya kondisi kesehatan lingkungan, rendahnya keterjangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan sebagai akibat dari distribusi tenaga dan sarana pelayanan kesehatan yang tidak merata serta harga obat yang mahal. Pemerintah perlu melakukan upaya keras untuk mengatasi berbagai permasalahan kesehatan



tersebut. Tantangan lain dalam mengatasi masalah kesehatan tersebut adalah luasnya wilayah administratif Indonesia, yang terdiri dari 33 propinsi, 399 kabupaten dan 98 kota dengan 6.994 kecamatan, 8.309 kelurahan dan 72.944 desa yang disertai dengan distribusi penduduk yang tidak merata antara wilayah baik di perkotaan maupun di pedesaan.

Untuk dapat mengatasi berbagai permasalahan kesehatan dan tantangan wilayah administratif Indonesia, Pemerintah telah membangun berbagai sarana pelayanan kesehatan mulai dari tingkat primer, sekunder dan tersier. Jumlah puskesmas pada tahun 2013 di Indonesia sejumlah 9.655 buah, diantaranya sejumlah 3317 puskesmas merupakan puskesmas rawat inap, jumlah posyandu 280.225 buah, Rumah Sakit Umum berjumlah 1277 buah dan Rumah Sakit Khusus berjumlah 218 buah. Berdasarkan standar yang ditetapkan oleh rasio dokter dan penduduk adalah 1:2500 penduduk atau 40 dokter untuk 100.000 penduduk. Saat ini jumlah dokter di puskesmas 15.867 orang dokter umum dan 20.401 dokter umum yang bekerja di rumah sakit. Dokter spesialis yang bekerja di RS Umum dan RS Khusus sebanyak 614 dokter spesialis dan 1.089 dokter residen. Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa dokter lebih banyak bekerja di layanan primer dan hal ini sudah sesuai dengan kondisi geografis Indonesia yang memiliki kondisi kewilayahan yang berbeda dan distribusi penduduk yang tidak merata.

Dokter yang bekerja di layanan primer diharapkan dapat berperan sebagai *gate keeper*. Sebagai *gate keeper* di layanan primer, dokter diharapkan mampu bekerja sama dengan berbagai profesi dalam bentuk kolaborasi interprofesional dan berperan sebagai leader untuk mengatasi berbagai permasalahan kesehatan yang dikeluhkan oleh pasien, keluarga dan masyarakat. Pada pendidikan dokter saat ini implementasi kolaborasi interprofesional dan kepemimpinan belum berjalan. Kolaborasi ini tidak hanya dengan sesama petugas kesehatan tetapi juga dengan *stakeholder*. Kemampuan membangun kolaborasi tersebut sangat membutuhkan kemampuan komunikasi termasuk juga kemampuan melakukan advokasi. Selain itu penelurusan faktor risiko di masyarakat secara mandiri, juga kemampuan perencanaan program, mengimplementasikan program yang sudah direncanakan dalam bentuk intervensi di masyarakat secara mandiri belum diberikan pada proses pendidikan dokter.



Kemampuan komunikasi pada pendidikan dokter lebih bersifat promosi kesehatan yang sifatnya edukasi pada pasien dan keluarganya, dalam bentuk perencanaan tindakan kuratif. Diagnosis yang ditegakkan lebih berorientasi pada individu, pengobatan yang diberikan lebih ditekankan pada pemberian obat dan edukasinya serta rehabilitasi pasien. Pada pendidikan dokter layanan primer promosi kesehatan lebih dititikberatkan pada konseling. Melalui konseling pasien akan lebih menunjukkan kepatuhannya pada pengobatan yang direncanakan karena pengobatan disepakati bersama antara dokter dan pasien. Pada pendidikan DLP diagnosa pasien bersifat holistik dengan mempertimbangkan aspek personal, aspek klinis, aspek risiko internal, aspek risiko eksternal dan aspek fungsional. Pada aspek rehabilitasi, pada pendidikan dokter layanan primer selain rehabilitasi juga diajarkan aspek palliative yang diterapkan sejak dokter menegakkan diagnosis holistik dari pasiennya.

Kesenjangan kebutuhan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan holistik di layanan primer diharapkan dapat terpenuhi melalui proses pendidikan dokterlayanan primer. Kondisi kewilayahan Indonesia yang tersebar dengan ribuan pulau dan distribusi dokter yang tidak merata diharapkan dapat diatasi dengan dokter layanan primer yang pendidikannya berbasiskan *workplace-based* sehingga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dapat tetap tersedia.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN

2.1 Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran materi ini, peserta mampu menjelaskan Standar Pendidikan, Standar Penelitian, Standar Pengabdian Kepada Masyarakat, dan Standar Wahana Pendidikan Prodi DLP.

2.2 Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu :

1. Menjelaskan tentang Standar Pendidikan Prodi DLP
2. Menjelaskan tentang Standar Penelitian Prodi DLP
3. Menjelaskan tentang Standar Pengabdian Kepada Masyarakat Prodi DLP
4. Menjelaskan Standar Wahana Pendidikan Prodi DLP



3. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

Dalam rangka pencapaian tujuan pembelajaran khusus maka disusunlah Pokok bahasan dan Sub pokok bahasan sebagai berikut :

4.1. Pokok bahasan 1 : Standar Pendidikan Prodi DLP

Sub pokok bahasan.

- a. Standar kompetensi DLP
- b. Standar Pembelajaran
 - Standard Isi
 - Standard Proses Pembelajaran
- c. Standar Peserta Didik, Dosen dan tenaga Kependidikan
- d. Standar Sarana dan Prasarana / Sumber Daya
- e. Standar Pengelolaan Pembelajaran
- f. Standar Pendanaan dan Pembiayaan Pembelajaran

4.2. Pokok bahasan 2 : Standar Penelitian Prodi DLP

Sub pokok bahasan.

- a. Standar Hasil Penelitian
- b. Standar Isi Penelitian
- c. Standar Proses Penelitian
- d. Standar Penilaian Penelitian
- e. Standar Peneliti
- f. Standar Sarana dan Prasarana Penelitian
- g. Standar Pengelolaan Penelitian
- h. Standar Pendanaan dan Pembiayaan Penelitian

4.3. Pokok bahasan 3 : Standar Pengabdian Kepada Masyarakat Prodi DLP

Sub pokok bahasan.

- a. Persyaratan dan Penetapan Pengabdian Kepada Masyarakat
- b. Penyelenggaraan Pengabdian Kepada Masyarakat
- c. Tugas dan Tanggung Jawab Pemerintah
- d. Pendanaan
- e. Pembinaan dan Pengawasan

4.4. Pokok bahasan 4 : Standar Wahana Pendidikan Prodi DLP dan Borang

Sub pokok bahasan.

- a. 9Kebijakan Wahana Pendidikan DLP
- b. Ruang Lingkup Pengaturan dan Dasar Hukum
- c. Persyaratan dan Penetapan
- d. Penyelenggaraan Wahan Pendidikan



- e. Pengendalian Mutu Wahana Pendidikan
- f. Tugas dan Tanggung Jawab Institusi dan Pemerintah
- g. Pendanaan
- h. Pembinaan dan Pengawasan

4. BAHAN BELAJAR

- a. Standar Pendidikan Prodi DLP
- b. Standar Penelitian Prodi DLP
- c. Standar Pengabdian Kepada Masyarakat Prodi DLP
- d. Standar Wahana Pendidikan Prodi DLP dan Borang

5. LANGKAH PEMBELAJARAN

Langkah-langkah kegiatan pembelajaran ini menguraikan tentang kegiatan fasilitator dan peserta dalam proses pembelajaran selama sesi ini berlangsung selama 4 jam pelajaran (T:1, P:3, PL:0) sebagai berikut:

Langkah 1 : Pengkondisian (5 menit)

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan judul materi yang akan disampaikan.
2. Menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.
3. Dilanjutkan dengan penyampaian judul materi, deskripsi singkat, tujuan pembelajaran serta ruang lingkup pokok bahasan yang akan dibahas pada sesi ini.

Langkah 2 : Penyampaian dan pembahasan pokok bahasan tentang Standar Pendidikan, Standar Penelitian, Standar Pengabdian Masyarakat dan Standar Wahana Pendidikan. Dilanjutkan dengan diskusi singkat (30 menit).

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyampaikan penjelasan singkat tentang Standar Pendidikan, Standar Penelitian, Standar Pengabdian Masyarakat dan Standar Wahana Pendidikan yang dibutuhkan untuk bahan mengelola prodi Dokter Layanan Primer (20 menit)



2. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai. (10 menit)

Langkah 3 : Pembahasan peserta tentang Standar Pendidikan, Standar Penelitian, Standar Pengabdian Masyarakat dan Swtandar Wahana Pendidikan. (35 menit)

Langkah Pembelajaran:

1. Fasilitator membagi peserta menjadi 4 kelompok.
Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok berdiskusi tentang Standar yang diperlukan dalam pembentukan Prodi, yaitu :
 - Kelompok I : tentang Standar Pendidikan
 - Kelompok II : tentang Standar Penelitian
 - Kelompok III: tentang Standar Pengabdian Masyarakat
 - Kelompok IV: tentang Standar Wahana PendidikanWaktu berdiskusi adalah 30 menit, dan hasil diskusi setiap kelompok ditulis di kertas plan/flipchart dan atau ppt.
2. Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok menyajikan hasil diskusinya. Waktu: penyajian setiap kelompok 5 menit. Kelompok lainnya diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok.
3. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat, selanjutnya menyampaikan paparan materi tentang Konsep Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan sesuai urutan sub pokok bahasan, dengan menggunakan bahan tayang.
4. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai.

Langkah 4 : Penyampaian dan pembahasan tentang hasil bahasan kelompok 1, kelompok 2, kelompok 3 dan kelompok 4. dilanjutkan dengan diskusi selama (100 menit).

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator meminta kepada setiap kelompok untuk menyajikan hasil diskusinya dalam bentuk power point secara paralel :
 - a. Kelompok I : tentang Standar Pendidikan
 - b. Kelompok II : tentang Standar Penelitian
 - c. Kelompok III : tentang Standar Pengabdian Masyarakat
 - d. Kelompok IV : tentang Standar Wahana Pendidikan



2. Waktu: penyajian setiap kelompok 15 menit. Kelompok lainnya diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian selama 30 menit
3. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai selama 10 menit.

Langkah 5 : Penyampaian rangkuman tentang Standar Pendidikan, Standar Penelitian, Standar Pengabdian Masyarakat dan Standar Wahana Pendidikan yang dibutuhkan dalam Program Studi Layanan Primer di Institusi Pelaksana (10 menit).

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator mengajak peserta untuk mengungkapkan kembali serta merangkum materi yang telah dibahas pada sesi ini, mengacu pada tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator menyampaikan beberapa hal penting tentang tugas dan tanggung jawab Pengelola Program Studi Dokter Layanan Primer pada setiap Institusi.
3. Fasilitator menutup proses pembelajaran pada sesi ini, dengan mengucapkan terima kasih serta memberikan apresiasi kepada semua peserta yang telah berpartisipasi aktif sehingga tujuan pembelajaran pada sesi ini dapat tercapai.

6. URAIAN

6.1. STANDAR PENDIDIKAN PRODI DLP

Berdasarkan Peraturan Menteri Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2015 Tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi mengenai standar nasional pendidikan tinggi dan Standar Pendidikan Dokter Layanan Primer yang dikeluarkan oleh Sub Pokja Kompetensi – Sub Pokja Pendidikan Pokja Percepatan Pendidikan Dokter Layanan Primer Kementerian Pendidikan Tinggi & Ristek - Kementerian Kesehatan R.I yang disusun pada tahun 2016.

a. Standar kompetensi DLP

DLP sendiri dapat didefinisikan berdasarkan beberapa aspek, antara lain: ahli di bidang generalis, mampu memimpin dan menyelenggarakan pelayanan jaminan Kesehatan, kualifikasi Dokter Spesialis, Ilmu Kedokteran Keluarga, Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Maka berdasarkan beragam aspek dari definisi tersebut di atas, maka pelayanan praktik DLP memiliki ciri-ciri sebagai berikut:



- Anamnesis holistik, dimana sifatnya terpusat pada pasien dengan tujuan untuk menegakkan diagnosis holistik meliputi seluruh aspek mulai dari aspek klinis, personal, risiko internal dan eksternal serta penilaian derajat fungsional dalam beraktifitas termasuk bekerja.
- Diagnosis holistik meliputi: Diagnosis personal, diagnosis Medis, diagnosis masalah internal pasien, diagnosis masalah eksternal pasien, dan derajat fungsional saat itu
- Penatalaksanaan Komprehensif yang tidak hanya terpusat pada pasien namun juga pada keluarga dan komunitas.

Adapun profil lulusan DLP beserta luaran maupun capaian yang diharapkan nantinya meliputi beberapa aspek sebagai berikut:

1. Beretika, mematuhi hukum dan profesional di pelayanan primer (*Ethical, obey the law, professional in primary health care setting*)
2. Berkomunikasi secara holistik, komprehensif dan cakap budaya (*Cultural competence, holistic, comprehensiveness communication*)
3. Berpusat pada individu dan keluarga dalam mengelola kesehatan personal (*Patient-centeredness, family-orientation*)
4. Menekankan pencegahan pada ketrampilan klinisnya (*Prevention, access of first-contact care*)
5. Berorientasi pada komunitas dan masyarakat dalam pengelolaan kesehatan masyarakat (*Community-orientation*)
6. Bermanajemen profesional pada fasilitas pelayanan kesehatan primer (*Professional management*)
7. Kepemimpinan yang efektif (*Effective leadership*)

b. Standar Pembelajaran

Standard Isi

Isi pembelajaran merupakan kajian dan pemecahan masalah berbagai penyakit dan atau masalah kedokteran dan kesehatan di layanan primer, yang tercantum dalam Standar Kompetensi Dokter Layanan Primer (SK-DLP).

Visi pembelajaran mencakup:

- Pengetahuan, yang meliputi pengetahuan biomedik dan klinik, pemahaman dan penerapan ilmu sosial dan perilaku, etika kedokteran, kebijakan berwawasan kesehatan masyarakat, hukum kedokteran, dan manajemen yang terkait praktik DLP.
- Keterampilan meliputi keterampilan intelektual untuk menerapkan metoda ilmiah baik dalam upaya pendekatan pemecahan masalah, pengambilan keputusan, penelitian dan manajemen, serta keterampilan interpersonal di layanan primer.
- Pembinaan sikap dan perilaku yang professional



Isi kurikulum berorientasi pada masalah kesehatan individu, keluarga dan masyarakat dalam konteks pelayanan kesehatan primer serta memiliki muatan lokal yang Spesifik, yaitu pengetahuan dan keterampilan pilihan yang dibutuhkan sesuai dengan tempat bekerja dan peminatan peserta didik DLP. Isi kurikulum fakultas terdiri dari minimal 80% SK-DLP ditambah dengan 20% kurikulum lokal sesuai dengan kekhususan institusi tersebut.

Standard Proses Pembelajaran

Pendekatan pembelajaran yang digunakan antara lain : Sistematis berbasis praktik yang komprehensif, Aktif dengan penerapan pembelajaran berbasis masalah kesehatan yang nyata, belajar mandiri, terintegrasi antara teori dan praktik, serta mendapat pengalaman belajar klinis lapangan dalam sistem pelayanan kesehatan yang harus termuat secara nyata dalam kurikulum.

- A. Metode ilmiah yang diberikan meliputi kemampuan kompetensi penguasaan metoda ilmiah, baik berupa kemampuan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan klinik berbasis bukti (*evidence based clinical practice*). Para lulusan juga diharapkan untuk mampu kritis, memilah dan memilih informasi.
- B. Pendidikan regular DLP diselenggarakan dalam 3 tahapan pencapaian kompetensi yang terdiri dari tahap pengayaan, tahap magang, dan tahap praktik.
 - Tahap pengayaan, peserta didik mendapat tambahan ilmu dan ketrampilan klinis yang dibutuhkan untuk praktik di layanan primer. Pembelajaran lebih banyak di pusatkan pada rumah sakit pendidikan untuk belajar ketrampilan dan pembelajaran jarak jauh untuk ilmu pengetahuan baru. Tahap pengayaan adalah tahap pendidikan tahun pertama.
 - Tahap magang, peserta didik mengaplikasikan ilmu dan ketrampilan klinis pada wahana pendidikan dengan pengawasan pembimbing lapangan (supervisor dan perseptor). Tahap magang adalah tahap pendidikan tahun kedua.
 - Tahap praktik, yaitu tahap peserta didik mengaplikasikan ilmu dan ketrampilan klinis pada tempatnya bekerja tanpa pengawasan pembimbing lapangan. Tahap praktik adalah tahap pendidikan tahun terakhir.

Strategi pendidikan meliputi pendidikan yang merekognisi pelatihan sebelumnya (*recognized prior learning*), pendidikan jarak jauh (*e-learning* dan *tele-education*), pendidikan berbasis tempat kerja (*workplace based education*), serta pengumpulan kredit pendidikan yang



lebih fleksibel (*credit earning*) dengan pembagian dan aturan yang mengutamakan kualitas pendidikan.

Struktur kurikulum (*Spiral – based education*) – penyusunan kurikulum pembelajaran berdasarkan ke tujuh area kompetensi DLP: Kompetensi Penguat yaitu: Komunikasi, Kepemimpinan dan Profesionalisme diajarkan sejak dari awal sampai akhir pendidikan terus menerus secara berkesinambungan, diikuti dengan Kompetensi Inti: Pendalaman Klinis dan Prinsip-prinsip Kedokteran Keluarga diletakkan dari awal hingga akhir pembelajaran secara sistematis dan terstruktur. Kemudian Kompetensi Inti: Kedokteran Komunitas dan Kesehatan Masyarakat serta Manajemen Klinik Layanan Primer diletakkan di tengah dan akhir proses pembelajaran sebagai akselerator untuk implemmentasi keseluruhan kemampuan DLP pada saat akhir masa pendidikan. Untuk memenuhi keseluruhan capaian pembelajaran program pendidikan profesi DLP, beban belajar mahasiswa minimal 36 sks dengan masa studi program pendidikan profesi DLP sekurang-kurangnya adalah 3 (tiga) tahun.

c. Standar Peserta Didik, Dosen dan tenaga Kependidikan

Tenaga pengajar ataupun dosen untuk ProDi DLP memiliki beberapa persyaratan seperti harus berkualifikasi akademik minimum lulusan program profesi dan/atau lulusan program doktor atau yang sederajat dengan pengalaman kerja paling singkat 2 (dua) tahun. Dosen sendiri dapat berasal dari perguruan tinggi, RS pendidikan, dan wahana pendidikan kedokteran lainnya.

Mengenai peserta didik, sebelum mereka dapat melanjutkan pendidikan ke ProDi DLP mereka diharuskan untuk memiliki ijaah dokter dan STR. Seleksi peserta didik sendiri mencakup seleksi administrasi dan kemampuan akademik. Jumlah peserta didik sendiri direncanakan oleh KIKLPI sesuai dengan kebutuhan nasional.

d. Standar Sarana dan Prasarana / Sumber Daya

Fasilitas pelayanan kesehatan tempat pendidikan DLP tersebut dapat berupa RS Pendidikan dan wahana pendidikan. RS Pendidikan harus sudah terakreditasi untuk menjamin pencapaian kompetensi sesuai kurikulum pendidikan Dokter Layanan Primer.

Wahana pendidikan terdiri atas pusat kesehatan masyarakat, Klinik Pratama, Klinik Utama, laboratorium, dan fasilitas lain yang digunakan untuk pendidikan DLP. Fasyankes yang menjadi wahana pendidikan DLP harus terstandar sesuai peraturan perundang-undangan berlaku. Wahana pendidikan dapat pula berupa rumah sakit pendidikan jejaring, dan RS pendidikan afiliasi yang telah terakreditasi, sarana kerja lapangan di masyarakat seperti Puskesmas, Klinik, dan



wahana pendidikan lainnya, sehingga mampu memenuhi kebutuhan PP-DLP. Kontrak kerjasama institusi pendidikan prodi DLP dengan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat pendidikan dilakukan oleh Fakultas Kedokteran atas nama perguruan tinggi dengan wahana pendidikan dan/atau Rumah Sakit Pendidikan Utama.

e. Standar Pengelolaan Pembelajaran

Kewenangan melaksanakan program pendidikan dari Dekan/Rektor (untuk perguruan tinggi berbadan hukum) setelah mendapat izin dari Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, berdasarkan rekomendasi KKI untuk perguruan tinggi yang belum berbadan hukum. IPP DLP sendiri dikelola oleh Fakultas Kedokteran dengan kriteria antara lain memiliki akreditasi A. Program pendidikan dikelola oleh IPP-DLP. Mengenai kepemimpinan, ketua IPP-DLP bertanggung jawab terhadap terlaksananya program pendidikan. Dalam proses pelaksanaan

f. Standar Pendanaan dan Pembiayaan Pembelajaran

Institusi pengelola IPP-DLP wajib menyusun kebijakan, mekanisme, dan prosedur dalam menggali sumber dana lain secara akuntabel dan transparan dalam rangka peningkatan kualitas pendidikan. IPP-DLP harus melakukan analisis biaya operasional pendidikan serta evaluasi tingkat ketercapaian standar satuan biaya pendidikan tinggi pada setiap akhir tahun anggaran. Selain itu, IPP-DLP wajib mengupayakan pendanaan pendidikan dari berbagai sumber di luar sumbangan pembinaan pendidikan (SPP) yang diperoleh dari mahasiswa. Pendanaan sendiri dapat berasal dari pemerintah pusat, pemerintah daerah, masyarakat dan sumber lain.

6.2. STANDAR PENELITIAN PRODI DLP

Berdasarkan Peraturan Menteri Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2015 Tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi mengenai standar nasional penelitian pendidikan tinggi dan Standar Pendidikan Dokter Layanan Primer yang dikeluarkan oleh Sub Pokja Kompetensi – Sub Pokja Pendidikan Pokja Percepatan Pendidikan Dokter Layanan Primer Kementerian Pendidikan Tinggi & Ristek - Kementerian Kesehatan R.I yang disusun pada tahun 2016.

- Standar Hasil
Standar hasil penelitian adalah hasil penelitian yang memenuhi kriteria minimal dari penelitian yang bermutu yang memenuhi kaidah-kaidah ilmiah yang bersifat baku dan universal, didokumentasikan dan didiseminasikan melalui forum ilmiah



baik di tingkat regional, nasional maupun internasional, serta dapat dipertanggungjawabkan baik secara moral maupun secara etik penelitian.

- Standar Isi

Isi penelitian mampu mengidentifikasi bidang keilmuan kedokteran keluarga, komunitas, dan masyarakat sebagai obyek penelitian dan memosisikannya ke dalam suatu skema penyelesaian masalah yang lebih menyeluruh dan bersifat interdisiplin atau multi disiplin; dalam rangka menghasilkan prototipe, karya desain, produk atau inovasi teknologi bernilai tambah. Materi penelitian merupakan materi penelitian dasar dan penelitian terapan yang berorientasi pada luaran yang inovatif dan bermanfaat bagi masyarakat luas.

- Standar Proses

Penelitian bertujuan untuk memberikan kontribusi dalam penyelesaian masalah kesehatan atau pelayanan kesehatan di layanan primer. Proses Penelitian harus sesuai dengan beberapa standar proses penelitian, antara lain harus sejalan dengan roadmap, visi dan misi program studi Dokter Layanan Primer pada institusinya masing masing. Standar proses penelitian yang diatur dalam peraturan yang dikeluarkan oleh kemenristik DIKTI, Standar Proses Penelitian Prodi DLP ini memiliki kriteria lainnya yang hampir serupa.

- Standar Penilaian

Standar penilaian penelitian terdiri dari standar perencanaan, standar pelaksanaan, serta standar evaluasi dan perbaikan. Masing-masing standar tersebut memiliki sejumlah indikator pencapaian standar, baik dimulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi dan perbaikan.

Penilaian untuk perencanaan, pelaksanaan, serta monitoring, evaluasi dan perbaikan penelitian mengacu pada beberapa indikator, yaitu indikator *input*, proses, dan *output* dengan masing-masing parameternya. Proses monitoring dan evaluasi (monev) penelitian dilaksanakan berdasarkan panduan monev di institusi masing-masing.

- Standar Peneliti

Peneliti pada program studi Dokter Layanan Primer harus memenuhi standar seorang peneliti, yaitu:

- a. Minimal lulusan dokter
- b. Menguasai metodologi penelitian kualitatif dan atau kuantitatif
- c. Menguasai bahasa Indonesia baku dan bahasa Inggris (diutamakan tulisan/pasif)



- d. Memahami kode etik peneliti dan menjunjung tinggi profesinya
 - e. Mampu menuliskan dan mempublikasikan hasil penelitiannya ke jurnal nasional terakreditasi
- Standar Sarana dan Prasarana
Untuk dapat menghasilkan penelitian yang baik dan bermutu dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai dan berkualitas. Adapun standar sarana dan prasarana penelitian antara lain contohnya ruangan, jaringan internet, ATK serta laboratorium penunjang, dan lainnya.
 - Standar Pengelolaan
Penelitian perlu dikelola dengan baik agar hasil penelitian sesuai dengan yang diharapkan. Adapun standar dalam pengelolaan suatu penelitian meliputi kesesuaian kegiatan penelitian dengan rencana, adanya tim penjamin dan kendali mutu hingga adanya standar prosedur monitoring pelaksanaan penelitian serta evaluasi pelaksanaan penelitian.
 - Standar Pendanaan dan Pembiayaan
Sumber pendanaan penelitian dapat berasal dari internal dan eksternal maupun dari penelitian mandiri (penelitian sendiri). Sumber dana internal berasal dari Perguruan Tinggi yang bersangkutan, alokasi minimal sebesar 10% dari DIPA Penerimaan negara bukan pajak (PNBP) untuk program penelitian. Sedangkan sumber pendanaan eksternal dapat berasal baik dari pemerintah, kerjasama dengan Lembaga Didalam Negeri, kerjasama dengan Lembaga Diluar negeri ataupun dana dari Masyarakat.

6.3. STANDAR PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT PRODI DLP

Berdasarkan Peraturan Menteri Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggirepublik Indonesia Nomor 44 Tahun 2015 Tentang Standar Nasional Pendidikan TINGGI mengenai standar nasional pengabdian kepada masyarakat pendidikan tinggi.

a. Persyaratan dan Penetapan Pengabdian Kepada Masyarakat

Pengabdian masyarakat dalam Program Pendidikan Dokter Layanan Primer dapat diselenggarakan bersama pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat didukung oleh pihak swasta. Penetapan fasilitas kesehatan sebagai sarana prasarana pengabdian masyarakat harus memenuhi persyaratan dan standar.

Faskes yang akan digunakan sebagai tempat pengabdian masyarakat ProDi DLP harus memenuhi beberapa persyaratan baik dari iin operasional hingga standarisasi lainnya yang harus dipenuhi



Dalam pelaksanaannya, ada delapan standar yang harus dipenuhi oleh pengabdian kepada masyarakat ini, yaitu:

1. Standar hasil pengabdian kepada masyarakat;
Merupakan kriteria minimal hasil pengabdian kepada masyarakat dalam menyelesaikan masalah yang ada dimasyarakat melalui penerapan keilmuan Kedokteran Keluarga, kedokteran Komunitas dan Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk memajukan kesehatan masyarakat demi meningkatnya kecerdasan kehidupan berbangsa. Hasil pengabdian masyarakat Program Pendidikan DLP dapat berupa: program kesehatan., penerapan ilmu dan teknologi dan modul pendidikan dan pelatihan.
2. Standar isi pengabdian kepada masyarakat;
Kriteria minimal tentang kedalaman dan keluasan pengabdian kepada masyarakat dalam bidang ilmu kedokteran keluarga, kedokteran komunitas dan kesehatan masyarakat. Hasil penelitian atau pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi meliputi: hasil penelitian yang dapat diterapkan langsung dan dibutuhkan oleh masyarakat pengguna; pengembangan pengetahuan dan teknologi kedokteran, model pemecahan masalah, rekayasa sosial, dan/atau rekomendasi kebijakan yang dapat diterapkan langsung oleh masyarakat, dunia usaha, industri, dan/atau Pemerintah.
3. Standar proses pengabdian kepada masyarakat;
Kriteria minimal tentang kegiatan pengabdian kepada masyarakat, yang terdiri atas perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan kegiatan.
4. Standar penilaian pengabdian kepada masyarakat;
Kriteria minimal tentang penilaian terhadap proses dan hasil pengabdian masyarakat. Penilaian pengabdian masyarakat Pendidikan DLP dapat dilakukan dengan menggunakan metode dan instrumen yang relevan, akuntabel, dan dapat mewakili ukuran ketercapaian kinerja proses dan kinerja hasil pengabdian masyarakat. Dalam menilai pun terdapat beberapa kriteria minimal penilaian seperti tingkat kepuasan masyarakat.
5. Standar pelaksana pengabdian kepada masyarakat;
Pengabdian masyarakat dapat dilaksanakan oleh Dosen dan/atau Peserta Didik/Residen Spesialis Layanan Primer yang wajib memiliki penguasaan metodologi penerapan keilmuan yang sesuai dengan bidang keahlian, jenis kegiatan, serta tingkat kerumitan dan kedalaman sasaran kegiatan.
6. Standar sarana dan prasarana pengabdian kepada masyarakat
Wahana pendidikan harus menyediakan sarana, prasarana dan



peralatan yang memadai dan memenuhi kriteria untuk pelaksanaan pengabdian masyarakat sesuai dengan modul pendidikan termasuk ketersediaan jumlah dan variasi masalah kesehatan dalam masyarakat yang berinteraksi dengan peserta didik.

7. Standar pengelolaan pengabdian kepada masyarakat;
Meliputi Standar visi misi, standar administrasi dan manajemen, standar SDM, serta Standar perancangan dan pelaksanaan program pendidikan

8. Standar pendanaan dan pembiayaan pengabdian kepada masyarakat.

Merupakan criteria minimal sumber dan mekanisme pendanaan dan pembiayaan pengabdian kepada masyarakat. Pendanaan pengabdian kepada masyarakat pada pendidikan Dokter Layanan Primer dapat bersumber dari Perguruan tinggi wajib sebagai dana internal, dari pemerintah, dan kerja sama dengan lembaga lain di dalam maupun di luar negeri, atau dana dari masyarakat.

b. Penyelenggaraan Pengabdian Kepada Masyarakat

Dalam penyelenggaraannya yang terlebih dahulu harus diperhatikan adalah perjanjian kerjasama antara institusi dan sarana tempat melakukan pengabdian kepada masyarakat. Kontrak kerjasama sekurang-kurangnya harus memuat beberapa hal antara lain pihak yang terlibat, ruang lingkup, maksud dan tujuan, serta lainnya. Kemudian dalam pelaksanaannya pengabdian kepada masyarakat juga harus memiliki pengendalian mutu, baik internal dan eksternal.

c. Tugas dan Tanggung Jawab Pemerintah

Pada pelaksanaan pengabdian kepada masyarakat, jajaran aparatur pemerintah dimulai dari menteri, gubernur, bupati dan walikota memiliki tugas dan tanggung jawab masing-masing yang bervariasi.

d. Pendanaan

Pemerintah pusat dan atau pemerintah daerah wajib mendukung pendanaan pengabdian masyarakat DLP. Dukungan pendanaan ini ditujukan untuk berbagai hal antara lain untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan lainnya. Pendanaan ini sendiri harus menjamin kelayakan, keberlangsungan dan keberlanjutan program pengabdian masyarakat dan pendidikan DLP.

e. Pembinaan dan Pengawasan

Proses pembinaan dan pengawasan terhadap wahana pendidikan dan sarana lain dalam pengabdian masyarakat dilakukan oleh menteri, gubernur dan bupati, walikota, kepala dinas kesehatan kabupaten, dan



kota. Dalam pelaksanaannya, para pejabat pemerintah tersebut dapat diwakili oleh sebuah tim yang telah ditunjuk. Salah satu proses pembinaan dan pengawasan dilakukan melalui advokasi, sosialisasi, supervisi, atau lainnya. Dari hasil pembinaan dan pengawasan ini, fasyankes yang menjadi wahana pendidikan dapat dicabut atau dibatalkan penetapannya sebagai sarana pengabdian masyarakat jika tidak memenuhi syarat, standar dan tidak menjalankan tugas dan fungsinya.

6.4 STANDAR WAHANA PENDIDIKAN PRODI DLP

Tujuan penyusunan Kebijakan Wahana Pendidikan Dokter Layanan Primer diantaranya lain adalah :

1. menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang dapat digunakan untuk pendidikan dan penelitian bidang kedokteran keluarga, kesehatan masyarakat dan kedokteran komunitas, dengan mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien, keluarga dan komunitas;
2. memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi pasien, keluarga, dan komunitas, pemberi pelayanan, mahasiswa, dosen, subyek penelitian bidang kedokteran keluarga, kesehatan masyarakat dan kedokteran komunitas, peneliti, penyelenggara Wahana Pendidikan, serta \checkmark Institusi Pendidikan;
3. menjamin terselenggaranya pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran keluarga, kesehatan masyarakat dan kedokteran komunitas yang bermutu.

1. Persyaratan dan Penetapan Wahana Pendidikan

Wahana pendidikan dokter layanan primer dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Pendidikan Profesi DLP di wahana pendidikan dilaksanakan setelah fasilitas kesehatan ditetapkan menjadi wahana pendidikan DLP oleh Gubernur.

Penetapan fasilitas kesehatan sebagai wahana pendidikan harus memenuhi persyaratan.

a. Persyaratan

Fasilitas kesehatan untuk menjadi wahana pendidikan DLP harus memenuhi persyaratan meliputi:

1. Mempunyai izin operasional atau izin penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang masih berlaku.
2. Memiliki dokumen telah digunakan sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan atau surat pernyataan bersedia sebagai wahana pendidikan DLP.
3. Memiliki profil Fasilitas Pelayanan Kesehatan;



4. Memenuhi standar penilaian sebagai calon wahana pendidikan DLP

b. Tatacara Penetapan

1. Fasilitas pelayanan kesehatan sebagai wahana pendidikan DLP ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.
2. Usulan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai wahana pendidikan dokter layanan primer diajukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
3. Usulan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai wahana pendidikan dokter layanan primer yang diajukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dapat berdasarkan usulan dari institusi pendidikan.
4. Sebelum mengajukan usulan kepada Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota melakukan penilaian awal terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan berdasarkan borang instrumen penilaian.
5. Berdasarkan usulan penetapan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai wahana pendidikan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi membentuk tim penilai yang terdiri dari unsur dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, asosiasi institusi pendidikan (AIPKI), dan dinas pendidikan kabupaten/kota.
6. Paling lama dalam waktu 7 (tujuh) hari kerja sejak penugasan, tim harus memberikan hasil penilaian kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
7. Paling lama dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak menerima usulan penetapan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi harus memberikan penetapan atau surat penolakan yang disertai alasan yang jelas.
8. Penetapan wahana pendidikan DLP harus disampaikan kepada Kepala Daerah tingkat provinsi, kabupaten/kota, institusi pendidikan, wahana pendidikan serta kepada Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi sebagai laporan.
9. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang telah ditetapkan sebagai wahana pendidikan DLP harus dilakukan evaluasi secara berkala paling lambat 3 (tiga) tahun.
10. Evaluasi dilakukan terhadap aspek kepatuhan terhadap pemenuhan persyaratan dan standar wahana pendidikan.



11. Dalam hal berdasarkan hasil Evaluasi Tim, Fasilitas Pelayanan Kesehatan tidak memenuhi lagi persyaratan dan standar wahana pendidikan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi harus melakukan pencabutan penetapannya
12. Pencabutan penetapan fasilitas kesehatan sebagai wahana pendidikan disampaikan kepada institusi pendidikan dan wahana pendidikan serta kepada Bupati/Walikota, Gubernur, Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan tinggi, dan dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai laporan.

2. Penyelenggaraan Wahana Pendidikan

A. Perjanjian Kerjasama

B. Perencanaan dan Pelaksanaan Program Pendidikan

Wahana pendidikan bersama dengan institusi pendidikan merencanakan dan melaksanakan program pendidikan DLP.

- Penyelenggaraan Pendidikan
- SDM.
- Manajemen dan administrasi
- Sarana dan Prasarana

C. Pengendalian Mutu Wahana Pendidikan

3. Tugas Dan Tanggung Jawab Pemerintah

- a. Menteri, Gubernur, dan Bupati/Walikota memiliki tugas dan tanggung jawab terhadap terselenggaranya proses pendidikan dokter layanan primer di wahana pendidikan dokter layanan primer.
- b. Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan wahana pendidikan, menteri:
 - Menetapkan kebijakan pelayanan kesehatan di wahana pendidikan DLP;
 - Mendorong kecukupan alokasi anggaran kesehatan di tingkat provinsi/kabupaten/kota, khususnya peningkatan SDM, sarana dan prasarana di wahana pendidikan DLP;
- c. Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan wahana pendidikan DLP, Gubernur:
 - Membuat dan menetapkan kebijakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di wilayahnya;
 - Merencanakan dan mengalokasikan anggaran bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menjadi wahana pendidikan DLP khususnya peningkatan SDM, sarana dan prasarana di wilayahnya;



- Perencanaan, pendayagunaan, dan pemerataan serta pengembangan wahana pendidikan DLP di wilayahnya
 - Penjaminan terhadap keamanan dan keselamatan Tenaga Kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan dan pendidikan di wahana pendidikan pada fasilitas pelayanan kesehatan khususnya di kawasan terpencil dan sangat terpencil;
 - Advokasi dan kerjasama dengan lintas sektor, swasta, dan pemangku kepentingan lainnya;
- d. Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan wahana pendidikan, Bupati/Walikota:
- Menyiapkan dan merekomendasikan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai wahana pendidikan DLP di daerahnya;
 - Melaksanakan kebijakan untuk peningkatan dan pemerataan akses serta kualitas pelayanan kesehatan di daerahnya;
 - Mengalokasikan dana bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi wahana pendidikan DLP di daerahnya;
 - Menjaminan terhadap keamanan dan keselamatan Tenaga Kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan dan pendidikan di wahana pendidikan pada fasilitas pelayanan kesehatan di daerahnya;
 - Advokasi dan kerjasama dengan lintas sektor, swasta, dan pemangku kepentingan lainnya di daerahnya; dan
 - Monitoring dan evaluasi
4. Pendanaan
- a. Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah wajib mendukung pendanaan wahana pendidikan DLP.
- b. Dukungan pendanaan ditujukan untuk:
- a. meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan;
 - b. meningkatkan kompetensi tenaga pendidik di wahana pendidikan DLP
 - c. meningkatkan sarana dan prasarana wahana pendidikan DLP;
 - d. meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan;
 - e. menggerakkan potensi masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya.
 - f. menunjang fungsi pelayanan, pendidikan, penelitian, penerapan, pengamalan, dan pembudayaan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, guna memajukan kesejahteraan umum, meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mencerdaskan kehidupan bangsa



- g. imbal jasa kepada mahasiswa DLP sebagai pemberi layanan
- c. Sumber pendanaan berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan Sumber dana lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- d. Institusi pendidikan membayar biaya pendidikan kepada wahana pendidikan sesuai dengan yang tercantum dalam perjanjian kerjasama antara institusi pendidikan dan wahana pendidikan

5. Pembinaan Dan Pengawasan

- a. Menteri, gubernur, dan bupati/walikota, kepala dinas kesehatan kab/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap wahana pendidikan DLP.
- b. Pembinaan dan pengawasan ditujukan untuk:
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di wahana pendidikan DLP;
 - b. Meningkatkan mutu pendidikan di wahana pendidikan DLP;
 - c. Meningkatkan perlindungan dan keselamatan pasien;
 - d. Meningkatkan perlindungan dan kepastian hukum bagi pemberi pelayanan, dan /atau preseptor DLP, mahasiswa DLP;
 - e. Kepatuhan terhadap standar wahana pendidikan.
- c. Pembinaan dan pengawasan dilakukan melalui:
 - a. supervisi, konsultasi, dan bimbingan teknis;
 - b. monitoring dan evaluasi
- d. Pembinaan dan pengawasan dilakukan paling sedikit 1 (satu) tahun sekali.
- e. Berdasarkan hasil pembinaan dan pengawasan, fasilitas pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan sebagai wahana pendidikan DLP dapat dicabut atau dibatalkan penetapannya sebagai wahana pendidikan DLP apabila:
 - a. tidak memenuhi persyaratan dan standar wahana pendidikan; dan/ atau
 - b. tidak menjalankan tugas dan fungsi sebagai wahana pendidikan DLP.



LAMPIRAN BORANG WAHANA PENDIDIKAN DLP

Lampiran 1

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 NOMOR ... TAHUN 2016
 TENTANG
 WAHANA PENDIDIKAN BAGI DLP

A. PENILAIAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN CALON WAHANA PENDIDIKAN DLP

FORMULIR 1. PENILAIAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN CALON WAHANA PENDIDIKAN DLP

I. Persyaratan Administrasi (Persyaratan Mutlak)			
Kriteria/Parameter			Ya/Tidak
1	Mempunyai izin operasional atau izin penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang masih berlaku		
2	Memiliki dokumen telah digunakan sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan atau surat pernyataan bersedia sebagai wahana pendidikan DLP		
3	Memiliki profil Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
4	Memiliki SIP bagi preseptor		
Keterangan:			
<ul style="list-style-type: none"> - Persyaratan administrasi harus dipenuhi oleh setiap calon waana pendidikan DLP - Penilaian terhadap kriteria teknis dapat dilakukan setelah seluruh persyaratan administratif dipenuhi - 			
II. Persyaratan Teknis			
Kriteria/ Parameter	Kriteria Penilaian	Skor	
A. SARANA PRASARANA			
1	Adanya sistem informasi kedokteran, termasuk penggunaan dokumen medik	Ya = 2 Tidak = 0	
2	Adanya media penyuluhan/promosi kesehatan	Ya = 2 Tidak = 0	
3	Adanya media audiovisual	Ya = 2 Tidak = 0	
4	Disediakan ruang/tempat periksa khusus bagi residen DLP	Ya = 2 Tidak = 0	
5	Adanya ruang diskusi yang dilengkapi komputer, internet, dan perpustakaan	Ya = 2 Tidak = 0	
B. PERALATAN			
1	Terdapat set pemeriksaan umum	Ada. Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
2	Terdapat set gizi (food model, pengukuran	Ada, Lengkap = 2	



	antropometri)	Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
3	Terdapat set rehabilitasi medik sederhana	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
4	Terdapat set pemeriksaan THT	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
5	Terdapat set pemeriksaan mata	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
6	Terdapat set tindakan medis/gawat darurat	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
7	Terdapat set pemeriksaan kesehatan ibu (dengan ditambah USG)	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
8	Terdapat set pemeriksaan kesehatan anak	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
9	Terdapat set pelayanan KB	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
10	Terdapat set imunisasi	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
11	Terdapat set obgyn	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
12	Terdapat set resusitasi bayi	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
13	Terdapat set promosi kesehatan	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
14	Terdapat set laboratorium	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
15	Terdapat set farmasi	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
16	Terdapat set sterilisasi	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
17	Terdapat peralatan kewaspadaan universal	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
18	Menyediakan form inform consent dan formulir skinning	Ada, Lengkap = 2 Ada, Tidak Lengkap = 1 Tidak Ada = 0	
C	KETENAGAAN		



1	Memiliki dua dokter umum atau satu DLP	Memiliki 2 dokter umum atau 1 DLP = 2 Memiliki 1 dokter umum = 1 Tidak memiliki dokter = 0	
2	Memiliki dokter gigi	Ya = 1 Tidak = 0	
3	Tersedia tenaga administrasi	Ya = 1 Tidak = 0	
4	Tersedia tenaga bidan	Ya = 1 Tidak = 0	
5	Tersedia tenaga perawat	Ya = 1 Tidak = 0	
6	Tersedia tenaga kefarmasian minimal tenaga teknis kefarmasian	Ya = 1 Tidak = 0	
7	Tersedia tenaga ahli teknologi laboratorium medik/ analis laboratorium	Ya = 1 Tidak = 0	
8	Tersedia tenaga kesehatan lingkungan	Ya = 1 Tidak = 0	
9	Tersedia tenaga gizi	Ya = 1 Tidak = 0	
10	Tersedia tenaga kesehatan masyarakat	Ya = 1 Tidak = 0	
11	Tersedia tenaga lainnya (tenaga administrasi, keuangan, dll)	Ya = 1 Tidak = 0	
D	LINGKUP PELAYANAN (Dibuktikan Dengan Adanya Penanggungjawab Pelayanan Dan Ketersediaan Anggaran Pelayanan Di Fasyankes)		
1	Melaksanakan pemeriksaan umum rawat jalan	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	
2	Melaksanakan pelayanan promosi kesehatan	Ya, sesuai standar = 2 Ya, sesuai standar = 1	
3	Melaksanakan pelayanan kesehatan lingkungan*	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	
4	Melaksanakan pelayanan KIA,KB dan imunisasi*	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	
5	Melaksanakan pelayanan gizi*	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	
6	Melaksanakan pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	
7	Melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	
8	Melaksanakan pelayanan one day care	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	
9	Melaksanakan pelayanan luar gedung * (Home Care, pemberdayaan masyarakat, UKS, Pembinaan Posyandu/Posbindu, dll)	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	
10	Melaksanakan pelayanan kefarmasian*	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	
11	Melaksanakan pelayanan laboratorium	Ya, sesuai standar = 2 Ya, belum sesuai standar = 1	



E	PENYELENGGARAAN		
1	Memiliki variasi kasus yang cukup (dibuktikan dengan jumlah visite rate atau LB1 kasus penyakit)	Ya = 2 Tidak = 0	
2	Memiliki jumlah pasien dan variasi umur yang cukup (dibuktikan dengan jumlah visite rate atau LB1 kasus penyakit)	Ya = 2 Tidak = 0	
3	Memiliki komitmen untuk melakukan manajemen mutu pelayanan (dibuktikan dengan adanya panduan dalam pelaksanaan pelayanan, misal: PPK, serta melaksanakan manajemen fasyankes)	Ya = 2 Tidak = 0	
Jumlah Skor			
Hasil: $\frac{\text{Jumlah Skor}}{86 \text{ (bagi Puskesmas) atau } 76 \text{ (bagi klinik atau fasyankes lain)}} \times 100 \%$			

Hasil Penilaian :

70-100% = direkomendasikan menjadi wahana pendidikan

< 70% = tidak direkomendasikan menjadi wahana pendidikan

Tanda * = bagi klinik, kriteria penilaian yang bertanda bintang tidak diwajibkan



LAMPIRAN 2

CONTOH KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI TENTANG PENETAPAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI WAHANA PENDIDIKAN DLP PADA PROVINSI

KOP DINAS KESEHATAN PROVINSI

KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI (nama Provinsi)
NOMOR:

TENTANG

PENETAPAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI WAHANA
PENDIDIKAN DLP PADA PROVINSI (nama Provinsi)

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
KEPALA DINAS KESEHATAN (nama Provinsi),

Menimbang	:	a. bahwa untuk melakukan analisis terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang akan diusulkan dan ditetapkan sebagai Wahana Pendidikan DLP dipandang perlu membentuk tim penilai Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
		b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi...(nama provinsi) tentang Tim Penilai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sebagai Wahana Pendidikan DLP;
Mengingat	:	<ol style="list-style-type: none">1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);2. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2013 Nomor 132, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5434);3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);4. PP No. 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan5. Permenristekdikti No. 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 473) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2016 (berita negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 15)7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 232);8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014



		Nomor 1676); 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi (Berita negara Republik Indonesia tahun 2015 Nomor 1049) 10. Standar Kompetensi Dokter Layanan Primer 11. Standar Pendidikan Dokter Layanan Primer
		Memutuskan
Menetapkan	:	Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi (nama Provinsi) tentang Tim Penilai Wahana Pendidikan DLP di Wilayah Provinsi ...(nama provinsi)
Kesatu	:	Susunan keanggotaan Tim penilai Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Tim Penilai sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ini
Kedua	:	Tim penilai sebagaimana di maksud dalam Diktum Kesatu mempunyai tugas sebagi berikut:
		a. menyiapkan data yang dibutuhkan untuk penilaian dan penetapan status Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Wahana Pendidikan DLP; b. verifikasi dan analisa data yang dibutuhkan untuk penilaian dan penetapan status Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Wahana Pendidikan DLP; c. melakukan penilaian Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang akan diusulkan penetapan status sebagai Wahana Pendidikan DLP; d. melakukan telaahan atas hasil penilaian Fasilitas Pelayanan Kesehatan; e. membuat berita acara hasil penilaian; dan f. memberikan rekomendasi penetapan atau penolakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang telah diusulkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ; g. dalam hal pelaksanaan visitasi tim tidak dapat dilakukan oleh tim secara penuh, rekomendasi penetapan atau penolakan wahana pendidikan harus ditandatangani secara tim.
Ketiga	:	Pembiayaan yang timbul dalam akibat dikeluarkannya keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi (nama Provinsi)
Keempat	:	Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan
		Ditetapkan di Pada tanggal
		Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
		Ttd
		Nama Kepala Dinas Kesehatan Provinsi



LAMPIRAN 3.

CONTOH KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI TENTANG PENETAPAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI WAHANA PENDIDIKAN DLP

KOP DINAS KESEHATAN PROVINSI

KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN (nama Provinsi)

NOMOR:

TENTANG

PENETAPAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI WAHANA
PENDIDIKAN DLP

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA DINAS KESEHATAN (nama Provinsi),

Menimbang	:	bahwa untuk melaksanakan ketentuan pasal ayat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor... Tahun 2016 tentang Pedoman Wahana Pendidikan DLP, perlu menetapkan Keputusan Dinas Kesehatan Provinsi (<i>nama provinsi</i>) tentang Penetapan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sebagai Wahana Pendidikan DLP;
Mengingat	:	<ol style="list-style-type: none">1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);2. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2013 Nomor 132, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5434);3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);4. PP No. 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan5. Permenristekdikti No. 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 473) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2016 (berita negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 15)7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 232);8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang



		<p>Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi (Berita negara Republik Indonesia tahun 2015 Nomor 1049)</p> <p>10. Standar Kompetensi Dokter Layanan Primer</p> <p>11. Standar Pendidikan Dokter Layanan Primer</p>
		Memutuskan
Menetapkan	:	Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi (nama Provinsi) tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan Sebagai Wahana Pendidikan DLP di Wilayah Provinsi ...(nama provinsi)
Kesatu	:	Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Wahana Pendidikan DLP (<i>nama provinsi</i>), dengan rincian sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini;
Kedua	:	Penetapan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu dilakukan dengan mempertimbangkan:
		a.
Keempat	:	Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan
		Ditetapkan di
		Pada tanggal
		Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
		Ttd
		Nama Kepala Dinas Kesehatan Provinsi



LAMPIRAN 4.

KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI (*nama provinsi*)
NOMOR TAHUN
TENTANG
PENETAPAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI WAHANA
PENDIDIKAN DLP (*nama Provinsi*)

Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai Wahana Pendidikan DLP

Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Alamat	Kepemilikan	Nomor Izin Operasional/Nomor Registrasi



IV. MATERI INTI - II

PROGRAM RESIDENSI DOKTER LAYANAN PRIMER



1. DESKRIPSI SINGKAT

WHO didalam laporan tahun 2008 mendorong anggotanya untuk melakukan reformasi sistem kesehatan dalam rangka menguatkan layanan kesehatan primer. Hal ini didasari oleh temuan bukti ilmiah berbagai penelitian kesehatan masyarakat dan penelitian pelayanan kesehatan primer yang menunjukkan bahwa penguatan pelayanan kesehatan primer penting untuk meningkatkan derajat kesehatan suatu negara. Dokter yang bekerja pada pelayanan kesehatan primer diharapkan dapat menyelesaikan 80-90% masalah kesehatan yang ada. Oleh karena itu, seperti tertulis dalam buku laporan WHO 2008 yang berjudul *Primary Health Care: Now More Than Ever*, diperlukan 4 reformasi yang harus dilaksanakan semua negara yaitu: reformasi *universal coverage*, reformasi penyediaan layanan, reformasi kebijakan publik, dan reformasi kepemimpinan.

Negara Kesatuan Republik Indonesia telah membaca situasi perlunya dokter terdidik untuk dapat menjadi dokter layanan primer yang baik. Undang Undang Pendidikan Kedokteran (UU Dikdok) 2013 mencantumkan terminologi “Dokter Layanan Primer”, dan mengamanatkan penyelenggaraan program pendidikan dokter layanan primer yang “setara spesialis” untuk menghasilkan dokter yang handal bekerja dalam lingkup “sistem jaminan kesehatan nasional”. Dari tinjauan semantik, kata “setara” dapat diartikan sebagai sederajat/ selevel/ setinggi/ seimbang/ sepadan/ sama. Pada Rapim MKKI April 2014 program pendidikan dokter layanan primer “setara” spesialis ini dipahami sebagai program pendidikan yang “sama” dengan program pendidikan dokter spesialis. Dengan pemahaman ini DLP dianggap sebagai satu bidang ilmu kedokteran baru, yang berarti harus mempunyai kolegium dan selanjutnya semua ketentuan yang berlaku pada kolegium spesialis akan berlaku pula pada Kolegium Bidang Ilmu Dokter Layanan Primer.

Dalam rangka mempersiapkan penyelenggaraan program pendidikan (prodi) DLP setara spesialis oleh Fakultas Kedokteran berakreditasi tertinggi, dilaksanakan beberapa workshop peningkatan kapasitas dosen dalam mengelola prodi dan mendidik residen DLP. Workshop ToT (Training of Trainers) Dosen Pendidik Klinis (Dokdiknis) dan Dosen Pembimbing Lapangan DLP ini bertujuan untuk mempersiapkan para dosen pengelola prodi (dosen *home-based*) untuk memiliki tiga kemampuan yaitu; mengelola program pendidikan DLP, melatih dalam pelatihan dosen pendidik klinis (Dokdiknis) pendidikan DLP, dan melatih dalam pelatihan pembimbing lapangan pendidikan DLP.



Buku Kurikulum dan Modul Pelatihan ToT Dokdiknis dan Pembimbing Lapangan prodi DLP ini disusun dan diterbitkan sebagai acuan bagi penyelenggaraan pelatihan ToT Dokdiknis dan Dosen Pembimbing Lapangan prodi DLP. Di dalamnya sudah tercakup hal-hal yang perlu dipahami dan dilakukan oleh dosen pengelola prodi DLP berkaitan dengan pengelolaan dan pelaksanaan program pendidikan DLP, termasuk mempersiapkan, mengimplementasikan dan mengevaluasi program pendidikan DLP dan pelatihan pendidik dokdiknis dan pembimbing lapangan prodi DLP. Diharapkan dengan diterbitkannya buku ini, maka penyelenggaraan pelatihan ToT Dokdiknis dan Pembimbing Lapangan prodi DLP menjadi terstandarisasi. Dengan demikian, kompetensi dosen pengelola prodi DLP, di mana pun mereka bertugas, menjadi setara.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN

2.1 Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi, peserta mampu mengelola program residensi DLP

2.2 Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan program pendidikan masa transisi dan program pendidikan reguler DLP
2. Menjelaskan konsep pendidikan akademik dan pendidikan profesi DLP
3. Mempersiapkan prodi DLP
4. Melaksanakan program penjaminan mutu Prodi DLP

3. POKOK BAHASAN DAN SUBPOKOK BAHASAN

Dalam rangka pencapaian tujuan pembelajaran khusus maka disusunlah Pokok bahasan dan Sub pokok bahasan sebagai berikut:

- 1) Struktur program pendidikan masa transisi dan program pendidikan reguler DLP
- 2) Konsep pendidikan akademik dan pendidikan profesi DLP:
 - a) Konsep pendidikan akademik
 - b) Konsep pendidikan berbasis tempat kerja



- c) Konsep pendidikan klinik di rumah sakit pendidikan
 - d) Konsep pendidikan klinik di wahana pendidikan prodi DLP
- 3) Penyiapan Prodi DLP:
- a) Tahap Perancangan Kurikulum (perumusan capaian pembelajaran, pembentukan mata kuliah, penyusunan mata kuliah)
 - b) Tahap Pembelajaran (Menyusun RPS, proses pembelajaran, asesmen pembelajaran, dan perencanaan implementasi)
- 4) Program penjaminan mutu program pendidikan DLP

4. BAHAN AJAR

1. Buku Standar Pendidikan prodi DLP
2. Buku Standar Wahana Pendidikan prodi DLP dan borang
3. Kurikulum dan Modul Pendidikan prodi DLP masa transisi.
4. Kurikulum dan Modul Pendidikan prodi DLP program reguler
5. Bahan bacaan (*hand out*)

5. LANGKAH PEMBELAJARAN

Langkah-langkah kegiatan pembelajaran ini menguraikan tentang kegiatan fasilitator dan peserta dalam proses pembelajaran selama sesi ini berlangsung selama 9 jam pelajaran (T:2, P:7, PL:0) sebagai berikut:

A. Langkah 1 : Pengkondisian (10 menit)

Langkah pembelajaran:

- a. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan judul materi yang akan disampaikan.
- b. Menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.



- c. Dilanjutkan dengan penyampaian judul materi, deskripsi singkat, tujuan pembelajaran serta ruang lingkup pokok bahasan yang akan dibahas pada sesi ini.

B. Langkah 2 :

Penyampaian dan pembahasan program pendidikan Dokter Layanan Primer (masa transisi dan program pendidikan reguler) dan konsep pendidikan akademik dan pendidikan profesi DLP oleh narasumber serta penyusunan kurikulum prodi DLP (45 menit)

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber memberikan presentasi tentang prodi DLP (masa transisi dan program reguler), konsep pendidikan akademik dan pendidikan profesi DLP, serta penyusunan kurikulum prodi DLP (25 menit)
2. Diskusi dan tanya jawab 20 menit.
Narasumber memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai.

C. Langkah 3:

Penyiapan Prodi DLP, tahap perancangan kurikulum (140 menit).

Langkah Pembelajaran:

1. Fasilitator membagi peserta menjadi 4 kelompok.
Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok berdiskusi tentang perancangan kurikulum:
 - Perumusan capaian pembelajaran
 - Pemilihan/identifikasi bahan kajian
 - Pembentukan mata kuliah berdasarkan sistem organ
 - Penyusunan mata kuliah dalam 3 tahun pendidikan regulerWaktu berdiskusi adalah 60 menit, dan hasil diskusi setiap kelompok ditulis di kertas plan/flipchart dan atau ppt.
2. Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok menyajikan hasil diskusinya. Waktu: penyajian setiap kelompok 10 menit (40 menit).
3. Setelah semua kelompok menyajikan presentasinya, diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok (20 menit).



4. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat (10 menit)
5. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai (10 menit)

D. Langkah 4:

Penyiapan Prodi DLP, tahap pembelajaran (140 menit)

Langkah Pembelajaran:

1. Fasilitator membagi peserta menjadi 4 kelompok.
Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok berdiskusi tentang perancangan kurikulum:
 - Menyusun rencana pembelajaran semester (RPS)/tahunan
 - Proses pembelajaran
 - Evaluasi/asesmen pembelajaran
 - Rancangan implementasi prodi DLPWaktu berdiskusi adalah 60 menit, dan hasil diskusi setiap kelompok ditulis di kertas plan/flipchart dan atau ppt
2. Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok menyajikan hasil diskusinya. Waktu: penyajian setiap kelompok 10 menit (40 menit).
3. Setelah semua kelompok menyajikan presentasinya, diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok (20 menit)
4. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat (10 menit)
5. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai (10 menit)

E. Langkah 5 :

Program penjaminan mutu (45 menit)

Langkah pembelajaran:

1. Narasumber memberikan presentasi tentang program penjaminan mutu prodi DLP (25 menit)
2. Diskusi dan tanya jawab. Narasumber memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai (20menit).

F. Langkah 6:



Penyampaian rangkuman tentang program pendidikan DLP (10 menit).

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator merangkum materi yang telah dibahas pada sesi ini.
2. Fasilitator menutup proses pembelajaran pada sesi ini, dengan mengucapkan terima kasih serta memberikan apresiasi kepada semua peserta yang telah berpartisipasi aktif sehingga tujuan pembelajaran pada sesi ini dapat tercapai.

6. URAIAN

1. Struktur program pendidikan reguler dan program pendidikan masa transisi Dokter Layanan Primer

Pelayanan kesehatan primer seringkali disebut sebagai pelayanan primer. Padahal pengertian pelayanan kesehatan primer terkait dengan pelayanan kesehatan di tingkat primer. Sedangkan pelayanan primer diartikan sebagai pelayanan yang utama yang harus disediakan dan mudah dijangkau oleh masyarakat. Sebagian besar masalah kesehatan seharusnya di tatalaksana dengan baik di pelayanan primer. Pelayanan primer juga merupakan pusat kegiatan yang berupaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan melakukan berbagai kegiatan pencegahan, apakah pencegahan tersebut merupakan pencegahan primer (sebelum timbulnya masalah kesehatan), atau pencegahan sekunder (setelah adanya masalah kesehatan, namun dicegah untuk tidak bertambah berat), atau pencegahan tersier (setelah adanya masalah kesehatan, namun dicegah untuk tidak menimbulkan kecacatan atau kematian). Untuk dapat melaksanakan pelayanan mulai dari promotif hingga rehabilitatif tersebut, maka pelayanan primer seyogyanya merupakan sarana pelayanan kesehatan yang memiliki fasilitas baik dan lengkap sehingga dokter dan tenaga kesehatan lain yang telah terdidik khusus untuk bekerja di layanan primer dapat melaksanakan tugasnya dengan baik.

Oleh sebab itu profil Dokter Layanan Primer yang akan dihasilkan melalui program pendidikan DLP adalah:

1. Dokter dengan kualifikasi setara spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna di layanan primer yang berfokus kepada individu dalam konteks keluarga dan komunitas pada semua spektrum layanan;



2. Dokter yang secara konsisten menerapkan prinsip-prinsip ilmu kedokteran keluarga, Ilmu kedokteran Komunitas, dan Ilmu kesehatan masyarakat berbasis bukti ilmiah terkini;
3. Dokter yang mampu berperan sebagai profesional, komunikator, kolaborator, manejer, edukator, advokator, peneliti, dan pemimpin pada pelayanan kesehatan primer.

Dokter dengan kualifikasi setara spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan di layanan primer yang berfokus kepada individu dalam konteks keluarga dan komunitas pada semua spektrum layanan, dengan tidak memandang umur, jenis kelamin dan kondisi lain yang secara konsisten; yang menerapkan prinsip-prinsip ilmu kedokteran keluarga, Ilmu kedokteran Komunitas, dan Ilmu kesehatan masyarakat berbasis bukti ilmiah terkini; serta mampu berperan sebagai profesional, komunikator, kolaborator, manager, edukator, advokator, peneliti dan pemimpin.

Dokter yang bekerja di layanan primer di Indonesia diharapkan telah menguasai pemahaman pendekatan kedokteran keluarga dan menerapkannya pada saat berpraktik. Dapat dimaklumi bahwa, walau kewenangan berpraktik di layanan primer telah diperoleh begitu dokter selesai melaksanakan program internship, namun penguasaan ketrampilan dalam melaksanakan praktik dengan pendekatan kedokteran keluarga belum dapat diperoleh begitu saja tanpa pengalaman bertahun-tahun atau dipersingkat dengan program pendidikan yang terstruktur.

Oleh karena itu program pendidikan Dokter Spesialis Layanan Primer merupakan program pendidikan yang sebagian besar (80%) berisi program pendidikan Kedokteran Keluarga tingkat pasca sarjana dan profesi residensi ditambah program pasca sarjana Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Komunitas yang diperlukan bagi dokter layanan primer sebagai penanggung jawab wilayah kesehatan dan penyedia pelayanan kesehatan primer dalam sistim jaminan kesehatan nasional.

Program studi Dokter Layanan Primer akan meluluskan dokter DLP yang memiliki karakteristik:

1. Ujung tombak pelayanan kesehatan, artinya pertama kali dikunjungi individu yang membutuhkan pelayanan kesehatan, dan yang bertanggung jawab penyediaan pelayanan komprehensif dan berkelanjutan (sinambung) pada kliennya tanpa dibatasi usia, jenis kelamin, dan penyakit



2. Berpusat pada pasien, berfokus pada keluarga, berorientasi komunitas dan berkompetensi budaya, artinya melayani setiap individu dalam konteks keluarga, komunitas, dan budaya, dan selalu menghormati otonomi kliennya
3. Bertanggungjawab profesional terhadap komunitasnya, artinya memiliki tanggung jawab profesional pada komunitas yang ia layani
4. Terintegrasi dan bersinambung, artinya mengintegrasikan, psikologis, faktor sosial, budaya dan eksistensial fisik kliennya dengan memanfaatkan pengetahuan dan kepercayaan yang dibangun melalui kontak berulang dengan kliennya
5. Komprehensif dan berdayaguna, artinya melaksanakan peran profesionalnya melalui promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan pelayanan paliatif, serta pemberdayaan dan manajemen diri klien, yang ia lakukan sendiri atau melalui pihak lain sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, dan bila diperlukan membantu kliennya mengakses layanan ini
6. Mawas diri dan belajar sepanjang hayat, artinya bertanggung jawab untuk mengembangkan dan memelihara keterampilan, keseimbangan pribadi dan nilai-nilai profesi sebagai dasar dalam memberikan pelayanan efektif dan menjaga keselamatan kliennya
7. Pelayanan berkelanjutan, artinya bertanggung jawab memantau terus menerus, memelihara, dan meningkatkan pelayanan, keselamatan dan kepuasan kliennya
8. Peduli terhadap masalah kesehatan nasional, dan mengakui memiliki tanggung jawab profesional untuk berpartisipasi aktif melaksanakan program yang menjadi prioritas nasional dan melaksanakan advokasi untuk mendukung pencapaian program nasional.
9. Berkomunikasi lintas budaya, artinya memahami cara pendekatan individu, keluarga dan komunitas dan masyarakat, sesuai kawasan perkotaan, pedesaan dan daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan serta suku terasing.

Dengan karakteristik tersebut di atas diharapkan Dokter Layanan Primer dapat mewujudkan kebutuhan masyarakat dengan mengaplikasikan kompetensinya melalui capaian pembelajaran (CP)

Kurikulum Pendidikan Dokter Layanan Primer mengembangkan metode pembelajaran dengan 2 pendekatan yaitu:

- A. Pendidikan reguler
- B. Pendidikan masa transisi berbasis rekognisi pembelajaran lampau (*Recognized Prior Learning*).



A. Pendidikan Dokter Layanan Primer Reguler

Pendidikan Dokter Layanan Primer reguler memiliki masa studi 6 semester dengan 50 SKS. Metode pembelajaran terdiri dari tatap muka, diskusi, magang dan praktik. Pendidikan Dokter Layanan Primer dilaksanakan di kampus Fakultas Kedokteran, Wahana Pendidikan di RS tipe C dan D, puskesmas dan klinik.

Pendidikan reguler diselenggarakan dalam 3 tahapan pencapaian kompetensi yang terdiri dari tahap pengayaan, tahap magang, dan tahap praktik.

- Tahap pengayaan, yaitu tahap peserta didik mendapat tambahan ilmu dan ketrampilan klinis yang dibutuhkan untuk praktik di layanan primer. Pada tahap ini peserta didik akan memperoleh pembelajaran blok 1, blok 2 dan blok 5 secara simultan dan terintegrasi. Pembelajaran lebih banyak di pusatkan pada rumah sakit pendidikan untuk belajar ketrampilan dan pembelajaran jarak jauh untuk ilmu pengetahuan baru. Tahap pengayaan adalah tahap pendidikan tahun pertama
- Tahap magang, yaitu tahap peserta didik mengaplikasikan ilmu dan ketrampilan klinis pada wahana pendidikan dengan pengawasan pembimbing lapangan (supervisor dan perseptor). Pada tahap ini selain merupakan tahap lanjut dari blok 1, blok 2 dan blok 5, juga merupakan tahap dasar blok 3, blok 4 dan blok 6. Pembelajaran blok 6 merupakan dasar dan penentuan arah peminatan peserta didik untuk melaksanakan blok 3 dan blok 4 serta tahap selanjutnya di daerah perkotaan, pedesaan, atau DTPK. Tahap magang adalah tahap pendidikan tahun kedua.
- Tahap praktik, yaitu tahap peserta didik mengaplikasikan ilmu dan ketrampilan klinis pada tempatnya bekerja tanpa pengawasan pembimbing lapangan. Dalam rangka melaksanakan tugas akhir dan penyelesaian portfolio, peserta memiliki jaminan fasilitas berkonsultasi jarak jauh dengan pengampu ilmu dari program studi. Pada tahap ini peserta melaksanakan blok 7 dan tahap lanjut blok 3 dan blok 4. Selain itu pada tahap praktik peserta menyelesaikan tugas akhir dan pengisian portfolio sebagai bentuk uji kompetensi profesi. Tahap praktik adalah tahap pendidikan tahun terakhir.

Adapun contoh gambaran kurikulum pendidikan DLP reguler (FK Universitas Padjadjaran) dapat dilihat pada tabel di bawah ini:



		Minggu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Tahap praktik	Semester 6	Proses penyusunan tugas akhir dan kelengkapan portfolio															Ujian tugas akhir	Ujian board		
	semester 5	Program Jaminan Mutu di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (blok 7) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam					Diagnosis komunitas modul lanjut (blok 3 modul 2) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam					Evaluasi program dan intervensi kesehatan masyarakat modul lanjut (blok 4 modul 1) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam								
Tahap magang	semester 4	Kesehatan perkotaan (blok 6 modul 1)		Kesehatan pedesaan dan DTPK (blok 6 modul 2)		Diagnosis komunitas modul dasar (blok 3 modul 1) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam					Evaluasi program dan intervensi kesehatan masyarakat modul dasar (blok 4 modul 1) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam									
		Proses penyusunan tugas akhir					Ujian proposal		Proses penyusunan tugas akhir											
	semester 3	Masalah kesehatan jiwa dan perkembangan remaja (blok 2 modul 6) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam					Masalah kecacatan indra dan saraf (blok 2 modul 7) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam					Pendalaman kemajuan pemeriksaan penunjang yang efektif efisien di layanan primer (blok 2 modul 8) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja praktik 70 jam					Ujian kompre & portfolio bagian 1			
		Pelayanan yang berpusat pada pasien dan berfokus pada keluarga (blok 1 modul 4) Kegiatan: tatap muka 2 jam, diskusi kelompok 2 jam, kerja praktik 5 jam					Kolaborasi interprofesional di layanan primer (blok 5 modul 4) Kegiatan: tatap muka 2 jam, diskusi kelompok 2 jam, kerja praktik 5 jam													
Tahap pengayaan	semester 2	Masalah kesehatan lansia dan penyakit menular dan tidak menular di layanan primer (blok 2 modul 3) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam					Masalah kesehatan yang berhubungan dengan bedah, keganasan dan pelayanan paliatif (blok 2 modul 4) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam					Masalah kegawatdaruratan dan kasus rujukan (blok 2 modul 5) Kegiatan: tatap muka 6 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 74 jam								
		Pelayanan yang berpusat pada pasien dan berfokus pada keluarga (blok 1 modul 3) Kegiatan: tatap muka 2 jam, diskusi kelompok 2 jam, kerja praktik 5 jam					Kolaborasi interprofesional di layanan primer intermedia (blok 5 modul 3) Kegiatan: tatap muka 2 jam, diskusi kelompok 2 jam, kerja praktik 5 jam													
	semester 1	Pelayanan yang berpusat pada pasien dan berfokus pada keluarga (blok 1 modul 1) Kegiatan: tatap muka 4 jam, diskusi kelompok 8 jam, kerja praktik 72 jam					Masalah kesehatan ibu dan kesehatan reproduksi di layanan primer (blok 2 modul 1) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam					Masalah kesehatan dan kesejahteraan anak di layanan primer (blok 2 modul 2) Kegiatan: tatap muka 8 jam, kerja kelompok 2 jam, kerja praktik 68 jam								
		Kolaborasi interprofesional di layanan primer dasar (blok 5 modul 1) Kegiatan: tatap muka 2 jam, diskusi kelompok 4 jam, kerja lapangan 24 jam					Pelayanan yang berpusat pada pasien dan berfokus pada keluarga (blok 1 modul 2) Kegiatan: tatap muka 2 jam, diskusi kelompok 2 jam, kerja praktik 5 jam					Kolaborasi interprofesional di layanan primer intermedia (blok 5 modul 2) Kegiatan: tatap muka 2 jam, diskusi kelompok 2 jam, kerja praktik 5 jam								

B. Pendidikan Masa Transisi Berbasis RPL

Masa Transisi adalah masa persiapan pendirian Program Studi Pendidikan Dokter Layanan Primer (PP-DLP), dan penyesuaian pada Program Pendidikan DLP bagi dokter yang telah berpraktik lebih dari 5 tahun di layanan primer, dengan tujuan membuat percepatan program pendidikan DLP sesuai kebutuhan nasional di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pada tahap awal, PP-DLP akan diselenggarakan di institusi penyelenggara pendidikan dokter (IPPD) yang berakreditasi A yang saat ini berjumlah 17, dan selanjutnya IPPD ini diharapkan dapat bekerja sama dengan IPPD lain dalam upaya meningkatkan daya tampung PP-DLP.

Dalam masa transisi yang ditetapkan selama 20 tahun (2015 – 2035) akan diselenggarakan PP-DLP Moduler. Program moduler ini bersifat sukarela dan ditujukan untuk para dokter yang saat ini berpraktik di strata primer yang ingin menjadi DLP dan berkarir sebagai gatekeeper yang handal dalam sistem pelayanan kesehatan di era JKN. Diharapkan sebagian besar dari sekitar 90.000-an dokter tersebut pada akhir masa transisi sudah menjadi DLP. Setelah masa transisi berakhir,



PP-DLP Moduler tidak lagi diselenggarakan dan akan digantikan dengan PP-DLP Reguler.

Pendidikan masa transisi pada Pendidikan Dokter Layanan Primer mengacu pada hasil penilaian RPL. Pendidikan Masa transisi dilaksanakan setelah dilakukan penilaian RPL pada calon peserta didik. Apabila dinilai RPL nya telah memenuhi ketentuan maka calon peserta didik dapat mengikuti pendidikan masa transisi yang berlangsung selama 24 minggu, dengan jumlah beban SKS sebanyak 10 SKS.

Adapun contoh gambaran kurikulum pendidikan DLP masa transisi (FK Universitas Padjadjaran) dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Modul	MINGGU																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Patient centred and family focused	TM	WORK BASED PLACE (WBP)										TM	WBP	TM	WBP							ujian lokal		ujian nasional
Ketrampilan Klinis	SL	RS						WBP		TM	WBP		TM											
Diagnosis Komunitas	TM	WBP										TM	WBP	TM	WBP									
Program Planning and Evaluation	TM	WBP										TM	WBP	TM	WBP		TM							
Interprofesional Collaboration	TM	WBP		TM	WBP	TM	WBP	TM	WBP	TM	WBP	TM	WBP	TM	WBP	TM								

2. Konsep pendidikan akademik dan pendidikan profesi DLP:

- a) Konsep pendidikan akademik
- b) Konsep pendidikan berbasis tempat kerja
- c) Konsep pendidikan klinik di rumah sakit pendidikan
- d) Konsep pendidikan klinik di wahana pendidikan prodi DLP

Pendidikan untuk menghasilkan profesi dokter adalah program studi pendidikan dokter yang diselenggarakan oleh fakultas kedokteran dari universitas. Didasari dengan pendidikan akademik yang terdiri dari pendidikan umum 1 semester, pendidikan ilmu biomedik dan klinis 6 semester, lalu dilanjutkan dengan pendidikan profesi klinis selama 4



semester, maka dokter yang diluluskan oleh fakultas kedokteran kemudian menempuh proses pemahiran kompetensi selama 2 semester (internship). Dokter ini kemudian dapat berpraktik di wahana layanan primer maupun wahana pelayanan sekunder sebagai dokter praktik umum atau dokter jaga. Dokter ini juga merupakan sarjana yang siap menempuh pendidikan akademik pasca sarjana untuk segala jurusan, termasuk dokter layanan primer setara spesialis.

Menurut UU RI No. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi

Pasal 15 (1) Pendidikan akademik merupakan Pendidikan Tinggi program sarjana dan/atau program pascasarjana yang diarahkan pada penguasaan dan pengembangan cabang Ilmu Pengetahuan dan Teknologi.

Pendidikan Profesi Pasal 17 (1) Pendidikan profesi merupakan Pendidikan Tinggi setelah program sarjana yang menyiapkan Mahasiswa dalam pekerjaan yang memerlukan persyaratan keahlian khusus. (2) Pendidikan profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi dan bekerja sama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi.

Program Profesi dan Program Spesialis Pasal 24 (1) Program profesi merupakan pendidikan keahlian khusus yang diperuntukkan bagi lulusan program sarjana atau sederajat untuk mengembangkan bakat dan kemampuan memperoleh kecakapan yang diperlukan dalam dunia kerja. (2) Program profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi yang bekerja sama dengan Kementerian, Kementerian lain, LPNK, dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi. (3) Program profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) menyiapkan profesional. (4) Program profesi wajib memiliki Dosen yang berkualifikasi akademik minimum lulusan program profesi dan/atau lulusan program magister atau yang sederajat dengan pengalaman kerja paling singkat 2 (dua) tahun. (5) Lulusan program profesi berhak menggunakan gelar profesi. (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai program profesi diatur dalam Peraturan Pemerintah.

Pasal 25 (1) Program spesialis merupakan pendidikan keahlian lanjutan yang dapat bertingkat dan diperuntukkan bagi lulusan program profesi yang telah berpengalaman sebagai profesional untuk mengembangkan bakat dan kemampuannya menjadi spesialis. (2) Program spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat diselenggarakan oleh Perguruan Tinggi bekerja sama dengan Kementerian, Kementerian lain,



LPNK dan/atau organisasi profesi yang bertanggung jawab atas mutu layanan profesi. (3) Program spesialis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meningkatkan kemampuan spesialisasi dalam cabang ilmu tertentu. (4) Program spesialis wajib memiliki Dosen yang berkualifikasi akademik minimum lulusan program spesialis dan/atau lulusan program doktor atau yang sederajat dengan pengalaman kerja paling singkat 2 (dua) tahun. (5) Lulusan program spesialis berhak menggunakan gelar spesialis.

Pada pendidikan Pendidikan Kedokteran Lanjut ini evaluasi belajarnya menggunakan metode observasi langsung ketika residen bertemu dengan pasien. Ujian berdasarkan observasi langsung di tempat praktek ini memang telah dilakukan ketika mahasiswa kedokteran di Pendidikan Kedokteran Dasar menempuh pendidikan klinik (Ko-Asistensi). Meskipun demikian tujuan Pendidikan Kedokteran Lanjut adalah pengelolaan pasien secara mandiri, tuntas dan rutin yang berbeda dengan tujuan Pendidikan Kedokteran Dasar yang telah dijelaskan di atas.

3. Penyiapan Program Pendidikan DLP

- a. Tahap Perancangan Kurikulum (perumusan capaian pembelajaran, pembentukan mata kuliah, penyusunan mata kuliah)
- b. Tahap Pembelajaran (Menyusun RPS, proses pembelajaran, asesmen pembelajaran, dan perencanaan implementasi)

Panduan Ringkas Menyusun Kurikulum Pendidikan Tinggi (KPT)

Buku Panduan ringkas ini dimaksudkan untuk memberikan urutan praktis menyusun Kurikulum Pendidikan Tinggi.

Setiap tahap diberikan contoh langkah penyusunan sebagai kerangka interpretasi dasar untuk mempermudah pemahaman dan penerapannya, bukan untuk ditiru seketika (dijiplak).

Dalam buku ini hanya dituliskan cara menyusun setiap tahapan KPT, jika diperlukan penjelasan dan landasan akademiknya, dipersilahkan merujuk pada uraian dalam buku KPT utama.

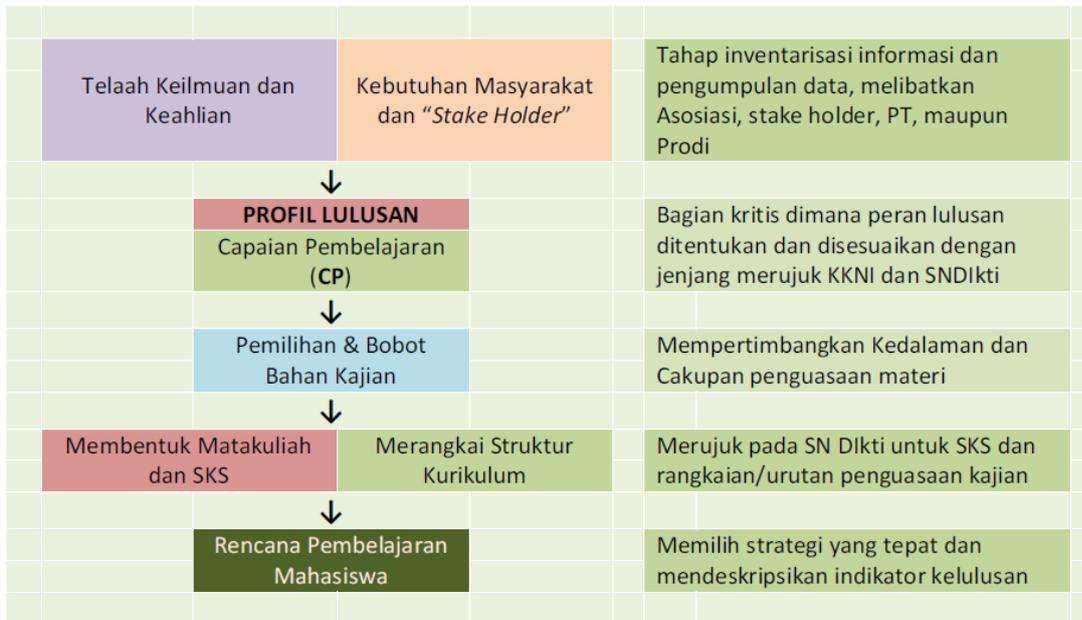
Tahap penyusunan KPT mencakup:

1. Menentukan Profil Lulusan dan Capaian Pembelajaran (CP)



2. Memilih dan merangkai Bahan Kajian
3. Menyusun Mata Kuliah, Struktur Kurikulum, dan menentukan SKS
4. Menyusun Rencana Pembelajaran

Secara umum diagram alir penyusunan KPT adalah sebagai berikut:



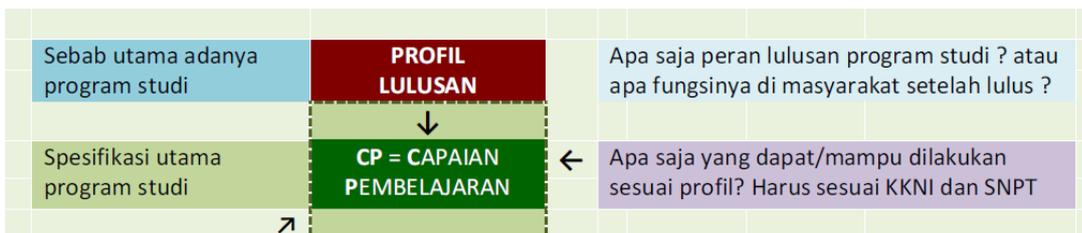
1. Menentukan Profil Lulusan dan Capaian Pembelajaran (CP)

1.1. Menyusun Profil

Tidak ada kurikulum tanpa profil lulusan. Pernyataan profil lulusan merupakan bukti akuntabilitas akademik program studi.

Profil lulusan menjadi pembeda program studi satu terhadap program studi lainnya.

Pernyataan profil lulusan merupakan kata benda.



Langkah menyusun Profil Lulusan:

- a. Lakukan studi pelacakan (tracer study) kepada pengguna potensial yang sesuai dengan bidang studi, ajukan pertanyaan berikut:



“berperan sebagai apa sajakah lulusan program studi setelah selesai pendidikan?”. Jawaban dari pertanyaan ini menunjukkan “sinyal kebutuhan pasar” atau Market Signal.

- b. Identifikasi peran lulusan berdasarkan tujuan diselenggarakannya program studi sesuai dengan Visi dan Misi institusi.
- c. Lakukan kesepakatan dengan program studi yang sama yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi lain sehingga ada pencari umum program studi.
- d. Pernyataan profil tidak boleh keluar dari bidang eilmuan/keahlian dari program studinya.

Contoh: Program Studi Teknik Mesin tidak boleh memiliki profil lulusan sebagai Medical Representative walaupun seandainya hasil tracer studi mendapatkan data tersebut.

- e. Penting diingat bahwa profil merupakan peran dan fungsi lulusan bukan jabatan ataupun jenis pekerjaan, namun dengan mengidentifikasi jenis pekerjaan dan jabatan dapat membantu menentukan profil lulusan.

Rujukan untuk menyusun CP adalah KJNI dan Standar Nasional Pendidikan Tinggi.

Format CP terdiri dari empat unsur:

Menurut KJNI mencakup: Sikap/perilaku, Kemampuan, Pengetahuan, dan Tanggung jawab/Hak/Wewenang.

Menurut SN DIKTI mencakup: Sikap, Keterampilan Umum, Keterampilan Khusus, dan Pengetahuan.

Alur Menyusun Deskripsi CP

PROFIL LULUSAN (Beserta Deskripsinya)	→	Unsur Sikap pada SN DIKTI	←	Tambahkan sesuai dengan keunggulan/khas Prodi
	→	Keterampilan Umum SN DIKTI	←	Tambahkan sesuai dengan keunggulan/khas Prodi
	→	Keterampilan Khusus dari KJNI	←	Gunakan indikator jenjang sebagai rujukan Deskripsi CP
	→	Pengetahuan merujuk KJNI	←	Gunakan indikator jenjang sebagai rujukan Deskripsi CP

A. Deskripsi CP unsur Sikap dan Keterampilan Umum diambil dari dari SN DIKTI bagian lampiran sesuai dengan jenjang program studi. Deskripsi yang tertera pada lampiran tersebut merupakan standar

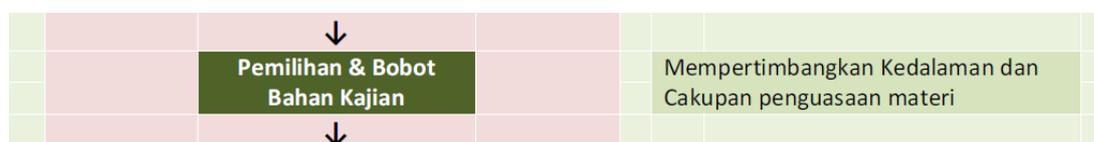


minimal dan dapat dikembangkan maupun ditambah deskripsi capaian lain atau baru sesuai dengan keunggulan dan kekhasan program studi. (termasuk unsur tanggung dan hak).

b. Unsur Keterampilan Khusus dan Pengetahuan dapat merujuk pada Deskriptor KKNi unsur Kemampuan dan Pengetahuan sesuai dengan jenjangnya. Misal: Jenjang S1 atau D4 sesuai dengan jenjang 6 KKNi.

c. Gunakan profil dengan deskripsinya untuk menurunkan CP. Ajukan pertanyaan “agar dapat berperan seperti pernyataan dalam profil tersebut, kemampuan dan pengetahuan apa yang harus dicapai dan dikuasai?” jawabannya bisa hanya satu atau lebih.

2. Memilih dan Menentukan Bobot Bahan Kajian



Memilih bahan kajian dapat ditelusuri dengan mengajukan pertanyaan: “untuk dapat menguasai semua unsur dalam Capaian Pembelajaran, bahan kajian apa saja (keluasan) yang perlu dipelajari dan seberapa dalam tingkat penguasaannya?” Bahan kajian dapat diambil (bersumber) dari bidang ilmu penyusun program studi.

Table berikut umumnya dipergunakan untuk membantu membuat peta (mapping) bahan kajian terhadap CP.

DESKRIPSI CP	BASIS ILMU PENGETAHUAN, TEKNOLOGI, DAN SENI PROGRAM STUDI			
	Utama	Pendukung	Penciri	Lainnya
Sikap			BK1	
Keterampilan Umum		BK2		
Keterampilan Khusus	BK3		BK4	
Pengetahuan	BK5			BK6

Tabel diatas adalah ilustrasi, masing masing program studi akan memiliki pola yang spesifik sesuai dengan profil masing-masing. Tanda blok memperlihatkan interseksi atau titik temu yang menggambarkan bahan kajian (BK) yang harus diberikan untuk mencapai unsur CP tertentu dengan mengambil bahan merujuk pada basis IPTEKS penyusun program studi. Sebagai contoh, BK 3 adalah bahan kajian yang harus dipilih dari IPTEKS Utama untuk mendukung tercapainya unsur Keterampilan Khusus deskripsi CP program studi di tertentu. Jumlah area yang di-blok menunjukkan keluasan bahan kajian yang



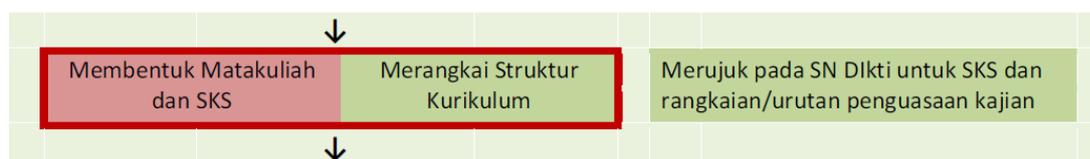
mendukung penguasaan CP tertentu. Setiap blok juga mengandung informasi, berapa dalam topik tersebut dipelajari sehingga unsur CP yang didukungnya dapat tercapai.

Mengasosiasikan kedalaman bahan kajian dengan taksonomi bloom dapat mempermudah memperkirakan kedalaman relatif penguasaan bahan kajian untuk unsur CP tertentu. Misalkan, BK2 dipelajari sedalam mahasiswa dapat mengaplikasikan pengetahuannya untuk menyelesaikan problem tertentu. Penguasaa bahan kajian sampai tahap mengaplikasikan akan setara dengan application pada aspek Kognitif taksonomi Bloom. Jika dibuat bobot relatif (sebagai alat bantu) know = 1, understand = 2, dan application = 3, dan seterusnya, maka BK2 berbobot 3.

Bahan kajian selanjutnya harus disampaikan oleh seorang dosen kepada mahasiswa melalui mata kuliah tertentu.

3. Menyusun Mata Kuliah dan Menentukan SKS

Mata kuliah adalah wadah dari bahan kajian. Atau dengan kata lain, mata kuliah adalah konsekwensi adanya bahan kajian yang harus dipelajari oleh mahasiswa dan harus disampaikan oleh seorang dosen. Mata kuliah selanjutnya menjadi unsur penting yang menjadi satuan terkecil transaksi belajar (satuan kredit, atau modul) mahasiswa yang dilayani oleh institusi pendidikan untuk diukur ketercapaiannya.



Pola penentuan matakuliah dapat dilakukan dengan mengelompokkan bahan kajian yang setara, kemudian memberikan nama pada kelompok bahan kajian tersebut.

Nama matakuliah penting untuk menyesuaikan dengan penamaan yang lazim dalam program studi sejenis baik yang ada di Indonesia ataupun di Negara lain.

Berikut adalah contoh pengelompokan bahan kajian untuk menyusun matakuliah.



DESKRIPSI CP	BASIS ILMU PENGETAHUAN, TEKNOLOGI, DAN SENI PROGRAM STUDI			
	Utama	Pendukung	Penciri	Lainnya
Sikap			BK1	MK1
Keterampilan Umum	MK2	BK2		
Keterampilan Khusus	BK3	MK3	BK4	MK4
Pengetahuan	BK5			BK6

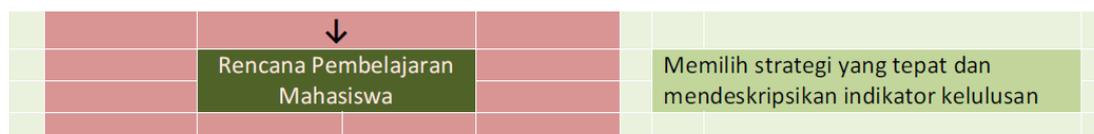
Catatan :

- Setiap satu bahan kajian (BK) hanya dapat masuk dalam satu mata kuliah (MK)
- Satu mata kuliah (MK) dapat berisi satu bahan atau lebih bahan kajian (BK)

MATA KULIAH (MK)	BAHAN KAJIAN (BK)	BOBOT BK	BOBOT MK
MK1	BK1	Bb1	Bb1
MK2	BK3	Bb3	Bb3 + Bb5
	BK5	Bb5	
MK3	BK2	Bb2	Bb2 + Bb4
	BK4	Bb4	
MK4	BK6	Bb6	Bb6

Besarnya sks setiap mata kuliah dihitung dengan membagi bobot mata kuliah dibagi dengan jumlah bobot dari seluruh matakuliah kemudian dikalikan dengan total sks yang wajib ditempuh dalam satu siklus studi pada program studi.

4. Menyusun Rencana Pembelajaran



Rencana Pembelajaran Mahasiswa merupakan dokumen yang menjelaskan bagaimana bahan kajian disampaikan (dipelajari) ke mahasiswa dengan cara yang tepat dan efisien, mahasiswa juga mengetahui indikator untuk mengukur kelulusan sekaligus bobot nilai yang akan diperoleh jika lulus pada kajian tersebut.

Berikut adalah format Rencana Pembelajaran Mahasiswa (RPM) yang dapat dipergunakan sebagai rujukan. Dalam format ini disertakan contoh pernyataannya.



MINGGU KE	KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN	BAHAN KAJIAN (materi ajar)	BENTUK PEMBELAJARAN	KRITERIA PENILAIAN (indikator)	BOBOT NILAI
1- 4	Mampu menjelaskan dan mempresentasikan	Sistem, anatomi, dasar fisiologi,	ceramah, diskusi tgs makalah *)	<ul style="list-style-type: none"> • Kelengkapan dan kebenaran penjelasan, • tkt komunikatif presentasi 	20%
5	Mampu mengidentifikasi dan bekerja sama	Anatomi manusia	PBL *)	<ul style="list-style-type: none"> • Kebenaran metode, • kerjasama 	15%
6	Mampu mengidentifikasi	Anatomi manusia	Tes	<ul style="list-style-type: none"> • Kelengkapan dan • kebenaran identifikasi 	15%
7-10	Mampu menjelaskan	Sistim syaraf Sistem otot	ceramah, diskusi		
11-14	Mampu analisis dan trampil memilah	Sistem jaringan, fisiologi tubuh	Praktikum	<ul style="list-style-type: none"> • Ketrampilan, • Kebenaran analisis 	20%
15	Mampu menganalisis dan berkomunikasi	Sistem manusia	Tes praktek dan wawancara	<ul style="list-style-type: none"> • Ketajaman dan • kelengkapan analisis, • kelancaran komunikasi 	30%

Sebagai panduan untuk mengisi kolom secara tepat, berikut diberikan petunjuknya.

NOMOR KOLOM	JUDUL KOLOM	PENJELASAN ISIAN
1	MINGGU KE	menunjukkan kapan dan berapa lama suatu kegiatan dilaksanakan, bisa 1/2/3 mingguan (lihat pengertian 1 sks)
2	KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN	rumusan kemampuan dibidang kognitif, psikomotorik , dan afektif diusahakan lengkap dan utuh (hard skills & soft skills). Merupakan tahapan kemampuan yang diharapkan dapat mencapai kompetensi mata kuliah ini diakhir semester.
3	BAHAN KAJIAN (materi ajar)	bisa diisi pokok bahasan/sub pokok bahasan, atau topik bahasan. (dengan asumsi tersedia diktat/modul ajar untuk setiap pokok bahasan)
4	BENTUK PEMBELAJARAN	bisa berupa : ceramah, diskusi, presentasi tugas, seminar, simulasi, responsi, praktikum, latihan, kuliah lapangan, praktek bengkel, survai lapangan, bermain peran, atau gabungan berbagai bentuk. Penetapan bentuk pembelajaran didasarkan pada keniscayaan bahwa kemampuan yang diharapkan diatas akan tercapai dengan bentuk/model pembelajaran yang dipilih.
5	KRITERIA PENILAIAN (indikator)	berisi : indikator yang dapat menunjukkan pencapaian kemampuan yang dicanangkan, atau unsur kemampuan yang dinilai (bisa kualitatif misal ketepatan analisis, kerapian sajian, Kreatifitas ide, kemampuan komunikasi, juga bisa juga yang kuantitatif : banyaknya kutipan acuan/unsur yang dibahas, kebenaran hitungan).
6	BOBOT NILAI	disesuaikan dengan waktu yang digunakan untuk membahas atau mengerjakan tugas, atau besarnya sumbangan suatu kemampuan terhadap pencapaian kompetensi mata kuliah ini.
	REFERENSI	datar referensi yang digunakan dapat dituliskan pada lebar lain

Bentuk pembelajara harus dapat memberikan informasi mengenai perkiraan waktu yang diperlukan agar bahan kajian dapat dicapai.



4. Program penjaminan mutu program pendidikan DLP

Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 50 Tahun 2014 tentang Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi

BAB 1: Ketentuan Umum

Pasal 1: Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan

1. Mutu pendidikan tinggi adalah tingkat kesesuaian antara penyelenggaraan pendidikan tinggi dengan Standar Pendidikan Tinggi yang terdiri atas Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan oleh Perguruan Tinggi.
2. Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi adalah kegiatan sistemik untuk meningkatkan mutu pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan.
3. Sistem Penjaminan Mutu Internal yang selanjutnya disingkat SPMI, adalah kegiatan sistemik penjaminan mutu pendidikan tinggi oleh setiap perguruan tinggi secara otonom untuk mengendalikan dan meningkatkan penyelenggaraan pendidikan tinggi secara berencana dan berkelanjutan.
4. Sistem Penjaminan Mutu Eksternal, yang selanjutnya disingkat SPME, adalah kegiatan penilaian melalui akreditasi untuk menentukan kelayakan dan tingkat pencapaian mutu program studi dan perguruan tinggi.

Pasal 2

- (1) Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi bertujuan menjamin pemenuhan Standar Pendidikan Tinggi secara sistemik dan berkelanjutan, sehingga tumbuh dan berkembang budaya mutu.
- (2) Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi berfungsi mengendalikan penyelenggaraan pendidikan tinggi oleh perguruan tinggi untuk mewujudkan pendidikan tinggi yang bermutu.

BAB II: Mekanisme Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi

Pasal 3

- (1) Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi terdiri atas:
 - a. Sistem Penjaminan Mutu Internal (SPMI); dan
 - b. Sistem Penjaminan Mutu Eksternal (SPME).
- (2) SPMI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a direncanakan, dilaksanakan, dikendalikan, dan dikembangkan oleh perguruan tinggi.
- (3) SPME sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b direncanakan,



dilaksanakan, dikendalikan, dan dikembangkan oleh BAN PT dan/atau LAM melalui akreditasi sesuai dengan kewenangan masing-masing.

(4) Luaran penerapan SPMI oleh perguruan tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) digunakan oleh BAN-PT atau LAM untuk penetapan status dan peringkat terakreditasi perguruan tinggi atau program studi.

Pasal 4

(1) Perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, dan pengembangan SPMI dan SPME mengacu pada Standar Pendidikan Tinggi.

(2) Standar Pendidikan Tinggi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

a. Standar Nasional Pendidikan Tinggi; dan

b. Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan oleh Perguruan Tinggi.

(3) Standar Nasional Pendidikan Tinggi disusun dan dikembangkan oleh Badan Standar Nasional Pendidikan dan ditetapkan dalam peraturan Menteri.

(4) Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan oleh Perguruan Tinggi disusun dan dikembangkan oleh perguruan tinggi dan Ditetapkan dalam peraturan pemimpin perguruan tinggi bagi PTN, atau peraturan badan hukum penyelenggara bagi PTS, setelah disetujui senat pada tingkat perguruan tinggi.

Pasal 5

(1) SPMI memiliki siklus kegiatan yang terdiri atas:

a. penetapan Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan oleh Perguruan Tinggi merupakan kegiatan penentuan standar/ukuran;

b. pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan oleh Perguruan Tinggi merupakan kegiatan pemenuhan standar/ukuran;

c. evaluasi pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan oleh Perguruan Tinggi merupakan kegiatan perbandingan antara luaran kegiatan pemenuhan standar/ukuran dengan standar/ukuran yang telah ditetapkan;

d. pengendalian pelaksanaan Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan oleh Perguruan Tinggi merupakan kegiatan analisis penyebab standar/ukuran yang tidak tercapai untuk dilakukan tindakan koreksi; dan

e. peningkatan Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan oleh Perguruan Tinggi merupakan kegiatan perbaikan standar/ukuran agar lebih tinggi dari standar/ukuran yang telah ditetapkan.

(2) SPMI mencakup semua kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat beserta sumberdaya yang digunakannya untuk mencapai Standar Nasional Pendidikan Tinggi.



(3) SPMI dievaluasi dan dikembangkan secara berkelanjutan oleh perguruan tinggi yang bersangkutan.

(4) SPMI d i t e t a p k a n dalam peraturan pemimpin perguruan tinggi bagi PTN dan peraturan badan hukum penyelenggara bagi PTS, setelah disetujui senat pada tingkat perguruan tinggi.

Pasal 6

(1) SPME memiliki siklus kegiatan yang terdiri atas:

a. evaluasi data dan informasi perguruan tinggi dan/atau program studi (desk evaluation) yang disimpan dalam Pangkalan Data Pendidikan Tinggi, yaitu kegiatan mengukur pemenuhan Standar Pendidikan Tinggi;

b. visitasi ke perguruan tinggi, yaitu kegiatan rmgeriksa kesesuaian data dan informasi tentang pemenuhan Standar Pendidikan Tinggi yang disimpan dalam Pangkalan Data Pendidikan Tinggi dengan fakta yang terdapat di perguruan tinggi dan/atau program studi;

c. penetapan status dan peringkat akreditasi perguruan tinggi dan/atau program studi.

(2) SPME dikembangkan secara berkelanjutan oleh BAN-PT dan/atau LAM sesuai dengan kewenangan masing-masing.

Pasal 7

(1) Data, informasi pelaksanaan, serta luaran SPMI dan SPME dilaporkan dan disimpan oleh perguruan tinggi dalam Pangkalan Data Pendidikan Tinggi.

(2) Pangkalan Data Pendidikan Tinggi terdiri atas:

a. Pangkalan Data Pendidikan Tinggi pada tingkat perguruan tinggi yang dibentuk dan dikelola oleh setiap perguruan tinggi;

b. Pangkalan Data Pendidikan Tinggi pada tingkat nasional yang dibentuk dan dikelola oleh Direktorat Jenderal.

(3) Pangkalan Data Pendidikan Tinggi pada tingkat perguruan tinggi adalah replika dari Pangkalan Data Pendidikan Tinggi pada tingkat nasional untuk skala perguruan tinggi.

(4) Data dan informasi dalam Pangkalan Data Pendidikan Tinggi digunakan untuk:

a. memantau dan mengevaluasi tingkat ketercapaian Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan/atau Standar Pendidikan Tinggi yang Ditetapkan oleh Perguruan Tinggi dalam SPMI;

b. memantau dan mengevaluasi tingkat ketercapaian Standar Pendidikan Tinggi oleh BAN-PT atau LAM.

Pasal 8

(1) Pangkalan Data Pendidikan Tinggi pada tingkat perguruan tinggi



sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf a berisi data, informasi pelaksanaan, dan luaran SPMI yang telah divalidasi oleh perguruan tinggi.

(2) Pengumpulan, pengolahan, penyimpanan, pembaharuan, dan pengelolaan data dan informasi Pangkalan Data Pendidikan Tinggi pada tingkat perguruan tinggi dilakukan oleh perguruan tinggi.

(3) Pengumpulan, pengolahan, penyimpanan, pembaharuan, dan pengelolaan data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib dilakukan pada setiap akhir semester.

(4) Pembaharuan data lintas semester dapat dilakukan atas izin Direktur Jenderal.

(5) Perguruan tinggi bertanggung jawab atas kebenaran data dan informasi yang disampaikan dalam Pangkalan Data Pendidikan Tinggi pada tingkat perguruan tinggi.

Pasal 9

(1) Pangkalan Data Pendidikan Tinggi pada tingkat nasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf b berisi data, informasi pelaksanaan, serta luaran SPMI dan SPME seluruh perguruan tinggi.

(2) Data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diverifikasi dan divalidasi oleh Direktorat Jenderal.

(3) Setelah dilakukan verifikasi dan validasi, Direktur Jenderal menyampaikan informasi pelaksanaan serta luaran SPMI dan SPME yang disimpan dalam Pangkalan Data Pendidikan Tinggi tingkat nasional kepada:

- a. Pusat Data dan Statistik Pendidikan Kementerian untuk diintegrasikan dalam Data Pokok Pendidikan;
- b. Pihak yang berkepentingan dan masyarakat.

Pasal 10

Ketentuan lebih lanjut mengenai struktur data dan informasi, mekanisme pengumpulan, penyimpanan, pembaharuan, dan pengelolaan, serta tata cara verifikasi dan validasi pada Pangkalan Data Pendidikan Tinggi tingkat perguruan tinggi dan tingkat nasional diatur oleh Direktur Jenderal.

BAB III: PEMBAGIAN TUGAS DAN WEWENANG

Pasal 11

(1) Direktorat Jenderal mempunyai tugas dan wewenang:

- a. mengharmonisasikan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, dan pengembangan SPMI dan SPME;



- b. menyusun dan mengembangkan pedoman SPMI;
 - c. melakukan pembinaan, pembimbingan, pendampingan, dan supervisi terhadap perguruan tinggi dalam pengembangan SPMI;
 - d. mengembangkan sistem Pangkalan Data Pendidikan Tinggi dan mengelola Pangkalan Data Pendidikan Tinggi tingkat nasional.
- (2) BPSDMPK dan PMP mempunyai tugas dan wewenang:
- a. memetakan pelaksanaan SPMI di perguruan tinggi berdasarkan data dan informasi dalam Pangkalan Data Pendidikan Tinggi tingkat nasional;
 - b. mengembangkan dan mengelola sistem informasi hasil pemetaan mutu perguruan tinggi;
 - c. menyusun laporan dan rekomendasi kepada Menteri tentang pelaksanaan SPMI berdasarkan pemetaan sebagaimana dimaksud pada huruf a.
- (3) Perguruan tinggi mempunyai tugas dan wewenang:
- a. merencanakan, melaksanakan, mengendalikan, dan mengembangkan SPMI;
 - b. menyusun dokumen SPMI yang terdiri atas:
 - 1. dokumen kebijakan SPMI;
 - 2. dokumen manual SPMI;
 - 3. dokumen standar dalam SPMI;
 - 4. dokumen formulir yang digunakan dalam SPMI;
 - c. membentuk unit penjaminan mutu atau mengintegrasikan SPMI pada manajemen perguruan tinggi;
 - d. mengelola Pangkalan Data Pendidikan Tinggi pada tingkat perguruan tinggi.



7. REFERENSI

1. Undang Undang RI NO. 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi
2. Permendikbud No. 73 tahun 2013 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia
3. CanMeds – Family Medicine Working Group on Curriculum Review, Oktober 2009
4. Wonca Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education; Wonca working party on education, June 2013
5. Programmatic assessment of competency-based workplace learning: when theory meets practice, Bok et al. BMC Medical Education 2013, 13:123
<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/123>
6. Buku Kurikulum Pendidikan Tinggi 2014. Tim Kurikulum dan Pembelajaran Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
7. AMEE Education Guide No. 29: Evaluating Educational Programs
8. AMEE Education Guide No. 67: Program Evaluation Models and Related Theories
9. Permendikbud No 50 Tahun 2014 tentang Sistem Penjaminan Mutu DIKTI

8. PANDUAN PENUGASAN

A. Penyiapan Prodi DLP, tahap pembelajaran (140 menit)

Langkah Pembelajaran:

1. Fasilitator membagi peserta menjadi 4 kelompok (2 kelompok reguler dan 2 kelompok RPL).
Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok berdiskusi tentang perancangan kurikulum:
 - Menyusun rencana pembelajaran semester (RPS)/tahunan
 - Proses pembelajaran
 - Evaluasi/asesmen pembelajaran
 - Rancangan implementasi prodi DLP

Waktu berdiskusi adalah 60 menit, dan hasil diskusi setiap kelompok ditulis di kertas plan/flipchart dan atau ppt



2. Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok menyajikan hasil diskusinya. Waktu: penyajian setiap kelompok 10 menit (40 menit).
3. Setelah semua kelompok menyajikan presentasinya, diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok (20 menit)
4. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat (10 menit)
5. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai (10 menit)

B. Penyiapan Prodi DLP, tahap pembelajaran (140 menit)

Langkah Pembelajaran:

1. Fasilitator membagi peserta menjadi 4 kelompok (2 kelompok reguler dan 2 kelompok RPL).
Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok berdiskusi tentang perancangan kurikulum:
 - Menyusun rencana pembelajaran semester (RPS)/tahunan
 - Proses pembelajaran
 - Evaluasi/asesmen pembelajaran
 - Rancangan implementasi prodi DLP

Waktu berdiskusi adalah 60 menit, dan hasil diskusi setiap kelompok ditulis di kertas plan/flipchart dan atau ppt

2. Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok menyajikan hasil diskusinya. Waktu: penyajian setiap kelompok 10 menit (40 menit).
3. Setelah semua kelompok menyajikan presentasinya, diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok (20 menit)
4. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat (10 menit)
5. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai (10 menit)



V. Materi Inti - III

PERAN DOSEN KEDOKTERAN



1. DESKRIPSI SINGKAT

Pendidikan kedokteran mengalami perubahan yang sangat besar belakangan ini. Model pembelajaran terintegrasi, pembelajaran berdasarkan masalah, pembelajaran berbasis komunitas dan kurikulum yang disusun sebagai kurikulum inti dan kurikulum pilihan, menuntut peran dosen tidak hanya sebagai pengajar untuk transfer ilmu pengetahuan, tetapi juga harus mampu memenuhi kebutuhan akan peran dosen yang berkembang. Harden dan Crosby telah mengidentifikasi dua belas peran dosen kedokteran dalam *AMEE guide no 20*. Ini bisa menjadi acuan para dosen kedokteran maupun institusi fakultas kedokteran untuk meningkatkan kapasitas dosen agar dapat menjawab kebutuhan sesuai perubahan yang terjadi.

Umpan balik sangat penting untuk mendorong terjadinya perbaikan peserta didik dalam proses pembelajaran. Umpan balik yang konstruktif membuat peserta didik menyadari akan kelebihan yang ia miliki dan dapat menyoroti area pengetahuan, keterampilan atau sikap pada dirinya yang membutuhkan perhatian lebih untuk ditingkatkan, dan membuat rencana aksi untuk perbaikan. Memberikan umpan balik kepada peserta didik oleh dosen, menunjukkan perhatiannya terhadap kemajuan dan perkembangan peserta didik secara lebih nyata dan tidak hanya melihat kemajuannya dari nilai ujian akhir.

Umpan balik sebaiknya dilakukan dengan cara yang **POKOK** tepat, untuk menghindari rusaknya hubungan pengajar dan peserta didik serta menghambat proses memberi atau menerima umpan balik selanjutnya. Umpan balik bersifat konstruktif berdasarkan observasi dan perilaku spesifik sehingga mendorong terjadinya evaluasi diri dan sedapat mungkin tidak menghakimi.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti pembelajaran materi ini, peserta mampu menjelaskan 12 peran dosen kedokteran, serta mampu menjustifikasi dan melakukan prosedur memberi umpan balik yang efektif.

Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu:

1. Memahami 12 peran dosen kedokteran
2. Melakukan refleksi diri terhadap 12 peran dosen kedokteran



3. Menjustifikasi pentingnya pemberian umpan balik yang efektif untuk meningkatkan proses pembelajaran
4. Memahami jenis-jenis feedback
5. Melakukan prosedur memberi umpan balik yang efektif

3. BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

Dalam rangka pencapaian tujuan pembelajaran khusus maka disusunlah Pokok bahasan dan Sub pokok bahasan sebagai berikut:

Pokok bahasan 1. Dua belas peran dosen kedokteran

- a. Menjelaskan 12 peran dosen kedokteran dan Melakukan refleksi diri terkait 12 peran dosen kedokteran

Pokok bahasan 2. Teknik memberikan umpan balik yang efektif

- a. Justifikasi pemberian umpan balik yang efektif untuk meningkatkan proses pembelajaran
- b. Jenis-jenis umpan balik yang efektif
- c. Teknik memberikan umpan balik yang efektif

4. BAHAN BELAJAR

- Modul pelatihan (Bagian Uraian)
- Bahan bacaan (*hand out*)/ Powerpoint pelatihan
- Artikel lampiran tentang peran dosen kedokteran & feedback
- Panduan Refleksi dan Lembar Kerja refleksi
- Panduan *Role Play* dan skenario *Role Play*
- Laptop dan Koneksi internet

5. LANGKAH PEMBELAJARAN

Langkah-langkah kegiatan pembelajaran ini menguraikan tentang kegiatan fasilitator dan peserta dalam proses pembelajaran selama sesi ini berlangsung selama 3 jam pelajaran (T:1, P:2, PL:0). Pembagian waktu secara sederhana sebagai berikut.

Tabel 1. Langkah Pembelajaran

No	Judul Topik	Bentuk Aktivitas	Alokasi Waktu	Keterangan
1	12 Peran Dosen Kedokteran	Pengkondisian	5 Menit	
		Pemaparan dan penjelasan penugasan	5 Menit	
		Menulis Refleksi Diri	15 Menit	Panduan Refleksi dan



				Lembar kerja terlampir
		Diskusi Interaktif tentang Peran Dosen Kedokteran	15 Menit	
		<i>Wrap Up & Lesson learned</i>	5 Menit	
2	Feedback Konstruktif	Menonton Video	15 Menit	
		Diskusi Interaktif	30 Menit	
		Role play Berlatih Memberikan Feedback Konstruktif	40 Menit	<i>Role-Play</i> Skenario Terlampir
		<i>Wrap up & Lesson Learned</i>	5 Menit	

Adapun secara lengkap rincian dari setiap tahapan-tahapan dalam penyampaian materi ini sebagai berikut:

Langkah 1 : Pengkondisian (5 menit)

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan judul materi yang akan disampaikan.
2. Menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.
3. Dilanjutkan dengan penyampaian judul materi, deskripsi singkat, tujuan pembelajaran serta ruang lingkup pokok bahasan yang akan dibahas pada sesi ini.

Langkah 2 : Materi 12 Peran Dosen Kedokteran (Total 40 menit)

Langkah Pembelajaran:

1. Setiap peserta mendapatkan penugasan membaca artikel tentang 12 Peran Dosen Kedokteran (Harden & Crosby, 2000. *AMEE Guide No.20: the good teacher is more than a lecturer – twelve roles of medical teacher* → Terlampir).
2. Fasilitator memaparkan dan menjelaskan terkait tentang penugasan membuat refleksi. Fasilitator mencontohkan alur menuliskan refleksi sesuai (Gibbs, 1988) yang kemudian dilanjutkan sesi diskusi dan tanya jawab singkat. Refleksi dibuat tulis tangan pada lembar kerja yang disediakan pada 2 lembar kertas A4. Lembar kerja dan Panduan refleksi terlampir. (Alokasi waktu = 5 Menit)
3. Fasilitator melanjutkan membimbing peserta membuat refleksi tentang peran dosen kedokteran. Peserta membuat refleksi dimulai *deskripsi* peran yang dijalani, ungkapan *perasaan* dan



pandangan terhadap peran tersebut, *evaluasi* peran apa saja yang sudah dilakukan selama menjadi dosen kedokteran ini (berdasarkan pengalaman peserta), peran apa saja yang belum dilakukan, *menganalisis* peran yang dijalani sesuai dengan literatur (bagaimana peran ideal, mengapa belum terlaksana, apa saja hambatan dan kendala pelaksanaannya, bagaimana solusinya), menarik *kesimpulan* dan harapan kedepannya serta membuat *rencana tindak lanjut* untuk perbaikan setelah kembali ke institusi asal. Lembar kerja dan panduan refleksi terlampir. Penugasan dikumpulkan ke fasilitator. (Alokasi waktu menulis refleksi : 15 menit)

4. Dari penugasan refleksi yang dibuat peserta, fasilitator memilih secara acak 1/2 buah refleksi peserta untuk dibahas dan didiskusikan.
5. Fasilitator kemudian membuka sesi tanya jawab dan memandu diskusi interaktif terkait peran dosen kedokteran kepada seluruh anggota kelas pelatihan berdasarkan presentasi kelompok yang terpilih. Hasil diskusi setiap kelompok ditulis di kertas plan/flipchart. (Diskusi & Tanya Jawab : 15 Menit)
6. Fasilitator merangkum dan menyarikan (*lesson-learned*) dari hasil penyajian diskusi tentang peran dosen kedokteran, menyampaikan tanggapan singkat, menekankan tentang peran-peran ideal seorang dosen kedokteran khususnya peran yang akan dihadapi dalam pendidikan DLP.
7. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai. (Alokasi waktu untuk wrap up dan menyimpulkan : 5 menit)

Langkah 3 : Penyampaian Materi Tentang Feedback (Alokasi Waktu : 40 menit).

Langkah pembelajaran:

1. Penyampaian Materi Feedback dibagi menjadi 2 tahapan utama, tahapan I berupa pengantar, menonton video feedback positif dan negatif kemudian diskusi dan tanya jawab (alokasi waktu tahap I : 45 menit) dan tahapan II berupa praktek berlatih memberikan *feedback* dengan *role-play* (Alokasi waktu tahap II : 45 menit berikutnya).
2. Untuk pengantar materi, fasilitator memulai sesi interaktif untuk menggali *prior knowledge* sekaligus meminta atensi (*gaining attention*) peserta dengan mengajak peserta menonton dan menganalisis contoh video tentang feedback. Video hendaknya



- menyajikan contoh feedback positif (konstruktif/efektif) dan contoh feedback negatif (destruktif/*ineffective*). (Alokasi waktu : 15 menit).
3. Fasilitator selanjutnya mengajak diskusi peserta merefleksi dan menganalisis video sebelumnya. Bagaimana jika contoh video tersebut terjadi pada kita? Apa yang kita rasakan, Kenapa feedback itu penting? Apa implikasi dari masing-masing video bagi penerima feedback maupun pemberi feedback? Bagaimana kondisi proses pembelajaran klinik dan pemberian feedback di institusi masing-masing yang berjalan selama ini? seperti apa contoh memberikan feedback yang ideal/konstruktif? dll. (alokasi waktu diskusi 30 menit)
 4. Di sela-sela sesi diskusi fasilitator menyelipkan ataupun merangkum dan memberikan penekanan di akhir sesi diskusi tentang apa itu feedback, apa urgensi feedback, bagaimana prinsip-prinsip pemberian feedback konstruktif dan jenis-jenis metode pemberiannya.

Langkah 4 : Role Play Memberikan Feedback Konstruktif (45 menit)

Latihan memberikan feedback konstruktif dalam sesi ini dilakukan secara bermain peran (*role play*). Teknis pelaksanaan *Role Play* dapat dilihat di panduan pelaksanaan role play bagian lampiran.

Langkah pembelajaran:

1. Peserta dibagi kedalam kelompok-kelompok kecil beranggotakan 4 orang peserta. Setiap kelompok peserta berbagi peran sebagai dosen pendidik klinik pemberi feedback (1 orang), sebagai residen DLP (1 orang), sebagai pasien (1 orang) dan sebagai observer (1 orang)
2. Fasilitator menjelaskan teknik pembagian peran tersebut serta skenarionya. Fasilitator juga memberikan contoh pelaksanaan *role play*-nya. Fasilitator melakukan briefing bagaimana peran yang harus dilakukan pasien, residen DLP dan dokter pendidik klinik. Fasilitator kemudian memulai role play di masing-masing jika peserta sudah cukup faham atau memberikan 1 contoh demonstrasi jika dirasa kurang. Penekanan proses role play pada sesi pemberian feedback oleh peserta yang berperan sebagai dokter pendidik klinis.
3. Selanjutnya role play dilanjutkan di kelompok masing-masing dengan fasilitator dibantu oleh beberapa orang fasilitator lain. Setiap 1 orang fasilitator mengawasi 2 kelompok *role play* (8 orang)



4. Fasilitator di masing-masing kelompok *role play* membimbing dan memberikan feedback pada kelompok. Umpan balik dari fasilitator ini dimulai dari refleksi diri peserta itu sendiri yang berperan sebagai dosen pendidik klinik yang berlatih memberikan feedback. Bagaimana perasaannya setelah mencoba, apa yang sudah baik dilakukan dalam teknik memberikan feedback, apa yang masih kurang kemudian masukan dari peserta lain dengan urutan peserta yang berperan sebagai residen yang menerima feedback, pengamat/ observer, kemudian juga dari peserta yang berperan sebagai pasien dan terakhir dari fasilitator yang mengamati secara keseluruhan.
5. *Role play* dilanjutkan dengan pergantian peran untuk peserta berikutnya dengan skenario yang berbeda dan dipandu oleh fasilitator masing-masing. Feedback dilakukan dengan urutan yang sama untuk setiap saiklus *role-play* (dokter pendidik klinik-residen-observer-pasien dan dirangkum fasilitator).
6. Setelah sesi berakhir, fasilitator merangkum hasil bermain peran dari tiap-tiap kelompok yang difasilitasi, kemudian memberikan kesempatan peserta untuk diskusi dan Tanya jawab.

Langkah 5 : Penyampaian rangkuman dan penutupan (*Wrap-Up & Lesson Learned*) (5 menit).

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator mengajak peserta untuk mengungkapkan kembali serta merangkum materi yang telah dibahas pada sesi ini, mengacu pada tujuan pembelajaran. Fasilitator juga mengajak peserta merefleksi *lesson learned* apa yang didapatkan terkait topik yang dipaparkan dan bagaimana rencana tindak lanjut perbaikan setelah kembali ke institusi masing-masing.
2. Fasilitator menyampaikan kembali beberapa hal penting tentang peran dosen kedokteran dan prinsip-prinsip feedback yang konstruktif serta mengaitkannya dengan konteks pembelajaran klinik yang akan dijalani peserta setelah kembali ke institusi asal.
3. Fasilitator menutup proses pembelajaran pada sesi ini, dengan mengucapkan terima kasih serta memberikan apresiasi kepada semua peserta yang telah berpartisipasi aktif sehingga tujuan pembelajaran pada sesi ini dapat tercapai.



6. URAIAN

I. DUA BELAS PERAN DOSEN KEDOKTERAN

a. Latar belakang Berkembangnya Peran Dosen Kedokteran

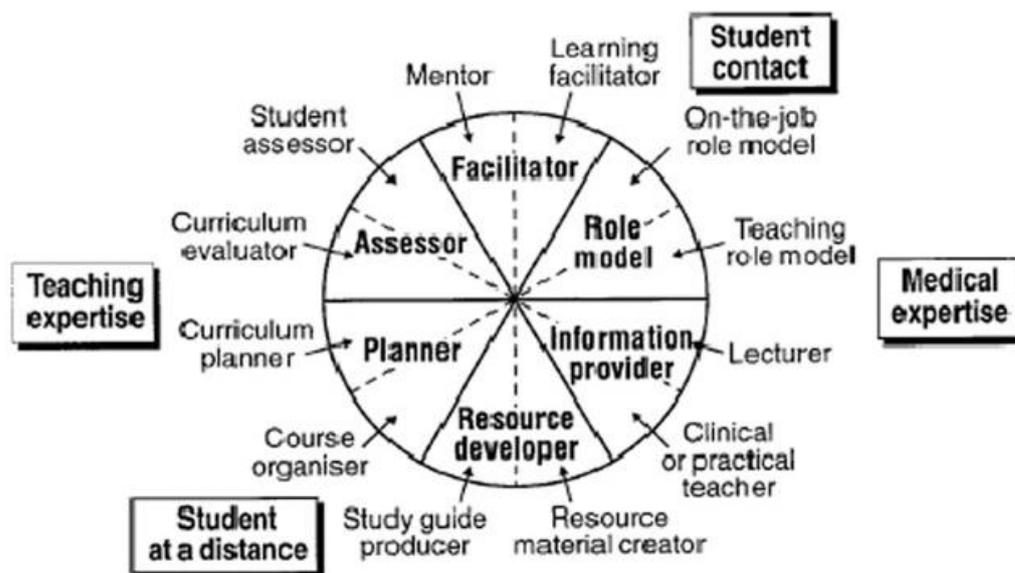
Pendidikan Kedokteran mengalami perubahan yang sangat besar beberapa dekade terakhir. Model pembelajaran semula konvensional, menjadi pembelajaran terintegrasi dan berdasarkan masalah, juga berbasis komunitas. Di bidang kurikulum, perencanaan kurikulum juga lebih sistematis yang terdiri dari kurikulum inti dan elektif. Hal ini menempatkan mahasiswa lebih mandiri dan bertanggung jawab dengan proses pembelajaran mereka. Meningkatnya penekanan pada otonomi siswa dalam pendidikan kedokteran berkonsekuensi pada pemindahan titik berat pada dosen dan lebih dekat dengan mahasiswa. Hal ini penting untuk memastikan bahwa perubahan peran dosen tidak diabaikan dalam diskusi tentang strategi pendidikan yang baru dan pendekatan pengembangan kurikulum.

b. Peran dosen yang baik

Sebuah pertanyaan kunci adalah: apa peran dosen dalam konteks perkembangan yang terjadi dalam pendidikan kedokteran? Ada sedikit analisis berkelanjutan tentang peran dosen. Secara umum, kami telah disibukkan dengan rincian perencanaan kurikulum, dengan isi program pengajaran dan dengan berbagai strategi pendidikan yang diadopsi. Kita telah gagal untuk mengambil pandangan yang lebih luas tentang peran dosen dalam tugas ini.

Panduan ini menyajikan model atau kerangka di mana peran dosen diperluas dalam pendidikan. Kajian ini mengidentifikasi 12 peran untuk dosen kedokteran. Implikasi dan penggunaan model yang dibahas.

Pertanyaan selanjutnya, mengapa dosen harus menjalankan perannya secara baik dan profesional? McLean, Cilliers dan Van Wyx (2008) menuliskan jika dosen kedokteran menjalankan perannya secara profesional maka FK akan mampu mencetak lulusan yang kompeten yang nanti akan berimbas kepada perbaikan pelayanan kesehatan di masyarakat. Ilustrasi ini digambarkan sebagaimana gambar 1.



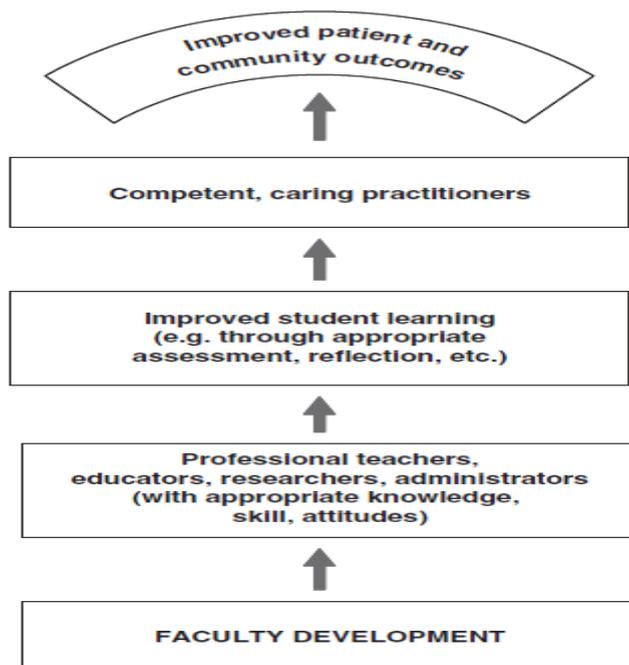
Gambar 1. Dua belas Peran Dosen Kedokteran (Harden & Crosby,2000)

c. Identifikasi peran dosen

Menurut Harden & Crosby (2000) terdapat 12 peran dosen kedokteran. Peran-peran ini terbagi / tersebar dalam 6 ranah peran yaitu peran sebagai fasilitator, peran sebagai *role model*, peran sebagai penyedia informasi (*information provider*), peran sebagai pengembang bahan/materi ajar (Resource developer), Peran sebagai Assessor dan Peran sebagai *Planner*. Keduabelas peran ini juga merupakan implikasi dari 4 hal yaitu ketika kontak dengan mahasiswa, ketika tidak kontak langsung dengan mahasiswa (melalui buku dan bahan ajar) serta implikasi dari keahlian mengajar dan keahlian dalam merawat pasien sebagai klinisi. Adapun secara lengkap 12 peran dosen kedokteran tersebut dapat dilihat pada gambar 2.

Dua belas peran dosen kedokteran dijelaskan dalam model yang disajikan telah diidentifikasi dari tiga sumber. Enam ranah/bidang kegiatan dosen dapat diringkas sebagai berikut:

- 1.dosen sebagai penyedia informasi;
- 2.dosen sebagai panutan/ *Role Model*;
- 3.dosen sebagai fasilitator;
- 4.dosen sebagai penilai;
- 5.dosen sebagai perencana;
- 6.dosen sebagai pengembang sumber daya



Gambar 2. Hubungan dosen professional dengan hasil lulusan pendidikan kedokteran (McLean, Cilliers, Van Wyk, 2008)

A. Dosen sebagai Penyedia Informasi

1. Dosen sebagai pemberi Kuliah

Secara tradisional siswa berharap untuk diajarkan. Mereka percaya bahwa itu adalah tanggung jawab dosen untuk menyampaikan kepada mereka informasi pengetahuan dan pemahaman mendalam, yang sesuai topik pada tahap studi mereka. Hal ini menyebabkan peran tradisional dosen sebagai salah satu penyedia informasi dalam konteks kuliah. Dosen dipandang sebagai seorang ahli yang berpengetahuan luas dalam bidangnya dan yang menyampaikan pengetahuan itu untuk siswa, yang biasanya dari mulut ke mulut. Transmisi pengetahuan dosen juga dapat membantu siswa menafsirkannya, menggunakan salah satu dari berbagai strategi pendidikan, dimana dosen menjelaskan materi pelajaran kepada siswa (Brown & Atkins 1986).

Meskipun ketersediaan sumber informasi lain, baik cetak maupun elektronik - termasuk bahan sumber belajar multimedia interaktif yang menarik, kuliah tetap menjadi salah satu metode pembelajaran yang paling banyak digunakan dan menjadi metode yang *cost-efektif*. Pentingnya melekat pada peran dosen sebagai penyedia informasi sebagian budaya. Gokcora (1997) misalnya menemukan bahwa nilai mahasiswa Cina lebih dari mahasiswa Amerika profesor dari mata pelajaran dan transmisi nya ini kepada siswa.



2. Dosen sebagai konsulen klinisi atau praktek.

Pengaturan klinis, apakah di rumah sakit atau di masyarakat adalah konteks yang ampuh untuk transmisi oleh dosen klinis, informasi langsung relevan dengan praktek kedokteran. Dosen memilih mengatur dan memberikan informasi. Hal ini dicapai selama putaran bangsal, bangsal, berbasis tutorial atau lebih informal dengan siswa dalam peran magang klinis,. lampiran klinis, faktor yang paling penting yang terkait dengan pembelajaran siswa mungkin kualitas dosen klinis,. dosen klinis yang baik dapat berbagi pemikiran mereka dengan siswa sebagai 'praktisi reflektif' membantu menerangi, bagi siswa, proses pengambilan keputusan klinis. Elemen kunci dalam mengajar adalah organisasi dan penyajian pengetahuan medis "agar peserta didik dapat memahami dan menggunakannya untuk memenuhi tujuan pembelajaran mereka" (hlm. 340).

Dosen klinis tradisional menjelaskan keterampilan dasar anamnesis dan pemeriksaan fisik dalam situasi berdasarkan praktik-dan simulasi tradisional klinis. Meningkatnya penggunaan menjadikan dibuatnya simulator untuk mengajarkan keterampilan klinis (Gordon et al. 1999). Ini membutuhkan keterampilan tambahan dosen tidak diperlukan dalam pengajaran tradisional klinis yang lebih. Salah satu daerah kontroversi pendidikan kedokteran adalah sejauh mana keterampilan klinis unit pembelajaran harus secara khusus direkrut dan dilatih staf yang berperan untuk mengajar di unit atau apakah dosen yang mengajar dalam konteks berbasis praktek klinis juga seharusnya diharapkan untuk mengajar di unit keterampilan klinis.

B. Dosen sebagai *role-model* / panutan.

3. Dosen sebagai klinisi panutan di Wahan Praktek

Pentingnya dosen sebagai panutan didokumentasikan dengan baik. Walton (1985) menyimpulkan "penelitian sosiologis telah menunjukkan sejauh mana komponen penting dari pembelajaran berasal dari contoh yang diberikan secara pribadi mereka sendiri oleh dosen yang secara signifikan mempengaruhi mahasiswa kedokteran dalam banyak hal, seperti dalam memilih karir masa depan, sikap profesional mereka, dan pentingnya mereka menetapkan ke mata pelajaran yang berbeda.

Dosen sebagai seorang dokter harus mencontohkan atau meneladankan apa yang harus dipelajari. Siswa belajar melalui observasi dan imitasi dosen klinis yang mereka hormati. Siswa belajar tidak hanya dari apa yang dosen mereka katakan, tapi dari apa yang mereka lakukan dalam praktek klinis mereka dan pengetahuan, keterampilan serta sikap mereka menunjukkan.



Karakteristik dosen pendidikan kedokteran yang paling penting ditemukan dalam panutan, adalah:

- a) Mengungkapkan antusiasme sebagai seorang spesialis;
 - 1) menunjukkan keterampilan penalaran klinis yang sangat baik;
 - 2) membangun hubungan dokter-pasien yang erat;
 - 3) memandang pasien secara keseluruhan
- b) Karakteristik dosen yang paling penting diidentifikasi adalah:
 - 1) mengungkapkan antusiasme untuk mengajar ;
 - 2) aktif melibatkan mahasiswa;
 - 3) berkomunikasi secara efektif dengan mahasiswa

Mahasiswa kedokteran dan modelnya umumnya tidak menghabiskan banyak waktu bersama-sama. Temuan ini mengindikasikan bahwa jumlah waktu dokter yang dihabiskan dengan mahasiswa hampir tidak sepenting kualitas waktu. Terlepas dari jumlah waktu yang dihabiskan bersama-sama, mahasiswa memilih model yang lebih dari sekedar instruktur yang baik atau klinis yang kompeten.

4. Dosen sebagai panutan saat mengajar di kelas.

Dosen menjadi panutan tidak hanya ketika mereka mengajar, siswa sementara mereka melakukan tugas mereka sebagai dokter, tetapi juga ketika mereka memenuhi peran mereka sebagai dosen di kelas, apakah itu dalam ruang kuliah atau diskusi kecil atau kelompok tutorial. Dosen yang baik yang juga seorang dokter dapat menjelaskan dalam kuliah bagi mahasiswanya, pendekatannya terhadap masalah klinis yang sedang dibahas dengan cara yang menangkap pentingnya subjek dan pilihan yang tersedia. Dosen memiliki kesempatan unik untuk berbagi beberapa keajaiban subjek dengan mahasiswa. Dia bisa mengobarkan pada mahasiswa, rasa ingin tahu dan usaha pencarian pemahaman yang lebih baik tentang topik dan patofisiologi yang relevan dengan memberi contohnya sendiri yang sulit untuk dihasilkan kembali dalam teks instruksional atau program komputer.

C. Dosen Sebagai Fasilitator

5. Dosen sebagai fasilitator pembelajaran.

Perpindahan ke model pembelajaran yang lebih berpusat pada siswa telah memerlukan perubahan mendasar dalam peran dosen. Tidak lagi dosen yang terlihat mendominasi sebagai pemberi informasi atau alat perekam berjalan, melainkan sebagai fasilitator atau manajer pembelajaran siswa. Semakin lebih bertanggungjawab dan memberikan kebebasan kepada siswa, semakin besar pergeseran diperlukan dalam peran dosen.



Pengenalan pembelajaran berbasis masalah dengan konsekuensi perubahan mendasar dalam hubungan dosen-murid telah menyoroti perubahan peran dosen dari seorang penyedia informasi menjadi seorang fasilitator. Peran dosen tidak menginformasikan mahasiswa tetapi mendorong dan memfasilitasi mereka untuk belajar sendiri menggunakan masalah sebagai fokus pembelajaran. Perubahan peran dosen ini juga tercermin dalam pendekatan konstruktivis terhadap pembelajaran di mana pengetahuan 'dibangun' dalam pikiran siswa dan terus berkembang.

Dosen membutuhkan kemampuan untuk berkomunikasi dengan mahasiswa secara informal pada sesi-kelompok kecil dan untuk mendorong pembelajaran siswa dengan menciptakan suasana yang terbuka. Memfasilitasi pertukaran ide. Dosen mampu berfungsi secara efektif jika, di samping keterampilan mereka, mereka juga memiliki mata pelajaran-berbasis pengetahuan. Peningkatan ketersediaan dan penggunaan bahan, sumber pembelajaran juga merupakan kebutuhan dosen sebagai fasilitator pembelajaran. Tidak ada kumpulan materi kuliah, baik media cetak atau format elektronik, ini sangat cocok untuk semua siswa. Ini adalah tanggung jawab dosen untuk memfasilitasi siswa menggunakan sumber daya dengan cara mengatasi kekurangan dalam bahan dan dengan mengintegrasikannya ke dalam kurikulum.

Hubungan fasilitatif antara mahasiswa dan dosen dirasakan oleh keduanya elemen kunci dalam pembelajaran siswa dan satu yang membedakan pembelajaran klinis yang baik dan yang buruk (Christie 1985). Peran dosen sebagai fasilitator pada klinis, telah disebut sebagai peran 'pengawas', dengan dosen memberikan siswa kesempatan untuk bekerja dalam konteks klinis, mengamati siswa dan memberikan umpan balik (Ullian 1994).

6. Dosen sebagai mentor.

Megginson & Clutterbuck (1995) mendefinisikan mentoring sebagai "tidak ada bantuan oleh satu orang ke orang lain dalam pembuatan peralihan yang signifikan dalam pengetahuan, bekerja atau berpikir." Mentor biasanya bukanlah anggota staf yang bertanggung jawab terhadap pembelajaran atau penilaian dari siswa dan karena itu "tidak ada" dalam hal hubungan dengan mahasiswa. Penyampaian mentor kurang, tentang peninjauan kinerja siswa dalam sebuah mata pelajaran atau pemeriksaan dan tentang pandangan yang lebih luas dari isu-isu yang berkaitan dengan siswa. Mentor, menurut Megginson & Clutterbuck memiliki peran untuk membantu pelajar memahami makna yang lebih luas dari apa pun yang terjadi.



Mentoring dapat dilihat sebagai hubungan khusus yang berkembang antara dua orang, dengan mentor yang selalu ada untuk mendukung, tetapi tidak ketergantungan (Ronan, 1997). Lingham & Gupta (1998) mendefinisikan mentoring sebagai proses dimana satu orang bertindak terhadap yang lain sebagai konselor atau panduan yang dipercaya. Hal ini tidak untuk pengawasan pendidikan. Ini adalah tentang membantu seseorang untuk belajar dalam hubungan yang mendukung. Ini mungkin sebuah peristiwa tunggal tetapi biasanya berhubungan lebih lama lagi.

Easton & Van Laar (1995) menunjukkan bahwa 97% dari responden dalam survei dari dosen melaporkan telah membantu setidaknya satu siswa dalam kesulitan pada tahun sebelumnya. Grayson (1998) menemukan bahwa siswa berharap dan ingin dosen untuk menjadi sumber bantuan. Tiga model yang muncul untuk dosen sebagai mentor diuraikan oleh Morton Cooper & Palmer (2000):

- 1) model magang dan mentor sebagai pengrajin terampil. Perubahan peran dosen ini termasuk pembelajaran dengan cara mengamati. Ini kadang-kadang disebut sebagai 'duduk/sitting oleh Nellie';
- 2) model berbasis kompetensi dan mentor sebagai pelatih. Ini meliputi peran pelatih sebagai instruktur dan pelatih yang menunjukkan dan membantu siswa mencapai satu set kompetensi;
- 3) Model cerminan praktisi dan mentor sebagai teman yang kritis dan pemimpin integrator. Ini termasuk promosi kerja sama dan kemitraan dalam proses pembelajaran. Seperti yang dapat dilihat, terdapat konsep yang berbeda dari apa itu mentor. Beberapa peran mentor dijelaskan tumpang tindih dengan peran lain yang diidentifikasi dalam buku ini.

D. Dosen sebagai Penilai (Assessor)

7. Penilai mahasiswa.

Penilaian kompetensi siswa salah satu tugas yang paling penting yang dihadapi dosen " Dosen yang baik tahu bagaimana mereka harus menilai pembelajaran siswa mereka, dan mereka ingin melakukannya dengan baik " dikatakan Mapstone (1996, hlm.2).

Penilaian telah muncul sebagai daerah yang berbeda dari aktivitas dosen kedokteran dan salah satu yang dapat mendominasi kurikulum. Hal ini menawarkan barangkali tantangan terbesar yang dihadapi pendidikan kedokteran saat ini. Memeriksa apakah mewakili hal yang berbeda dan berpotensi memisahkan peran dosen Jadi adalah mungkin bagi seseorang untuk menjadi 'dosen ahli' tapi tidak penguji ahli.



Semua lembaga sekarang perlu staf beberapa dosen dengan pengetahuan khusus dan pemahaman tentang isu-isu penilaian. Seperti bertindak individual sebagai pengembang tes dan memberikan bimbingan pada pilihan instrumen, menandai prosedur dan pengaturan standar. Bagaimanapun, pemeriksaan juga harus dianggap sebagai bagian tidak terpisahkan dari peran dosen dan bagian dari pekerjaan pengajaran dalam pendidikan tinggi (Piper 1994). Kebanyakan dosen memiliki sesuatu untuk berkontribusi pada proses penilaian. Hal ini mungkin dalam bentuk kontribusi pertanyaan untuk bank soal, bertindak sebagai penguji dalam OSCE atau penilaian portofolio dan melayani pada dewan penguji yang dihadapkan dengan keputusan kunci yang lulus dan yang gagal ujian.

Menurut Whitman & Schwenk (1984), penilaian mahasiswa merupakan bagian tak terpisahkan dari pengajaran dan membutuhkan pengembangan hubungan dan minat yang tulus pada siswa (hlm. 30). Penilai sering dianggap sebagai sesuatu yang berbeda dari peran lainnya Sementara sebagai penyedia informasi, panutan, fasilitator, dan perencana tujuan kurikulum dosen adalah membantu siswa dalam berbagai cara untuk mencapai tujuan pembelajaran, sebagai penilai dosen telah berperan sebagai penghakim kelulusan siswa. Hal ini terutama berlaku dalam penilaian sumatif, tapi kurang pada penilaian formatif di mana batas-batas antara penilaian dan pengajaran menjadi semakin kabur.

Peran dosen, sebagai penilai merupakan hal penting Murray (1996) menyampaikan: " Mengingat pentingnya penilaian kinerja siswa dalam pengajaran pada universitas dan dalam kehidupan siswa serta karir mereka, pengajar bertanggung jawab untuk mengambil langkah-langkah yang memadai untuk memastikan bahwa penilaian siswa berlaku terbuka, adil dan sebangun dengan tujuan pembelajaran

8. Pengevaluasi Kurikulum.

Dosen memiliki tanggung jawab tidak hanya untuk merencanakan dan melaksanakan program pendidikan dan untuk menilai pembelajaran siswa. tetapi juga untuk menilai pembelajaran dan kurikulum yang disampaikan. Memantau dan mengevaluasi efektivitas pengajaran mata kuliah dan kurikulum yang sekarang diakui sebagai bagian tidak terpisahkan dari proses pengajaran. Kualitas proses belajar mengajar perlu dinilai melalui umpan balik, evaluasi rekan dan penilaian produk dari program pendidikan. Evaluasi kurikulum dan dosen adalah bentuk pertanggungjawaban yang menekankan kewajiban mereka yang bekerja dalam sistem pendidikan untuk bisa mempertanggung jawabkan kepada publik, kepada profesi, kepada mereka yang



mendanai pendidikan dan kepada siswa sendiri Dalam hal ini evaluasi adalah instrumen manajemen dan kontrol (Nisbet, 1990).

Evaluasi juga dapat diartikan sebagai bagian tidak terpisahkan penilai peran profesional dosen , mengakui tanggung jawab dosen sendiri untuk memantau kinerja mereka sendiri. Bagian dari harapan peran profesional dosen adalah sebagai penilai kompetensinya sendiri sebagai dosen " Standar yang paling efektif ketika kita mditetapkan pada dirinya sendiri" menurut Nisbet (1986) " Profesionalisme membutuhkan kemampuan dosen untuk menerapkan standar tertinggi untuk diri sendiri bahkan ketika tidak ada satupun, tapi diri kita sendiri yang menilai

... Ini adalah apa yang kami coba untuk diajarkan pada siswa kami Mereka belajar atau tidak belajar dari contoh kita " Evaluasi pembelajaran dengan demikian bagian dari tanggung jawab setiap dosen. Dalam konteks kurikulum, bagaimanapun, beberapa dosen dapat diharapkan untuk memikul tanggung jawab yang lebih besar untuk penilaian keseluruhan pengajaran serta beberapa mungkin memiliki ini sebagai tanggung jawab utama pribadi.

Evaluasi kurikulum telah didefinisikan (Coles & Grant, 1985, hlm. 405) sebagai " tindakan penyelidikan yang sengaja ditetapkan dengan maksud memungkinkan orang yang bersangkutan dengan pendidikan untuk bekerja keras, menilaian informasi dan keputusan tentang hal itu, sehingga pembangunan yang tepat dapat difasilitasi". Penilaian pengajaran dan kurikulum dapat dilakukan pada tingkat institusional, dengan dosen sebagai salah satu pemangku kepentingan dalam proses tersebut. Sama pentingnya evaluasi diri oleh dosen terhadap pengajarannya, dengan dosen secara individual merenungkan dan menganalisis pengajaran mereka sendiri.

Umpan balik dari siswa dan dosen lain atau 'teman yang kritis' dapat dibawa untuk memberikan wawasan lebih lanjut dan untuk mengidentifikasi daerah-daerah dalam pengajaran untuk pertumbuhan dan perkembangan dosen. Teknik yang paling banyak digunakan untuk memperoleh umpan balik dari siswa untuk tujuan mengevaluasi dosen adalah kuesioner. Penggunaan kelompok , teknik kelompok nominal , teknik Delphi, wawancara dengan siswa dan studi tentang buku harian yang disimpan oleh siswa dapat memberikan informasi yang dirasakan oleh dosen sebagai sesuatu yang berharga (Tiberius, 1987).

E. Dosen Sebagai Perencana (*Planner*)

9. Perencana kurikulum.



Perencanaan kurikulum adalah sebuah peran penting bagi Dosen. Sebagian besar fakultas kedokteran dan lembaga pascasarjana memiliki komite pendidikan dibebankan tanggung jawab untuk merencanakan serta melaksanakan kurikulum dalam institusi. Dosen diharapkan memberikan kontribusi dalam perencanaan kurikulum. Ada 10 hal yang perlu disusun dalam perencanaan kurikulum

- 1) kebutuhan yang harus dipenuhi dalam kurikulum ;
- 2) hasil belajar yang diharapkan;
- 3) konten yang akan dimasukkan dalam kurikulum;
- 4) organisasi konten;
- 5) strategi pendidikan;
- 6) metode pengajaran ;
- 7) prosedur penilaian;
- 8) komunikasi tentang kurikulum kepada staf dan siswa;
- 9) lingkungan pendidikan;
- 10) prosedur pengelolaan kurikulum

Perencanaan kurikulum memberikan tantangan yang signifikan bagi dosen baik waktu maupun keahlian yang diperlukan agar pekerjaan ini dapat dilaksanakan dengan benar.

10. Perencana kuliah.

Perencana kurikulum terbaik di dunia tidak akan efektif , jika program studi yang meliputinya memiliki sedikit atau tidak ada hubungan dengan kurikulum yang ada. Setelah prinsip-prinsip yang mendukung kurikulum telah disepakati, perencanaan rinci kemudian dibutuhkan pada tingkat pembelajarn individu atau fase kurikulum. Secara tradisional banyak perencanaan adalah disiplin ilmu atau berbasis mata kuliah. Baru-baru ini telah ada perpindahan interdisipliner atau terintegrasi (Harden, 2000). Pendekatan tersebut harus tercermin dalam desain pembelajaran.

Tugas tersebut secara signifikan lebih menuntut dalam program terintegrasinya pengajaran, tapi secara umum diterima, bahwa ini adalah harga kecil untuk membayar keuntungan dari terintegrasinya pengajaran. Kurangnya perhatian terhadap hal kecil dapat menyebabkan masalah dalam program pengajaran. Partisipasi dalam perencanaan pembelajaran memberikan kesempatan untuk memberikan pengaruh yang signifikan terhadap proses pendidikan serta untuk merancang program yang akan mencapai hasil belajar yang ditentukan. Banyak kreativitas dan kekuatan dalam pengajaran terletak pada desain kurikulum: pilihan teks dan ide-ide menjadi fokus studi perencanaan pengalaman bagi siswa, serta sarana dimana prestasi dinilai. Ini menentukan batas-batas pengalaman bagi siswa.



Tentu saja cara di mana kurikulum ini dibawa ke kehidupan sama pentingnya, tapi kekuatan pembelajaran klinis yang baik, interaksi dosen-siswa dikalikan berkali-kali lebih dari desain perkuliahan.

F. Dosen Sebagai Pengembang Sumber Daya

11. Pengembang sumber pembelajaran.

Peningkatan kebutuhan sumber bahan belajar yang tersirat dalam banyak pengembangan dalam pendidikan. Dengan pembelajaran berbasis masalah dan pendekatan yang berpusat pada mahasiswa, mahasiswa bergantung pada kepemilikan bahan yang tepat tersedia untuk digunakan baik oleh individu maupun kelompok. Bahkan dalam kurikulum tradisional, mahasiswa menghabiskan banyak waktu dengan buku kerja mereka sebagai dosen mereka.

Teknologi baru memiliki format materi pembelajaran yang sangat luas dimana siswa mungkin memiliki akses dan membuat siswa lebih mudah untuk mengambil tanggung jawab terhadap pendidikannya sendiri. Sebagai pengembang sumber bahan, dosen harus tetap sejajar dengan perubahan teknologi. Investasi pada pengembangan lebih lanjut terhadap bahan pembelajaran berbasis komputer yang dibutuhkan. Penggunaan komputer dalam pendidikan memperluas serta beberapa sekolah melakukan pembelian komputer dengan siswa wajib.

Penggunaan lembaga beragam sumber bahan untuk mendukung pembelajaran menggunakan media kertas tradisional atau teknologi baru hanya akan terjadi jika setidaknya beberapa dosen memiliki susunan keterampilan yang diperlukan untuk memilih, mengadaptasi atau memproduksi bahan untuk digunakan dalam institusi. Semakin meningkatnya kesadaran dan pelatihan staf dalam peran pengembang sumber, dibutuhkan pengembangan yang tepat dalam suatu lembaga yang didukung teknologi pembelajaran Longstaffe 1996; Ryan (1996).

12. Penghasil panduan belajar.

Kecenderungan dari dosen sebagai penyedia informasi terhadap dosen sebagai pengelola pembelajaran siswa telah dibahas. Sementara pembelajaran difasilitasi melalui kontak tatap muka dengan siswa, jumlah waktu yang tersedia untuk ini dibatasi dan dapat menyediakan hanya sampai batas tertentu bimbingan yang diperlukan bagi mahasiswa. Panduan belajar yang sesuai disiapkan dalam bentuk elektronik atau cetak, dapat dilihat sebagai tutor pribadi mahasiswa tersedia 24 jam sehari dan dirancang untuk membantu mahasiswa dengan pelajaran mereka.



Panduan belajar memberitahu mahasiswa, apa yang harus mereka pelajari, hasil pembelajaran yang diharapkan untuk mata kuliah tersebut, bagaimana mereka bisa memperoleh kompetensi. Ketersediaan kesempatan pembelajaran diperlukan dan apakah mereka telah mempelajarinya. Mahasiswa, menilai kompetensi mereka sendiri. Panduan belajar dapat digunakan, baik dalam pendidikan sarjana maupun pascasarjana. Peran dosen sebagai penghasil sumber bahan pembelajaran disorot dalam bagian sebelumnya. Hal ini dapat dikatakan, bagaimanapun, itu tidak efektif bagi dosen untuk menemukan kembali roda dan menghasilkan materi pembelajaran dan selebaran pada topik yang sudah dibahas dalam buku-buku atau sumber materi. Panduan belajar dapat memfasilitasi pembelajaran dalam tiga cara :

- 1) Pembantuan dalam pengelolaan pembelajaran siswa;
- 2) Memberikan fokus untuk kegiatan mahasiswa yang berkaitan dengan pembelajaran;
- 3) Memberikan informasi pada subjek atau topik penelitian, sebuah model panduan belajar segitiga' dapat digunakan untuk mewakili fungsi yang berbeda dengan satu fungsi pada setiap titik terhadap segitiga.

Dua belas Peran dosen sebagai kerangka kerja

Dua belas peran dosen memberikan pemahaman tentang pandangan yang berbeda dari fungsi yang dipenuhi oleh dosen dan kerangka kerja untuk pertimbangan lebih lanjut tentang ini. Identifikasi eksplisit dari 12 peran dan pengaturan mereka di lingkaran menawarkan model yang berguna atau kerangka kerja dosen, bagi para perencana kurikulum dan untuk administrator di sebuah lembaga untuk memikirkan dan membuat keputusan terkait dengan pengajaran.

Deskripsi 12 peran tidak dimaksudkan sebagai panduan tentang cara mengajar atau metode maupun strategi pendidikan yang tersedia. Lingkaran mewakili fungsi keseluruhan untuk diisi oleh dosen dan segmen dalam lingkaran tersebut merupakan elemen kunci yang pergi untuk membuat gambar secara keseluruhan. Posisi segmen yang berbeda atau peran relatif terhadap satu sama lain signifikan dan masing-masing kuadran lingkaran memiliki penekanan yang berbeda. Di sebelah utara/selatan sumbu berhubungan dengan siswa, baik tatap muka atau jarak jauh. Pada sumbu timur/ barat adalah area kompetensi dosen dalam pendidikan atau dalam kedokteran.



Dengan cara yang sama, peran pengajaran yang berbeda muncul pada pandangan pertama yang bertentangan satu sama lain. Kita melihat dosen sebagai penyedia informasi, tetapi juga sebagai fasilitator pembelajaran, mendorong mahasiswa untuk mengambil tanggung jawab untuk memperoleh informasi nya sendiri. Dosen adalah fasilitator, membantu siswa untuk belajar, tetapi juga merupakan penilai yang berperan untuk memberikan penilaian pada siswa.

Peran Interkoneksi

Sementara masing-masing dari 12 peran telah dijelaskan secara terpisah, dalam kenyataannya mereka sering saling berhubungan dan terkait erat satu sama lain. Memang dosen dapat mengambil secara bersamaan beberapa peran. Contohnya adalah situasi kuliah, di mana dosen dapat melihat sebagai fungsi utama mereka penyediaan informasi. Mereka dapat memilih, namun, untuk mengadopsi pendekatan yang lebih interaktif, menyediakan beberapa informasi kepada siswa tetapi pada saat yang sama mendorong mereka selama kuliah untuk terlibat dengan subjek dan datang dengan solusi mereka sendiri untuk masalah yang ditimbulkan. Selama kuliah dosen tidak bisa lepas dari seorang panutan yang potensial, dengan bagaimana dia mendekati subjek dan sikap nya menyampaikan berpengaruh pada mahasiswa. Demikian pula, dalam kelompok tutorial berbasis masalah, tanggung jawab utama dosen adalah sebagai fasilitator tetapi ia mungkin di saat itu juga berfungsi sebagai penyedia informasi. Hal ini mungkin menjelaskan mengapa siswa yang difasilitasi oleh ahli subjek-materi mencapai hasil yang agak lebih baik daripada yang difasilitasi oleh dosen yang tidak memiliki latar belakang ini

Peran portofolio dosen

Perlu ditekankan bahwa seorang dosen yang baik tidak perlu kompeten dalam semua 12 peran, dan hal itu tidak biasa ditemukan, tidak masuk akal untuk mengharapkan satu individu untuk memiliki semua kompetensi yang dibutuhkan. Perencanaan sumber daya manusia harus melibatkan peran dosen sesuai dengan bakat terbesar yang mereka miliki. Dosen akan memiliki kumpulan peran pengajaran yang saling terkait yang berpadu mewakili tanggung jawab mengajar mereka dan 'peran portofolio'. Sementara semua peran dosen perlu dibahas dalam konteks institusi, tidak mungkin bahwa satu dosen akan memikul semua peran.

Peran yang paling tepat untuk masing-masing dosen dapat berubah karena karirnya berkembang. Peran yang diambil oleh seorang dosen mungkin berbeda dengan senioritas dari dosen dan dapat berubah



karena keuntungan dosen yang lebih banyak pengalaman. Kugel (1993) telah menyarankan bahwa kegiatan mengajar berevolusi dengan waktu dan pengalaman, dengan pergeseran yang terjadi dari penekanan pada diri, untuk memahami subjek-materi dan kemudian dari penekanan pada pengajaran untuk penekanan pada pembelajaran.

Memenuhi kebutuhan kurikulum

Identifikasi peran mengajar yang diperlukan dan tersedia di lembaga memungkinkan, dalam batasan kurikulum, untuk mencocokkan dosen dengan peran yang paling cocok. Beberapa dosen lebih suka dan lebih baik dalam memenuhi peran tertentu, sedangkan dosen lainnya mungkin tertarik dalam arah lain dan memiliki keahlian dalam arah lainnya. Ini dapat membantu dengan penugasan peran mengajar di fakultas jika staf memiliki pilihan untuk menunjukkan peran yang mereka sukai. Mereka mungkin akan diminta untuk membandingkan peran mereka saat ini dengan peran yang disukai oleh mereka menggunakan kuesioner.

Tanggung jawab dalam mengajar kemudian dapat dijadikan pertimbangan dalam pemilahan untuk pengembangan keahlian staf. Beberapa staf mungkin memiliki kepentingan dalam perencanaan kurikulum serta melayani di komite kurikulum, sementara yang lain lebih memilih untuk kontak dan tatap muka dengan mahasiswa, misalnya dalam konteks pengajaran klinis. Analisis peran yang diharapkan dari dosen untuk pelaksanaan kurikulum dan perbandingan peran yang diperlukan tersebut dengan keahlian yang tersedia pada dosen di lembaga menunjukkan kekuatan dan kelemahan dalam hal kemampuan sekolah untuk menyampaikan program pengajaran. Saat dimana terjadi perbedaan antara kebutuhan dan peran dosen yang tersedia dapat menjadi bahan masukan bagi institusi untuk perencanaan pengembangan staf selanjutnya. Hal-hal yang akan terjadi ketika kondisi ini terjadi diantaranya :

- (1) Abaikan kekurangan. Efek buruk pada kualitas pengajaran hampir tak terelakkan.
- (2) Mengubah kurikulum untuk mengakomodasi peran mengajar yang tersedia. Jika, misalnya, institusi memiliki dosen yang baik, yang tidak memiliki keahlian dalam memfasilitasi kelompok, seseorang dapat merancang kurikulum untuk menempatkan penekanan pada kuliah bukan pada pembelajaran berbasis masalah, di mana ada kebutuhan untuk tutor kelompok kecil yang difasilitasi.
- (3) Melatih staf dalam lembaga untuk memenuhi peran yang diperlukan. Hal ini dimungkinkan tetapi membutuhkan komitmen



dari staf dan administrasi, serta program pengembangan staf yang energik dan terfokus.

- (4) Merekrut staf dengan keahlian yang sesuai untuk mengisi peran. Ini lebih mudah di fakultas yang baru, tetapi juga dapat diterapkan di fakultas yang sudah didirikan, ketika staf meninggalkan fakultas atau ketika perjanjian baru diciptakan. Perekrutan staf mungkin sangat diperlukan dalam kasus peran yang lebih khusus seperti penilaian atau pengembangan sumber bahan belajar.

Pengembangan staf

Perlunya program pengembangan staf dan pelatihan dosen medis dalam pendidikan telah diyakini kepentingannya. Pertimbangan dari "12 peran" dapat menginformasikan perdebatan dan memastikan bahwa program ini membantu untuk membekali para dosen dengan kompetensi yang diperlukan bagi mereka untuk memenuhi peran yang diharapkan dari mereka. Sebuah program pengembangan staf dapat disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan individu seorang dosen. Harus ada kesepakatan dengan individu dosen, apakah tujuan dari kegiatan pengembangan staf adalah untuk membuat dosen lebih baik pada apa yang mereka sudah lakukan atau untuk membantu mereka dalam memperoleh keterampilan baru dan memenuhi peran baru yang sebelumnya tidak dalam penugasan mereka.

Budaya praktek mengajar yang baik

Pertimbangan peran dosen harus menjadi bagian dari budaya praktek mengajar yang baik. Perlu ada komitmen baik untuk subjek yang diajarkan dan untuk peran mengajar yang diharapkan dosen. Perhatian sering dibayarkan kepada yang awal, dengan yang terakhir yang relatif diabaikan. Peran yang berbeda dari dosen perlu diakui dan diterima oleh staf. Penggunaan kerangka yang disajikan dalam buku ini membuat peran yang eksplisit berbeda dan mendorong pertimbangan yang cermat dari peran yang berbeda, daripada membabi buta mengejar satu atau dua hal, serta merendahkan yang lain.

Pengakuan eksplisit komitmen dosen untuk peran tertentu dapat memperkuat komitmen dosen untuk mengajar dan berfungsi juga sebagai indikasi dari nilai yang melekat oleh lembaga untuk mengajar. Hal ini dapat tercermin dalam alat yang digunakan untuk mengukur komitmen organisasi untuk mengajar (Mowday et al., 1979). Sangat mungkin bahwa pengakuan dari nilai yang melekat oleh lembaga untuk peran khusus dosen akan mendorong dosen untuk memberikan



performa terbaik mereka dan untuk lebih berupaya dalam pengajaran mereka.

Menggunakan kerangka peran dosen

Penggunaan model kerangka peran dosen dapat diringkas sebagai berikut:

- a. Untuk membuat komitmen eksplisit institusi dalam pengajaran dan peran yang berbeda yang diharapkan dari seorang dosen. Diskusi terbuka tentang nilai-nilai peran yang berbeda diidentifikasi dalam model dapat membantu untuk mencegah tarikan gravitasi dalam sebuah instansi ke bagian penyedia informasi dalam lingkaran;
- b. Untuk membantu identifikasi pengajaran keterampilan yang dibutuhkan dalam sebuah institusi. Penting dalam sekolah kedokteran atau lembaga pelatihan, semua peran yang diwakili antara staf di sekolah. Apa yang dibutuhkan adalah tim yang seimbang dari staf yang bertanggung jawab untuk memberikan semua aspek dari program pengajaran;
- c. Untuk mengidentifikasi kebutuhan perekrutan staf dan untuk berkontribusi pada spesifikasi pekerjaan dan kontrak dengan staf. Ini harus mencakup 'peran profil' untuk setiap anggota staf;
- d. Untuk mengidentifikasi kebutuhan program pengembangan staf dan untuk menghubungkan ini dengan kebutuhan masing-masing dosen. 12 Peran memiliki strategi pelatihan optimal yang berbeda;
- e. Untuk mengevaluasi staf. Pengakuan peran yang berbeda adalah penting berkaitan dengan evaluasi dosen. Seorang dosen dinilai oleh siswa dan rekan-rekan dalam satu peran, misalnya memberikan kuliah formal, dapat dilakukan dengan baik dengan kelompok-kelompok kecil siswa atau alternatif sebagai pengembang sumber bahan. Siswa dapat mengungkapkan berbagai tingkat kepuasan pada dosen yang sama, bahkan dalam mata pelajaran yang sama, sesuai dengan model pengajaran yang dinilai (Husbands, 1996);
- f. Untuk menginformasikan analisis kegiatan mengajar. Analisis tersebut mungkin diperlukan untuk alokasi sumber daya dalam lembaga/institusi atau untuk tujuan lain. Di masa lalu telah ada kecenderungan untuk mengukur pengajaran dalam hal jam kontak siswa. Ini tidak mencerminkan berbagai peran yang diharapkan dari dosen. Keterlibatan staf di peran pengajar yang sangat beragam, termasuk waktu yang dihabiskan untuk perencanaan kurikulum dan produksi sumber bahan, dapat



dimasukkan ke dalam langkah-langkah kegiatan dosen (bardes & Hayes, 1995);

- g. Untuk memfasilitasi perubahan. Resistensi terhadap perubahan tidak jarang mencirikan adopsi pendekatan baru dalam pendidikan kedokteran. Hannafin & Savenye (1993) telah menyarankan bahwa ketika "peran tradisional dosen-yang dari dosen, penanam pengetahuan dan pengendali kegiatan-sedang dikritik" (hal. 26). Dosen mungkin merasa diabaikan dan akibatnya memilih untuk menolak sebuah perubahan. Kurang perjuangan dari para dosen untuk berubah, mungkin dialami jika peran dosen yang dibuat lebih eksplisit dan diakui bahwa peran dosen tradisional 'terus memiliki bagian penting untuk bermain di samping setiap peran baru.

Peran lain untuk dosen

Dalam makalah ini telah mempertimbangkan peran mengajar dosen. Kerangka peran mengajar dijelaskan mencerminkan kompleksitas mengajar di universitas dan sekolah-sekolah kedokteran dan menyediakan alat untuk memperluas pemikiran tentang mengajar. Peran lain untuk dosen termasuk klinis, administrasi dan penelitian tidak dapat diabaikan. Ini tempat tambahan tuntutan dan tekanan pada dosen.

Tersirat dalam perubahan yang diusulkan secara luas dalam pendidikan kedokteran adalah kebutuhan untuk menerima norma-norma baru apa yang diharapkan dari dosen. Jika perubahan ini dapat diadopsi secara luas, maka peran baru bagi dosen, seperti yang dijelaskan dalam makalah ini, telah diterima, dihargai, dan diakui dalam audit akademik.

Sumber : Dirangkum dari *AMEE guide no 20; The good teacher is more than a lecturer-The twelve Roles of teacher* oleh R.M Harden & Joy Crosby

II. FEEDBACK KONSTRUKTIF DALAM PEMBIMBINGAN RESIDEN DOKTER LAYANAN PRIMER

a. Definisi Feedback

Feedback atau yang sering dikenal sebagai umpan balik merupakan salah satu bagian penting dari proses pembelajaran. Definisi feedback yang banyak dipakai diantaranya adalah "*Feedback is the information from the instructor to the learners about their past performance on the words which serve to enhance or modify future actions of learners*". Definisi lainnya menyatakan "*Feedback is specific information about the comparison between a trainee's observed performance and a standard,*



given with the intent to improve the trainee's performance". Dari definisi ini feedback merupakan suatu informasi spesifik yang diberikan oleh dosen kepada mahsiswanya terhadap penampilan yang dilakukan yang dikaitkan dengan standar ideal guna merubah/ meningkatkan kemampuan mahasiswa agar mencapai sasaran pembelajaran yang diharapkan.

Tiga (3) konsep utama dalam feedback ini yaitu feedback merupakan informasi, feedback sebagai reaksi serta terdapat siklus atau alur diantara keduanya. Dalam pembelajaran maupun pembimbingan residensi, feedback yang konstruktif terhadap refleksi tindakan/ kegiatan yang dilakukan merupakan kunci untuk mendapatkan level pembelajaran pada level tertinggi yang dapat memuat peserta didik menjadi seorang professional.

Pemberian umpan balik merupakan bentuk interaksi pengajar dengan mahasiswa, bukan komunikasi satu arah. Dalam pelaksanaannya pengajar mendiskusikan apa yang telah dilakukan mahasiswa berdasarkan penilaian pengajar. Pengajar meminta penjelasan mahasiswa atas apa yang telah mereka lakukan. Mahasiswa dapat memberikan komentarnya untuk menjawab umpan balik pengajar.

Umpan balik dari pengajar dapat berupa direktif (perintah) dan fasilitatif. Umpan balik direktif bertujuan untuk memberikan informasi mengenai hal yang harus diperbaiki mahasiswa. Umpan balik fasilitatif melibatkan persyaratan komentar dan sugesti untuk memfasilitasi perbaikan mahasiswa.

Umpan balik dapat diberikan secara formal dan informal. Secara formal misalnya diberikan pada saat penilaian ujian. Secara informal biasanya diberikan dalam interaksi sehari-hari. Pemberian umpan balik secara informal ini sangat memainkan peranan penting dalam pembelajaran karena umpan balik diberikan pada saat proses pembelajaran berjalan. Proses umpan balik yang baik akan mendorong mahasiswa untuk belajar lebih baik.

Pemberian umpan balik dapat dalam bentuk tertulis, verbal, dan numerikal. Bentuk ini disesuaikan dengan kebutuhan dan penilaian yang dilakukan. Untuk tugas makalah dapat diberikan umpan balik tertulis. Untuk keterampilan sebaiknya diberikan dalam bentuk verbal. Bentuk numerikal dapat digunakan untuk memberi nilai.

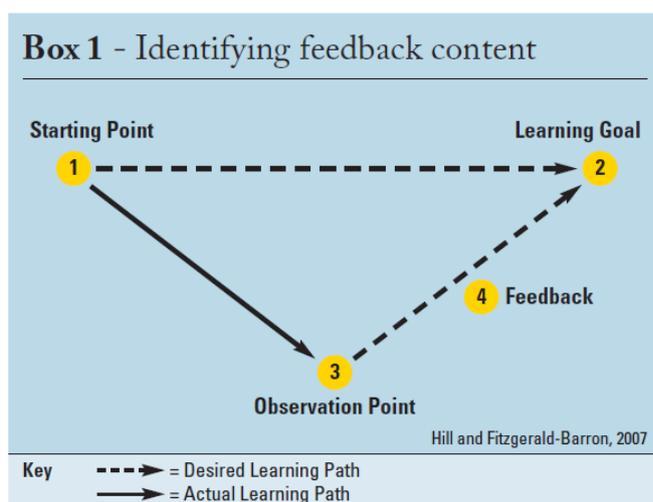
Dalam prakteknya, istilah umpan balik dan evaluasi sering dipertukarkan dalam penggunaan sehari-hari. Padahal umpan balik

dan evaluasi merupakan dua hal yang berbeda maknanya. Umpan balik menyajikan informasi, bukan penilaian. Umpan balik bersifat formatif. Sementara evaluasi bersifat sumatif. Evaluasi dilakukan untuk memberikan penilaian, biasanya oleh pengajar, untuk menentukan kinerja seseorang sudah baik atau belum dan juga sering dibandingkan dengan kinerja peserta didik yang lain. Evaluasi merupakan pernyataan normatif yang dilengkapi dengan kata keterangan dan kata sifat. Sementara umpan balik bersifat netral, terdiri dari kata kerja dan kata benda

b. Mengapa Memerlukan Feedback

Pemberian umpan balik sangat dibutuhkan oleh mahasiswa dalam proses belajar. Umpan balik menunjukkan komitmen pengajar dalam membantu mahasiswa mencapai sasaran pembelajarannya. Umpan balik yang konstruktif dan baik menunjukkan sudah adanya keteraturan sistem dalam program pengajaran. Para pengajar sudah memahami tujuan dan cara memberikan umpan balik dalam proses pembelajaran mahasiswa.

Adanya feedback dapat mengarahkan pembelajar untuk mencapai tujuan pembelajaran yang diharapkan atau *men-drive* mahasiswa untuk mencapai tujuan/kompetensi yang diinginkan. Tantangannya terletak pada bagaimana cara dosen memberikan feedback-nya (*giving feedback*) serta bagaimana cara mahasiswa dalam menerima, merespon atau menanggapi feedback yang diberikan (*receiving feedback*).



Gambar 3. Peran feedback dalam proses pembelajaran

Feedback atau umpan balik tidak dapat diberikan tanpa memperhatikan siapa pemberi dan bagaimana cara memberikannya.



Orang yang tidak tepat dalam memberikan umpan balik akan menyebabkan umpan balik tersebut tidak didengar apalagi diperbaiki. Pengajar yang cocok untuk memberikan umpan balik adalah pengajar yang memperhatikan dan menilai langsung mahasiswa tersebut. Oleh sebab itu tenaga pengajar sebaiknya juga telah terlatih dalam memberikan umpan balik.

Pengajar juga harus memahami terlebih dahulu pengertian, tujuan, dan cara pemberian umpan balik yang efektif dan konstruktif agar penyampaiannya bermanfaat, bukan menjadi “pematah” semangat mahasiswa. Pengajar mesti menyadari bahwa setiap yang dilakukannya, baik secara sadar atau tidak, termasuk dalam pemberian umpan balik, akan menjadi contoh bagi mahasiswa karena pengajar adalah *role model*.

Umpan balik juga memiliki tujuan untuk mengapresiasi hal baik dengan penjelasan logis dan mengidentifikasi hal yang kurang baik dan memberi pilihan untuk mengubahnya. Selain itu, umpan balik dapat meningkatkan motivasi, perubahan sikap dan nilai-nilai yang dimiliki seorang peserta didik. Jadi dapat dikatakan pula bahwa umpan balik memiliki tujuan untuk mendorong terjadinya perubahan perilaku yang dibutuhkan peserta didik untuk mencapai dan mempertahankan standar profesional yang sesuai dan juga meningkatkan harga diri personal dan profesional dari peserta didik. Perubahan perilaku dapat terjadi dalam berbagai cara, antara lain:

- Dengan menawarkan strategi untuk membantu perbaikan peserta didik
Umpan balik konstruktif memberi informasi mengenai hal-hal yang harus diperbaiki terkait kinerja peserta didik. Informasi ini akan mendorong terjadinya proses refleksi diri. Kemudian peserta didik akan menyusun strategi yang diperlukan berdasarkan informasi yang didapat sehingga perilaku yang kurang baik tersebut dapat diperbaiki.
- Dengan meningkatkan harga diri profesional dan personal peserta didik
Adanya umpan balik konstruktif dari pengajar akan mendukung terjadinya proses penilaian kinerja oleh peserta didik itu sendiri. Penilaian tersebut membuat peserta didik lebih memahami kekuatan dan kelemahan dirinya. Sehingga ia akan termotivasi untuk merubah perilaku yang kurang baik dan mempertahankan perilaku yang sudah baik demi meningkatkan sikap profesionalismenya.
- Dengan memperkuat kekuatan peserta didik



Umpan balik konstruktif yang mendeskripsikan kekuatan peserta didik akan memotivasi dirinya untuk tetap dapat mempertahankan perilaku yang sudah baik tersebut.

- Dengan mengidentifikasi kelemahan dari area profesional atau klinis

Umpan balik konstruktif akan mendorong peserta didik untuk memperbaiki perilaku yang masih menjadi kelemahannya.

c. Prinsip-Prinsip Feedback yang Konstruktif

Ada banyak prinsip-prinsip maupun teknik dan pendekatan dalam memberikan feedback. Feedback haruslah memenuhi prinsip-prinsip yang baik agar dapat menjadi sebuah feedback yang efektif dan konstruktif artinya mampu membuat perubahan dan meningkatkan kemampuan peserta didik yang diberikan umpan balik sebagaimana yang diharapkan.

Feedback yang baik dapat menjadi sumber informasi yang baik bagi peserta didik. Feedback tersebut juga dapat menjadi stimulus bagi peserta untuk belajar dan berlatih lebih jauh. Feedback tersebut juga mampu menjadi cerminan sejauh mana level atau capaian yang sudah dikuasai peserta didik sekaligus juga mampu menunjukkan kekurangan dan kelemahan dari peserta serta memberikan masukan untuk perubahan dan perbaikan. Secara keseluruhan feedback mampu menjadi suatu metode untuk evaluasi program secara keseluruhan.

Terdapat beberapa ciri suatu feedback untuk menjadi feedback yang konstruktif. Feedback yang konstruktif semestinya dapat membantu meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap mahasiswa peserta didik. Dapat memberikan masukan terhadap praktek klinik yang dilakukan secara realistis, memacu peserta didik untuk menjadi pembelajar yang lebih mandiri (*more self-regulated*). Feedback konstruktif haruslah spesifik dan berfokus pada tindakan hasil observasi bukan judgements berupa pujian ataupun kesan yang sifatnya terlalu umum. Feedback yang diberikan haruslah langsung (*event feedback*) dimana feedback diberikan pada waktu yang tepat sesegera mungkin setelah tindakan dilakukan. Hal ini agar tidak ada yang terlupa dari feedback yang akan kita berikan namun layaknya tidak mengganggu praktek klinik yang sedang dilakukan.

Feedback juga semestinya dilakukan secara terus menerus bertahap dengan porsi sedikit demi sedikit yang dikuasai oleh peserta dan terus dilakukan pemantauan dan perbaikan. Dalam proses penyampaiannya feedback juga harus disampaikan secara baik dan tidak menyinggung



peserta didik sebagai seorang pembelajar dewasa, bisa dimulai dengan refleksi diri peserta, memberikan hal-hal positif yang telah dicapai yang dilanjutkan dengan menunjukkan secara spesifik kekurangan dari aksi peserta berdasarkan hasil observasi serta mendiskusikan saran dan perbaikan.

Ada beberapa prinsip dari umpan balik konstruktif, yang dapat diadaptasi ke berbagai situasi pendidikan. Salah satu prinsip yang dapat digunakan menurut Bhattarai (2007) dapat disingkat menjadi “**ABCDEFG-IS**”, yang masing-masing dapat dijabarkan sebagai berikut:

- A. ***Amount of information*** - (jumlah informasi)
Jumlah informasi dalam memberikan umpan balik harus dibatasi. Terlalu banyak informasi akan memberi beban yang terlalu berat bagi peserta didik.
- B. ***Benefit of trainees*** - (manfaat bagi peserta didik)
Umpan balik harus diberikan sesuai dengan kebutuhan peserta didik, bukannya kebutuhan institusi atau pengajar.
Memberi umpan balik yang membuat pengajar merasa lebih baik atau memberikan keuntungan psikologis baginya saja akan berefek destruktif bagi peserta didik.
- C. ***Change behaviour, not personality*** - (merubah prilaku, bukan kepribadian)
Memberi umpan balik yang memisahkan pribadi dengan prilaku profesionalnya dapat menjadi sangat sulit. Namun, prilaku akan lebih mudah diubah dibandingkan dengan kepribadian. Kita akan berpikir untuk lebih mudah mengubah apa yang kita kerjakan dibandingkan siapa kita. Oleh karena itu, memberi umpan balik harus fokus pada prilaku, bukan kepribadian.
- D. ***Descriptive (not evaluative or not judgemental) language*** - (bahasa deskriptif)
Bahasa yang digunakan saat memberikan umpan balik bersifat deskriptif bukannya evaluatif. Sebagai contoh: “Saya melihat Anda menghindari kontak mata dalam presentasi klinis” merupakan bahasa deskriptif, sementara “Keterampilan presentasi Anda kurang baik” merupakan umpan balik yang menggunakan bahasa evaluatif.
Umpan balik deskriptif, menggambarkan apa yang dilihat dan menyampaikannya ke peserta didik. Bahasa deskriptif fokus pada “apa, kapan, dimana dan bagaimana” dan menghindari komentar “mengapa”. Saat memberi umpan balik deskriptif, ekspresi wajah dan bahasa tubuh haruslah sesuai.
Tujuan umpan balik deskriptif adalah untuk mengurangi sikap defensif, mendorong terjadinya diskusi terbuka, dan



memfasilitasi perubahan perilaku. Dengan mencoba untuk menjadi lebih deskriptif dalam penggunaan bahasa, bahasa tubuh, dan nada bicara merupakan usaha untuk menciptakan iklim tidak menghakimi yang mendorong terjadinya proses pembelajaran.

E. **Environment** - (lingkungan)

Masalah lingkungan penting dalam pemberian umpan balik. Memberi umpan balik dalam lingkungan yang nyaman dan aman akan membantu. Staf pengajar perlu mempertimbangkan waktu yang tepat dalam memberikan umpan balik dan mungkin dapat dituliskan terlebih dahulu poin informasi yang ingin disampaikan.

F. **Focused (specific, not general)** – (fokus)

Umpan balik harus fokus, spesifik dan tidak bersifat umum. Seperti misalnya, “Anda menggunakan pertanyaan tertutup bukannya pertanyaan terbuka saat menganamnesis pasien” merupakan pernyataan yang spesifik, sementara “Anda harus memperbaiki keterampilan bertanya Anda” merupakan komentar umum. Umpan balik yang umum dan tidak jelas yang tidak memberi informasi kepada peserta didik, akan tidak membantu, tidak jelas dan dapat disalahartikan. Jika pengajar memberikan umpan balik yang seimbang, spesifik dan konstruktif terhadap kerjanya, berarti pengajar memberi peserta didik penguatan positif mengenai kelebihanannya dan kesempatan untuk belajar dari kekurangannya.

G. **Group check** – (periksa dalam kelompok)

Jika umpan balik diberikan dalam situasi kelompok, umpan balik tersebut harus diperiksa dengan anggota yang lain dalam kelompok. Umpan balik yang diterima seorang anggota kelompok dari ketua kelompoknya dan dari teman-teman sekelompoknya merupakan cara yang ampuh mendorong terjadinya perubahan dan perkembangan.

Umpan balik merupakan bagian penting dalam merencanakan pembelajaran kelompok dan berfungsi dalam berbagai cara. Umpan balik yang khususnya menggunakan prinsip perubahan perilaku dan bersifat deskriptif dan berfokus pada keuntungan bagi peserta didik, dapat membantu mengembangkan budaya saling memberikan umpan balik antara satu dengan yang lain.

I. **Interpretation check** – (periksa interpretasi)

Pemberi umpan balik memiliki tanggung jawab untuk mencari tahu respons penerima umpan balik. Selanjutnya, penerima umpan balik harus memeriksa apakah ia sudah mengerti



maksud umpan balik itu dengan benar. Bila umpan balik diberikan dalam kelompok, akan membantu bila baik pemberi atau penerima umpan balik juga memeriksa interpretasi dari anggota yang lain untuk melihat bagaimana reaksi mereka jika dibagi dengan yang lain.

S. *Sharing information* – (berbagi informasi)

Umpan balik pada dasarnya merupakan proses berbagi informasi daripada memberi saran. Hal ini akan mendorong peserta didik untuk menentukan sendiri tindakan apa yang akan ia ambil.

Ramani & Karckov (2012) memaparkan 12 tips untuk memberikan feedback yang efektif pada setting klinik. Selain untuk proses penyampaian feedback, tips ini juga diajukan untuk bagaimana pengembangan feedback di setting klinik. Adapun 12 tips tersebut diantaranya adalah :

1. Ciptakan lingkungan belajar yang saling hormat menghormati antara kedua belah pihak
2. Komunikasikan tujuan atau sasaran pembelajaran yang diharapkan
3. Feedback harus didasarkan dari hasil observasi
4. Feedback yang diberikan harus terjadwal dan regular secara terus menerus
5. Mulailah sesi dari refleksi diri pembelajar itu sendiri
6. Berilah penekanan terhadap hal-hal yang sudah benar dilakukan
7. Gunakanlah kalimat/informasi yang spesifik, netral (tidak terkesan mengdoseni/menghakimi) yang berfokus terhadap tindakan/ performance yang dilakukan
8. Konfirmasi bagaimana pemahaman dan penerimaan dari sisi peserta didik
9. Simpulkan dan rencanakan *action plan* kedepannya
10. Selalu refleksikan kemampuan feedback saudara
11. Rancanglah rencana untuk pengembangan staf
12. Jadikanlah feedback bagian dari budaya institusi

Jika feedback dilakukan dalam kelompok, mulailah dari refleksi diri peserta didik, feedback dan masukan dari anggota kelompok kemudian feedback dari dosen yang bersangkutan.

d. Model Penyampaian Feedback

Ada banyak metode dan pendekatan dalam penyampaian feedback. Secara keseluruhan hampir mirip dan saling tumpang tindih. Sebagian besar menganut kriteria maupun prinsip-prinsip pemberian feedback



yang baik, efektif dan konstruktif. Perbedaan lebih kepada pendekatan yang dilakukan. Beberapa jenis-jenis model penyampaian feedback yang banyak dilakukan di antaranya adalah :

1) Sandwich

Feedback sandwich atau metode Burger ini merupakan ilustrasi bagaimana penyampaian feedback, dimulai dari penyampaian hal yang Positif – Negatif – Positif. Layaknya sebuah hamburger/ sandwich yang atas dan bawahnya diberikan roti dengan bagian tengah terdapat isinya termasuk saos dan cabe, dll. Dengan kemasan dan urutan seperti ini, feedback yang disampaikan terkesan halus dan nyaman bagi penerima feedback. Hal ini juga cukup cocok untuk budaya timur yang kadang terkesan agak defensif jika diberikan feedback yang kurang mengena.

Adapun tehnik untuk feedback sandwich sebagai berikut :

- a) Ciptakan iklim belajar yang saling menghargai, saling menghormati, ramah, santai dan terbuka menerima masukan
- b) Pancinglah pengeluaran pendapat, harapan maupun perasaan dari peserta didik sebelum pemberian feedback
- c) Jangan terkesan menghakimi
- d) Fokuslah pada perilaku dan tindakan spesifik dari hasil observasi yang dilakukan peserta didik
- e) Berikanlah feedback dengan urutan positif (+), negative (-), positif (+) dalam jumlah yang cukup
- f) Berilah masukan dan saran untuk perbaikan
- g) Dari feedback yang sudah difahami, rancanglah kesepakatan bersama untuk pencapaian tujuan

Kesalahan umum yang sering terjadi dalam model ini adalah penggunaan kata "tetapi" sebelum memberikan komentar korektif. Peserta didik cenderung akan mengabaikan komentar positif dan fokus pada komentar yang muncul setelah kata "tetapi" tersebut. Kelebihan dari model ini adalah adanya umpan balik positif dan korektif yang seimbang. Namun bagaimanapun, seharusnya pemberian umpan balik merupakan percakapan mengenai kinerja peserta didik, bukannya pemberian informasi satu arah dari pengajar. Walau menggunakan model ini, pengajar haruslah memberikan kesempatan kepada peserta untuk memberikan pandangannya mengenai kinerja sendiri

2) SET-GO

Metode "SET-GO" dari Calgary – Cambridge merupakan salah satu metode klasik umpan balik deskriptif dengan pendekatan

pengajaran keterampilan komunikasi. Metode “**SET-GO**” tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

- *What I **S**aw – Mendeskripsikan apa yang dilihat*
- *What **E**lse did you see? Apa yang terjadi berikutnya*
- *What do you **T**hink? Refleksikan kembali kepada peserta didik*
- *What **G**oals are we trying to achieve?*
- *Any **O**ffers on how to achieve the goals – saran mengenai keterampilan dan latihan*

3) Interactive Feedback

Feedback interaktif merupakan pendekatan feedback dimana dosen pendidik klinik menciptakan suasana belajar yang nyaman serta memberikan feedback secara terbuka dan interaktif. Kelebihannya adalah ketika feedback tersebut diberikan secara interaktif, terbuka sesuai dengan keinginan dan harapan dari si penerima feedback diyakini akan lebih diterima dan diamalkan secara bertanggungjawab oleh penerima feedback yang akhirnya akan memacu pada perbaikan.

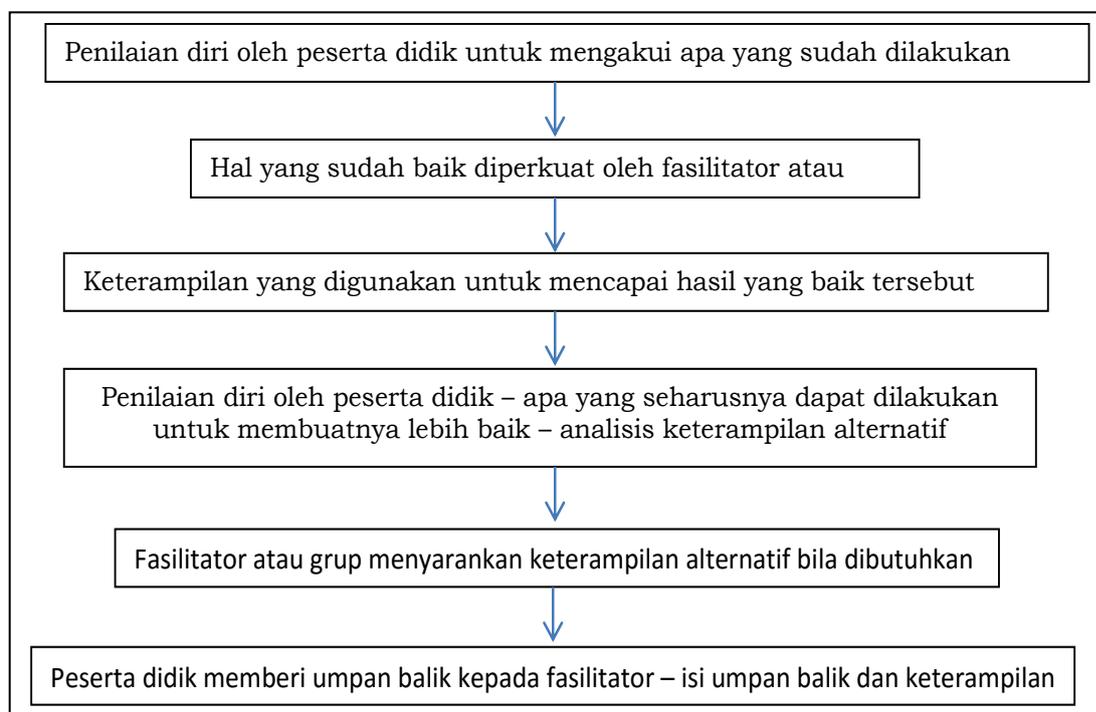
Box 3 - Guidelines for interactive feedback

1. Ask learner for their self-assessment. What went well? What could be improved? How did the learner feel?
2. Offer specific observations, taking into account the learners comments
3. Give points of reinforcement and areas needing improvement, with reasons
4. Review understanding
5. Check out feelings
6. Negotiate a specific and realistic improvement plan
7. Be clear and direct throughout
8. Use a collaborative tone, open questions and a relaxed body language

Gambar 5. Alur Interkatif Feedback

4) Pendleton Rule's

Struktur model ini diawali dengan menyoroti hal positif terlebih dahulu untuk menciptakan lingkungan yang nyaman. Menghindari diskusi mengenai kelemahan pada awal sesi juga untuk mencegah sikap defensif dan mendorong sikap reflektif pada peserta didik.



Kemudian hal ini diikuti dengan penguatan dari fasilitator atau anggota kelompok lain dan mendiskusikan mengenai keterampilan untuk mencapai hal positif tersebut. Adapun struktur dari model ini sebagai berikut :

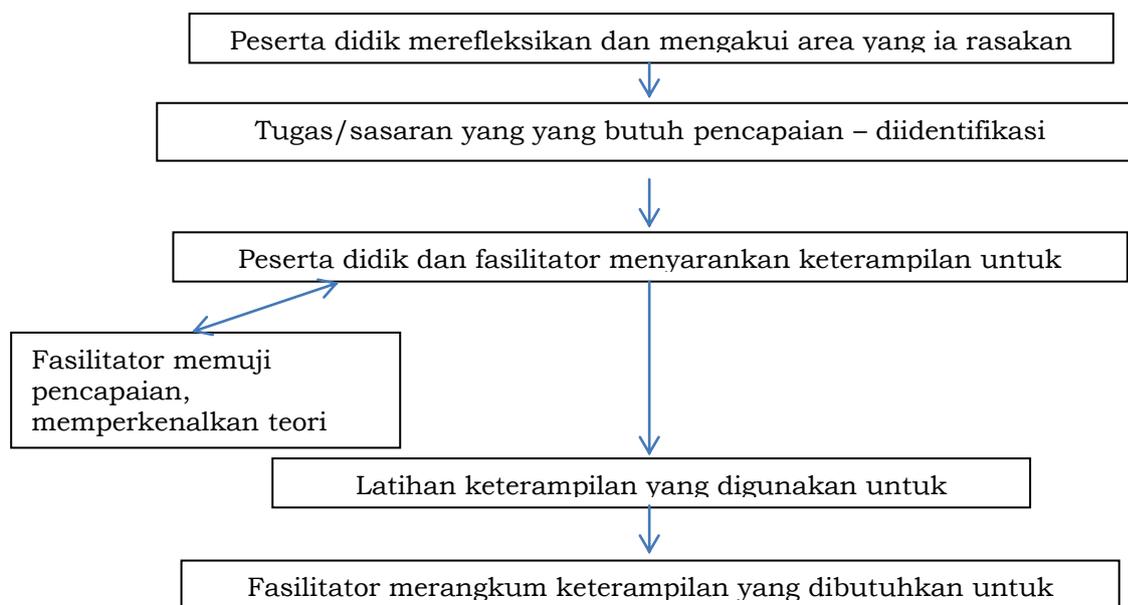
Gambar 6. *Pendleton's Rules*

Kekurangan model ini antara lain:

- Menciptakan kepalsuan dan kekakuan dengan memaksa diskusi kekuatan peserta didik terlebih dahulu, sehingga kesempatan untuk diskusi interaktif mengenai topik yang relevan dengan peserta didik dapat hilang.
- Penggunaan waktu yang tidak efisien karena topik yang sama dibahas dua kali secara keseluruhan.
- Tidak melibatkan peserta didik secara aktif dalam mencapai keluaran yang diinginkan.

5) **Agenda-Led, Outcome-Based Analysis or ALOBA**

Silverman mencoba mengimbangi kekurangan *Pendleton's rules* dengan membuat pendekatan ALOBA seperti yang ditunjukkan pada Gambar Berikut.



Gambar 7. Model ALOBA

Prinsip model ini adalah mengidentifikasi apa yang dibutuhkan peserta didik untuk diperbaiki. Prinsip lain ALOBA adalah menyajikan lingkungan suportif dengan membuat penawaran dan saran serta memberikan alternatif pilihan. Model umpan balik ALOBA ini bersifat interaktif dan menjadi kesempatan pembelajaran bagi semua peserta didik bila dilakukan dalam kelompok. Suasana pemberian umpan balik yang interaktif, membuat fasilitator dapat mengenalkan konsep baru, bukti penelitian, berbagai prinsip komunikasi dan menerangkan keterampilan spesifik melalui demonstrasi dan diskusi. Lain halnya dengan *Pendleton's Rules* yang membuat peserta didik menjadi penerima umpan balik pasif karena hanya menerima saran dari fasilitator dan anggota kelompok lain.

Kekurangan model ALOBA adalah memungkinkan terjadinya ketidakseimbangan informasi mengenai kekuatan dan kelemahan seorang peserta didik. Melalui metode ini fasilitator yang tidak berpengalaman dapat mencapai keseimbangan yang salah karena tidak dapat mengendalikan proses pemberian umpan balik interaktif sehingga dapat menyebabkan dampak negatif bagi peserta didik yang dimaksud. Oleh karena itu, *Pendleton's Rules* mungkin merupakan pilihan yang lebih aman bagi fasilitator yang tidak berpengalaman

6) Model T.E.L.L

Model ini merupakan contoh yang baik untuk menciptakan lingkungan proses pemberian umpan balik konstruktif. Umpan balik terjadi melalui komunikasi dua arah. Sehingga memberikan kesempatan untuk mendiskusikan secara deskriptif kekurangan yang



ditemui dan juga membahas solusinya. Model ini memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- *Tell* atau sampaikan perilaku yang tepat yang diinginkan oleh pengajar untuk diulangi atau problematik sehingga perlu diperbaiki.
- *Explain* atau jelaskan hasil atau implikasi yang dihasilkan oleh tindakan mereka baik itu positif ataupun negatif. Jangan menyalahkan atau menyerang.
- *Listen* atau dengarkan gagasan mereka untuk mengoreksi masalah. Kumpulkan informasi yang ingin disampaikan dan bersiap untuk menegosiasikan solusi yang dapat disetujui.
- *Let* atau biarkan peserta didik mengetahui konsekuensi positif atau negatif yang akan terjadi bila masalah tersebut diperbaiki atau tidak.

Setiap teknik dan model pemberian umpan balik memiliki kelebihan serta kekurangan masing-masing. Yang terpenting adalah bagaimana kita tahu prinsip-prinsip apa yang hendaknya dilakukan atau sebaliknya dihindari dalam pemberian feedback serta bagaimana kita mengemas teknik Umpan balik kita sehingga terjadi perbaikan *performance* ataupun perubahan perilaku dari peserta didik kita sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Oktaria (2015) membandingkan masing-masing model penyampaian feedback sebagai berikut:

Tabel 2. Perbedaan berbagai model pemberian Feedback (Oktaria, 2015)

Aspek	Model			
	<i>Pendleton's Rules</i>	ALOA	TELL	Sandwich
Langkah	1. Refleksi peserta didik terhadap hal yang sudah baik 2. Umpan balik pengajar mengenai hal yang sudah baik 3. Refleksi peserta didik terhadap hal yang perlu diperbaiki 4. Pengajar memberi umpan balik apa yang perlu diperbaiki	1. Refleksi peserta mengenai hal yang perlu diperbaiki 2. Identifikasi sasaran yang harus dicapai oleh pengajar 3. Diskusi antara peserta didik dan pengajar mengenai cara untuk mencapai sasaran, pengajar memberikan umpan balik positif dan	1. <i>Tell</i> atau sampaikan umpan balik yang perlu diperbaiki 2. <i>Explain</i> atau jelaskan implikasi positif ataupun negatif dari tindakan tersebut 3. <i>Listen</i> atau dengarkan pendapat peserta didik untuk mengoreksi masalah 4. <i>Let</i> atau	1. Umpan balik positif 2. Umpan balik korektif 3. Umpan balik positif



		memberi teori atau konsep 4. Latihan keterampilan untuk perbaikan 5. Pengajar merangkum keterampilan yang diperlukan	biarkan peserta didik mengetahui konsekuensi positif atau negatif yang akan terjadi bila masalah tersebut diperbaiki atau tidak.	
Kelebihan	1. Tercipta suasana yang nyaman 2. Mencegah sikap defensif peserta didik 3. Mendorong refleksi peserta didik	1. Diskusi interaktif 2. Dapat mengenalkan konsep aatau teori baru kepada peserta didik	Terjadi komunikasi dua arah	Umpan balik positif dan korektif seimbang
Kekurangan	1. Suasana umpan balik kaku, dan formal sekali 2. Tidak efisien karena topik yang sama dibahas dua kali 3. Peserta didik pasif hanya menerima saran 4. Tidak interaktif dalam mendiskusikan strategi yang diperlukan untuk melakukan perbaikan	Dapat terjadi ketidakseimbangan informasi dalam diskusi bila pengajar kurang berpengalaman	Dapat terjadi situasi yang tidak nyaman di awal sesi	Tidak terjadi komunikasi dua arah

e. Hambatan Pemberian Umpan Balik

Tantangan dalam memberikan feedback sama halnya dengan tantangan bagi peserta yang mendapatkan feedback itu sendiri. Keterampilan dalam memberikan feedback harus dilatih secara baik agar feedback kita dapat berfungsi secara baik dalam meningkatkan kemampuan peserta (*formative*). Namun demikian, memberikan feedback tidaklah mudah. Terdapat beberapa hambatan yang mencegah terjadinya umpan balik efektif terjadi. Hambatan tersebut antara lain:

- Tujuan dari umpan balik yang tidak jelas bagi pengajar dan peserta didik



- Tempat dan waktu yang tidak tepat untuk sesi umpan balik
- Pengajar mungkin memiliki pengalaman sedikit atau tidak pernah mendapatkan pelatihan formal dalam memberi umpan balik, kurang percaya diri mengenai observasinya, atau mungkin tidak mengetahui bagaimana mentranslasikan observasi menjadi umpan balik spesifik, tidak menghakimi dan konstruktif

Konsekuensinya, umpan balik akan menjadi sangat umum dan tidak membantu peserta didik untuk menyadari pentingnya memperbaiki kinerja dirinya (tidak efektif). Selain itu kultur pendidikan kedokteran yang hirarkis mendorong terjadinya arus informasi satu arah dari pengajar ke peserta didik bukannya percakapan dua arah.

Beberapa bukti menunjukkan bahwa umpan balik masih belum diberikan secara efektif. Peserta didik mengeluhkan mereka tidak mendapat umpan balik yang cukup. Ada tiga alasan potensial yang dapat membantu menjelaskan kegagalan pemberian umpan balik, yakni: kemampuan peserta didik yang kurang dalam melakukan penilaian diri, pengaruh reaksi emosional yang terlalu kuat terhadap umpan balik dan kurangnya kemampuan metakognitif yang cukup.

Ada peningkatan bukti yang menunjukkan seorang dokter, sebagai kelompok profesional, kurang memiliki kemampuan untuk menilai kinerja diri secara akurat dan cenderung menilai kemampuan dirinya terlalu tinggi. Peserta didik yang menilai kemampuan dirinya sudah cukup baik akan merasa terkejut ketika menerima umpan balik yang tidak sesuai dengan persepsinya. Metakognisi, yang digambarkan sebagai berpikir mengenai pemikiran dan perasaan seseorang, nampaknya merupakan kemampuan kognitif yang penting untuk dikembangkan oleh peserta didik untuk mengetahui kinerjanya sendiri. Kemampuan metakognitif yang baik diperlukan oleh peserta didik untuk menerjemahkan dan menginterpretasi informasi umpan balik secara tepat.

f. Latihan Memberika Feedback (*Role Play*)

Peran :

- Menjadi Dokter Pendidik Klinik (Pendidik Residen) → 1 orang
- Menjadi Residen DLP yang diberikan Feedback → 1 orang
- Menjadi Kelompok Residen yang lain → Beberapa Orang
- Menjadi Pasien → 1 orang

Alur (Lihat Langkah Pembelajaran, Panduan Role Play dan Skenario):

- Persiapan (Briefing Awal: aspek yang akan dinilai, peran dll)



- Bermain Peran* (*=Sesuai Skenario misalnya Residen DLP memeriksa Pasien / Home Visit/ Edukasi Pasien)
- *Debriefing (Feedback & Reflection* dimulai dari : Refleksi dari Dosen pendidik klinik, feedback dari Residen DLP, Feedback dari pasien, Feedback dari Peer-/ Observer. Terakhir feedback dari Fasilitator pelatihan.

7. REFERENSI

1. Krackov, SK. 2009. Giving Feedback. In: Dent JA & Harden RM. 2009. *A Practical Guide for Medical Teacher. 3rd Edition*. Churchill Livingstone. Elsevier. London.
2. Van de Ridder JMM, Stokking KM, McGaghie WC, ten Cate OT. What is feedback in clinical education? *Medical Education* 2008; 42: 189-197
3. Amin Z, Eng KH. 2003. *Basics in Medical Education Section 16. Providing Effective Feedback*. World Scientific - NUS. Singapore
4. Ramani S, Krackov SK. 2012. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Medical Teacher*. 2012; 34: 787-791
5. Ramani S, Leinster S. 2008. AMEE Guide no.34: Teaching in the clinical environment. *Medical Teacher*. 2008; 30: 347-364
6. McLean M, Cilliers F, Van Wyk JM. 2008. AMEE Guide No.36. Faculty Development: Yesterday, today and tomorrow. *Medical Teacher*. 2008; 30: 555-584
7. Chowdhury RR, Kalu G. 2004. Learning to give feedback in medical education. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2004; 6: 243-247.
8. Branch WT, Paranjape A. 2002. Feedback and Reflection: Teaching Methods for Clinical Setting. *Acad. Med*. 2002; 77: 1185-1188
9. Hill F. 2007. Feedback to enhance student learning: facilitating interactive feedback on clinical skills. *IJOCS*. 2007; 1(1): 21-24
10. Sargeant J, Mann K. 2010. Chapter 7 : Feedback in Medical Education : Skills for Improving Learning Performance In: Cantillon P, Wood D. 2010. *ABC of Learning and Teaching in Medicine. 2nd Edition*. Willey-Blackley: BMJ Books.
11. Bhattarai. 2007. ABCDEFG IS – The principle of Constructive Feedback. *JNMA* 2007; 46 (167): 151-156
12. Oktaria D. 2015. Peranan Umpan Balik Konstruktif Dalam Pendidikan Kedokteran. [Makalah Seminar Thesis]. FK UI Jakarta.

Bahan Bacaan Tambahan :



1. *Textbook / e-book Medical Education*
(Newble D, Cannon R. 2001. *A Handbook for Medical Teacher*. 3rd edition. Kluwer Academic Publishers. NY)
2. AMEE Guide, AMEE Education Guide
3. BEME (Best Evidence Medical Education)

8. PANDUAN PENUGASAN

1. Panduan Penugasan : Refleksi tentang “Peran Dosen Kedokteran”
2. Panduan *Role Play*

Panduan Penugasan 1 :

Menulis Refleksi Tentang “12 Peran Dosen Kedokteran”

1. Penugasan diwajibkan kepada para peserta secara perorangan (Individual).
2. Setiap peserta pelatihan terlebih dahulu ditugaskan membaca artikel tentang 12 Peran Dosen Kedokteran (Harden & Crosby, 2000. *AMEE Guide No.20: the good teacher is more than a lecturer – twelve roles of medical teacher* → Terlampir).
3. Setelah itu setiap peserta membuat refleksi berupa essay yang ditulis tangan pada lembar kerja (terlampir) terkait peran sebagai dosen kedokteran yang selama ini dijalani/dialami dan peran dosen kedokteran ideal sesuai dengan literatur/artikel yang sudah dibaca. Refleksi dibuat sesuai panduan refleksi Gibbs (1988) berupa :
 - a. **Description.** *Deskripsi kondisi yang dialami! (Deskripsi tempat kerja, peran yang dilakukan sebagai dosen kedokteran)*
 - b. **Feelings.** *Bagaimana pendapatmu dan pandanganmu terhadap kondisi yang ada?*
 - c. **Evaluation.** *Apa yang sudah baik dan yang belum baik yang terjadi saat ini terkait peran sebagai dosen kedokteran yang kamu alami?*
 - d. **Analysis.** *Analisislah hasil evaluasimu setelah kamu membaca literatur yang ada!*
 - e. **Conclusion.** *Apa kesimpulanmu dan harapanmu terkait hal-hal diatas?*
 - f. **Action plan.** *Bagaimana rencana tindak lanjut yang akan kamu lakukan setelah kembali ke institusi?*
4. Peserta juga diminta membuat rencana tindak lanjut perbaikan. Penugasan dikumpulkan saat sesi pelatihan dimulai. Fasilitator memilih secara acak 1-2 refleksi untuk dijadikan trigger diskusi.



Panduan Penugasan Role play

Pelatihan Memberikan Feedback Konstruktif

- a) Untuk aktivitas *role play* latihan memberikan feedback konstruktif, peserta pelatihan dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil beranggotakan 4 orang peserta dari institusi yang berbeda. Kelompok tidak boleh berubah selama sesi latihan *role play* berlangsung.
- b) Sebelum berlatih dilakukan briefing oleh fasilitator dan mempelajari skenario peran oleh peserta masing-masing.
- c) Waktu setiap skenario bermain peran \pm 10 menit.
- d) Setiap kelompok berbagi peran sebagai berikut :

Peran	Jumlah	Tugas
Sebagai Pasien	1 Orang	Memerankan sebagai pasien sesuai kasus, Memberikan masukan jika diminta terkait proses pemberian feedback yang berlangsung
Sebagai Residen DLP	1 Orang	Memerankan peran sebagai residen DLP sesuai skenario, melakukan refleksi & memberikan feedback kepada dosen pendidik klinik setelah sesi
Sebagai Observer	1 Orang	Sebagai observer mengamati sesi pemberian feedback berlangsung, Memberikan masukan terkait proses pemberian feedback baik untuk dosen dokdiknis, residen maupun pasien
Sebagai Dosen Pendidik Klinik (Dokdiknis)	1 Orang	Berperan sebagai dokdiknis, memberikan feedback terhadap penampilan residen.
Fasilitator secara keseluruhan mengatur jalannya sesi <i>role play</i> serta memberikan masukan kepada seluruh peran anggota kelompok dengan penekanan pemberian feedback dari Dokdiknis kepada Residen		

Tabel 3. Pembagian peran peserta

- e) Lakukan *role play* sesuai dengan skenario yang ada
- f) Fasilitator memfasilitasi setiap 2 kelompok *role play*
- g) Dalam sesi *role play*, peserta yang berperan sebagai dosen pendidik klinik memberikan feedback terhadap penampilan peserta (*residen DLP*)
- h) Setelah sesi *role play* selesai, Fasilitator memandu *debriefing* dengan refleksi dan umpan balik dengan urutan sbb :
 - 1) Refleksi dari dokter pendidik klinik
 - 2) Feedback dari residen



- 3) Feedback dari pasien
- 4) Feedback dari observer
- 5) Feedback dari fasilitator

Panduan / Contoh pertanyaan **debriefing** :

- 1) Mulailah dengan refleksi diri dari dokdiknis maupun residen terkait :
 - a) Apa yang sudah berjalan dengan baik?
 - b) Masalah apa yang dihadapi?
 - c) Strategi seperti apa yang bisa dilakukan untuk perbaikan?
 - 2) Pertanyaan tambahan untuk dokdiknis:
 - d) Bagaimana perasaan saudara dan Apa kendala dalam memberikan feedback?
 - e) Hal apa yang tersulit dalam menyampaikan feedback?
 - f) Hal apa yang cukup mudah dilakukan dalam menyampaikan feedback?
 - 3) Pertanyaan tambahan untuk residen DLP:
 - g) Bagaimana perasaanmu ketika diberikan feedback?
 - h) Apa reaksi saudara saat diberikan feedback?
4. Pengamat/Observer memberikan feedback terhadap apa yang mereka lihat/observasi terkait :
- i) Apa yang sudah berjalan dengan baik dalam proses pemberian feedback ini
 - j) Masalah apa yang muncul yang dapat kamu amati?
 - k) Strategi atau masukan seperti apa yang dapat diberikan?
- Setelah satu sesi skenario selesai, dilanjutkan dengan skenario yang lain dan para peserta berganti peran yang lainnya!

Diadopsi dan dimodifikasi dari : Contoh workshop feedback dalam Harden & Dent, 2009. A practical guide for medical teacher. 3rd edition. Section 6 : Assessment. Chapter 47. Giving feedback.

Contoh skenario Role play :

Skenario 1.

dr.Bromo sebagai residen DLP melakukan anamnesis pada Tn.Z. dengan Hipertensi grade 2 dan DM tipe 2. Enam bulan terakhir, kontrol diabetes Tn. Z menjadi buruk, setelah ditinggalkan oleh istrinya yang meninggal dunia. dr. Bromo telah melakukan anamnesis dengan baik dan sistematis, dan juga memberikan kesempatan bertanya kepada Tn. Z. Namun selama sesi konsultasi dr.Bromo tampak hanya fokus pada gejala fisik Tn Z saja,tetapi tidak peduli dengan apa yang dirasakan Tn.Z saat ini,apa harapan Tn. Z terkait penyakitnya, apayang



menyebabkan nya sulit tidur,apa yang menyebabkan nya tidak lagi menjaga makanannya, tidak pernah lagi jalan pagi seperti yang biasa dijalankannya dahulu. Sebagai Dokdiknis, bagaimana Anda memberikan *constructive feedback* pada residen DLP anda?

Skenario II

Setelah menegakkan diagnosis, dr. Eliza menyarankan kepada Ny. Irma agar anaknya wirda, 3tahun dengan DHF grade III, segera dirawat di RS. Tetapi Ny. Irma menolak dan menginginkan anaknya bisa berobat jalan dan dirawat dirumah. Ny. Irma membandingkan anak tetangganya yang juga sakit DHF tetapi tidak harus dirawat di RS. dr Eliza sebenarnya agak kesal dengan keadaan ini, dan menunjukkan sikap tidak sabar. Setelah menjelaskan lebih detail tentang penyakit anaknya, dan kemungkinan prognosis bila tidak mendapatkan penanganan yang tepat,akhirnya Ny. Irma menyetujui anaknya dirawat di RS.

Sebagai dokdiknis, bagaimana Anda memberikan *constructive feedback* pada resident DLP anda?

Skenario III

Anda adalah seorang dosen pendidik klinis program residensi DLP di Institusi saudara. Hari ini anda mempunyai jadwal Bedside Teaching untuk salah satu peserta didik residen saudara. Residen ini adalah seorang residen baru, semester pertama dan sudah disiapkan hari ini residen tersebut untuk melakukan pemeriksaan fisik dan penegakan diagnosis terhadap seorang pasien baru di RS saudara dengan kecurigaan kasus TB Paru. Pasien berasal dari keluarga kurang mampu di daerah yang padat. Pasien bekerja sebagai pelayan di sebuah rumah makan dan takut akan kehilangan pekerjaan jika memang di diagnosis TB.

Residen melakukan pemeriksaan fisik lengkap kepada pasien. Dari pengamatan saudara, residen tersebut kurang memperhatikan aspek interaksi dengan pasien. Kurang memperhatikan informed consent, lebih terfokus dan asyik pada pemeriksaan fisik dan interaksi penegakan diagnosis dengan saudara dan kurang memperhatikan kenyamanan pasien. Menurut saudara hal ini perlu diangkat dan disampaikan saat memberikan feedback kepada residen. Selain itu residen juga lebih terfokus pada hal menyangkut klinis dan kurang memperhatikan aspek prinsip-prinsip dokter layanan primer terkait patient-centered, holistic, komprehensif. Menurut saudara hal ini perlu diingatkan lagi dan ditekankan lagi kepada residen tersebut.



Berikan feedback yang konstruktif kepada residen!!

Lembar kerja Refleksi Diri

“Peran Dosen Kedokteran”.

1. **Deskripsi** diri dan peran sebagai dosen kedokteran...

2. **Perasaan dan Pandangan** terkait peran sebagai dosen kedokteran yang selama ini dijalani...

3. **Evaluasi** terkait peran dosen kedokteran yang dijalani

a. Peran dosen kedokteran yang **sudah** berjalan *baik/ideal*



b. Peran dosen kedokteran yang **belum** berjalan *baik/ideal*

4. Tuliskan **Analisis** hasil refleksi saudara terkait peran diatas setelah saudara membaca literatur. (Apa yang perlu dipertahankan, apa yang erlu ditingkatkan atau bahkan yang harus diubah, Apa saja penyebab, kendala/hambatan dalam menjalankan peran dosen kedokteran, bagaimana strategi mengatasi)

5. Tulis **kesimpulan** saudara terkait hal-hal diatas.



6. Tuliskan **harapan dan rencana tindak lanjut** perbaikan peran saudara sebagai dosen kedokteran kedepannya setelah kembali ke institusi!

Catatan :

- Jika kertas kurang, boleh dibuat di kertas sendiri atau mint kepada panitia



VI. Materi Inti - IV

METODE PEMBELAJARAN PENDIDIKAN KLINIK



1. DESKRIPSI SINGKAT

Dalam rangka mempersiapkan penyelenggaraan program pendidikan (prodi) DLP setara spesialis oleh Fakultas Kedokteran berakreditasi tertinggi, dilaksanakan beberapa workshop peningkatan kapasitas dosen dalam mengelola prodi dan mendidik residen DLP. Workshop TOT (*Training Of Trainer*) dokter layanan primer (DLP) bagi dosen home based dan pengelola program studi DLP ini bertujuan untuk mempersiapkan para dosen pengelola prodi (dosen *home-based*) untuk memiliki berbagai kemampuan berupa: mengelola program pendidikan DLP, melatih dalam pelatihan dosen pendidik klinik (Dokdiknis) pendidikan DLP, dan melatih dalam pelatihan pembimbing lapangan pendidikan DLP.

Pembelajaran klinik adalah suatu pengajaran dan pembelajaran berfokus pada, dan biasanya melibatkan secara langsung, pasien dan permasalahannya. Sedangkan yang dimaksud dengan lingkungan klinik meliputi pasien di rumah sakit, pasien rawat jalan serta penderita penyakit di komunitas yang masing-masing memberikan tantangan yang berbeda. Pada masing-masing lingkungan tersebutlah peserta pendidikan memahami apa dan bagaimana menjadi DLP yang sesungguhnya. Kemampuan-kemampuan seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, komunikasi dengan pasien dan profesionalisme yang sesuai dengan konsep DLP hanya bisa berhasil baik bila dilakukan melalui pembelajaran klinik yang berorientasi pencegahan. Selain itu, melalui pembelajaran klinik terbuka pula secara luas kesempatan untuk menerapkan pengetahuan medis berorientasi pencegahan secara mandiri kepada pasien sehingga peserta didik/pelatihan dapat memperoleh pemaknaan yang lebih baik serta lebih termotivasi untuk meningkatkan kemampuannya.

Pada materi inti 4 ini, ruang lingkup materi yang akan dibahas adalah berbagai metode pembelajaran pendidikan klinik meliputi *bedside teaching*, *one minute preceptorship*, *mini CEX*, *multi sources feedback*.

Pendekatan pembelajaran

Program Pendidikan DLP (PP-DLP) merupakan program yang sistematis, yang dilakukan berbasis praktik yang komprehensif melibatkan peserta didik pada seluruh kegiatan pelayanan kesehatan primer dan sekunder di bawah supervisi, dan ikut bertanggung jawab terhadap aktivitas pelayanan kesehatan.



Sesuai dengan konsep belajar siswa aktif, PP-DLP menerapkan pembelajaran berbasis masalah kesehatan yang nyata (termasuk laporan kasus pasien), yang kemudian diikuti dengan telaah kritis bukti-bukti ilmiah terkini dari sumber-sumber belajar yang mencantumkan proses review dengan mitra bebestari, terindeks internasional maupun treakreditasi nasional. Laporan kasus, telaah kritis, dan refleksi, adalah tiga hal utama dalam proses pembelajaran Dokter Layanan Primer.

Belajar mandiri. Ditandai dengan kemampuan menentukan pengetahuan maupun keterampilan mana yang sudah dan belum dikuasai, melalui proses belajar siklus *experiential*, kemudian diikuti dengan kemampuan menentukan tujuan belajar bersama sejawat lain, selanjutnya melakukan penelurusan bukti-bukti ilmiah terkini di bidang layanan primer, melakukan telaah kritis dengan panduan-panduan telaah kritis yang valid, serta kemampuan belajar dan bekerjasama dalam kelompok yang ditandai dengan kooperasi dan kolaborasi belajar dengan penuh tanggung jawab individu, demi tercapainya tujuan belajar bersama.

Program pendidikan mencakup integrasi antara teori dan praktik. Tema-tema maupun topik-topik di dalam Standar Kompetensi DLP (SKDLP) dilaksanakan secara terpisah maupun terintegrasi untuk selanjutnya proses pembelajaran sesuai dengan proses pembelajaran residensi yang berbasis pelayanan pasien. Dalam hal ini, pelayanan pasien, keluarga dan komunitas, sesuai prinsip-prinsip DLP.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN

2.1 Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi, peserta mampu menggunakan berbagai metode pembelajaran pendidikan klinik meliputi *bedsite teaching*, *one minute preceptorship*, *mini CEX*, *multi sources feedback*.

2.2 Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu:

1. Menjelaskan kolaborasi pelayanan kesehatan primer dan sekunder/ tersier dalam pengelolaan pasien
2. Menggunakan metode *bedsite teaching*



3. Menggunakan metode one minute preceptorship
4. Menggunakan metode Mini CEX
5. Menggunakan metode Multi Sources Feedback

3. POKOK BAHASAN DAN SUBPOKOK BAHASAN

Dalam rangka pencapaian tujuan pembelajaran khusus maka disusunlah Pokok bahasan dan Sub pokok bahasan sebagai berikut:

Pokok bahasan 1 : Kolaboratif Pelayanan Primer, Sekunder, dan Tersier

Pokok bahasan 2 : Metode pembelajaran pendidikan klinik

- a) *Bedsite teaching*
- b) *One minute preceptorship*
- c) *Mini Cex*
- d) *Multi Sources Feedback*

4. BAHAN AJAR

- Buku Standar Pendidikan prodi DLP
- Buku Standar Wahana Pendidikan prodi DLP dan borang
- Kurikulum dan Modul Pendidikan prodi DLP masa transisi.
- Kurikulum dan Modul Pendidikan prodi DLP program reguler
- Bahan bacaan (*hand out*)

5. LANGKAH PEMBELAJARAN

Langkah-langkah kegiatan pembelajaran ini menguraikan tentang kegiatan fasilitator dan peserta dalam proses pembelajaran selama sesi ini berlangsung selama 6 jam pelajaran (T: 2, P: 4, PL: 0) sebagai berikut:

Langkah 1 : Pengkondisian (5 menit)

Langkah pembelajaran:

1. Sapaah peserta dengan ramah dan bersahabat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan lainnya yang dianggap perlu.
2. Ciptakan suasana yang nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.



3. Sampaikan judul materi yang akan disampaikan, deskripsi singkat, tujuan pembelajaran serta ruang lingkup pokok bahasan yang akan dibahas pada sesi ini.

Langkah 2 : Penugasan Individu dan kelompok (50 menit)

Langkah Pembelajaran:

1. Mintalah peserta untuk membaca bahan bacaan tentang kolaboratif pelayanan primer, sekunder, dan tersier yang telah disediakan.
2. Mintalah peserta untuk menuliskan: konsep-konsep kolaborasi antara pelayanan primer, sekunder, dan tersier yang baik menurut peserta sendiri
 - a. Bagaimana pendapat peserta tentang kolaborasi antara pelayanan primer, sekunder, dan tersier yang terjadi dalam era JKN saat ini.
 - b. Kumpulkan apa yang telah ditulis oleh masing-masing peserta tersebut
3. Fasilitasi agar peserta berdiskusi dalam 5 kelompok kecil mengenai jawaban terhadap tugas yang telah dikerjakan sebelumnya secara individu, dan menuliskan hasil diskusi mereka pada flip-chart atau media lainnya yang tersedia. Hasil diskusi ini akan dipresentasikan. Selama diskusi kelompok kecil, fasilitator mengamati proses jalannya diskusi dan memberikan penilaian terhadap setiap anggota kelompok mengenai keterlibatan mereka dalam menghasilkan jawaban kelompok dan menyiapkan media presentasi kelompok. Penilaian fasilitator terhadap mahasiswa dilakukan berdasarkan rubrik penilaian diskusi kelompok kecil yang akan dipersiapkan pada setiap ruang diskusi.
4. Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok menyajikan hasil diskusinya. Waktu: penyajian setiap kelompok 5 menit. Kelompok lainnya diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok.
5. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat.

Langkah 3 : Penyampaian dan pembahasan tentang kolaborasi antara pelayanan primer, sekunder, dan tersier (10 Menit)

Langkah Pembelajaran

1. Fasilitator menyampaikan paparan materi tentang kolaborasi antara pelayanan primer, sekunder, dan tersier dengan menggunakan bahan tayang.



2. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan tanggapan, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai.

Langkah 4 : Penugasan individu dan kelompok (45 menit)

Langkah Pembelajaran:

1. Mintalah peserta untuk membaca bahan bacaan tentang pembelajaran klinik yang telah disediakan.
2. Mintalah peserta untuk menuliskan:
 - a. Apa yang dimaksud dengan lingkungan klinik
 - b. Apa yang dimaksud dengan pembelajaran klinik.
 - c. Mengapa dalam Program Pendidikan DLP perlu adanya pembelajaran klinik
 - d. Apa hambatan utama yang dihadapi dalam melakukan pembelajaran klinik
3. Kumpulkan apa yang telah ditulis oleh masing-masing peserta tersebut
4. Fasilitasi agar peserta berdiskusi dalam 5 kelompok kecil mengenai jawaban terhadap tugas yang telah dikerjakan sebelumnya secara individu, dan menuliskan hasil diskusi mereka pada flip-chart atau media lainnya yang tersedia. Hasil diskusi ini akan dipresentasikan. Selama diskusi kelompok kecil, fasilitator mengamati proses jalannya diskusi dan memberikan penilaian terhadap setiap anggota kelompok mengenai keterlibatan mereka dalam menghasilkan jawaban kelompok dan menyiapkan media presentasi kelompok. Penilaian fasilitator terhadap mahasiswa dilakukan berdasarkan rubrik penilaian diskusi kelompok kecil yang akan dipersiapkan pada setiap ruang diskusi.
5. Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok menyajikan hasil diskusinya. Waktu: penyajian setiap kelompok 5 menit. Kelompok lainnya diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok.
6. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat.

Langkah 5 : Penyampaian dan pembahasan tentang pembelajaran Klinik (15 Menit)

Langkah Pembelajaran

1. Fasilitator menyampaikan paparan materi tentang kolaborasi antara pelayanan primer, sekunder, dan tersier dengan menggunakan bahan tayang.



2. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan tanggapan, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai.

Langkah 6: Tugas kelompok (60 menit)

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator membagi peserta menjadi 4 kelompok. Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok berdiskusi tentang satu metode pembelajaran pendidikan klinik, yaitu:
 - a. Kelompok I: tentang metode pembelajaran pendidikan klinik *Bedsite teaching*, serta keunggulan dan kesulitannya
 - b. Kelompok II: tentang metode pembelajaran pendidikan klinik *One minute preceptorship*, serta keunggulan dan kesulitannya
 - c. Kelompok III: tentang metode pembelajaran pendidikan klinik *Mini CEX*, serta keunggulan dan kesulitannya
 - d. Kelompok IV: tentang metode pembelajaran pendidikan klinik *Multi sources feedback*, serta keunggulan dan kesulitannya
 - e. Waktu berdiskusi adalah 10 menit, dan hasil diskusi setiap kelompok ditulis di kertas plan/flipchart.
2. Fasilitator menugaskan agar setiap kelompok menyajikan hasil diskusinya. Waktu: penyajian setiap kelompok 10 menit. Kelompok lainnya diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok.
3. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat.

Langkah 7 : Penyampaian dan pembahasan pokok bahasan tentang metode pembelajaran pendidikan klinik (50 menit)

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator menyampaikan penjelasan tentang metode pembelajaran pendidikan klinik meliputi *bedsite teaching*, *one minute preceptorship*, *mini CEX* dan *multi sources feedback* dengan menggunakan bahan tayang.. Selanjutnya, fasilitator meminta kepada peserta untuk menyampaikan pengalaman mereka, bila ada, tentang masing-masing metode tersebut.
2. Fasilitator memberikan tanggapan terhadap pengalaman yang disampaikan oleh peserta tersebut.
3. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai.

Langkah 8 : Penugasan individu (25 menit)



Langkah Pembelajaran:

1. Mintalah peserta untuk mempelajari daftar isian/formulir Mini CEX, lalu memberi tanggapan tertulistentang:
 - a. Kejelasan perintahnya
 - b. Kemudahan atau kesulitan memahami indikatornya
 - c. Waktu untuk pengisiannya
 - d. Manfaatnya
 - e. Hal lainnya yang dianggap penting oleh peserta
2. Kumpulkan apa yang telah ditulis oleh masing-masing peserta tersebut
3. Mintalah satu atau 2 orang peserta untuk menjelaskan pendapatnya mengenai formulir tersebut. Beri kesempatan peserta lain untuk menanggapi.
4. Fasilitator merangkum diskusi tersebut dan memberikan penjelasan seperlunya.

Langkah 9 : Penyampaian rangkuman tentang metode pembelajaran pendidikan klinik (10 menit).

Langkah pembelajaran:

1. Fasilitator mengajak peserta untuk mengungkapkan kembali serta merangkum materi yang telah dibahas pada sesi ini, mengacu pada tujuan pembelajaran.
2. Fasilitator menyampaikan beberapa hal penting tentang tugas dan tanggung jawab pelatih dalam menjaga meningkatkan dan menjaga mutu pendidikan DLP di Indonesia.
3. Fasilitator menutup proses pembelajaran pada sesi ini, dengan mengucapkan terima kasih serta memberikan apresiasi kepada semua peserta yang telah berpartisipasi aktif sehingga tujuan pembelajaran pada sesi ini dapat tercapai.

6. URAIAN

I. Kolaboratif Pelayanan Primer, Sekunder, Dan Tersier

Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu: a). Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer), b). Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder); dan c). Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier). Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialis yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialis. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialis yang dilakukan oleh dokter sub spesialis



atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialistik.

Sistem jaminan kesehatan nasional membutuhkan sistem pelayanan kesehatan nasional yang berorientasi pada pelayanan primer. Dalam sistem ini dokter generalis ditempatkan di lini terdepan (strata primer) untuk menyelesaikan sebagian besar masalah kesehatan di masyarakat atau sebagai *gatekeeper*, sedangkan dokter spesialis ditempatkan di strata sekunder/tersier untuk mengatasi masalah yang tidak bisa diselesaikan oleh dokter generalis. Sebagai konsekuensi dari kebijakan tersebut maka dalam menjalankan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan kolaborasi yang tertuang dalam bentuk sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan. Kolaborasi dalam sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu:

- a) Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
- b) Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
- c) Pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer.
- d) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila:

1. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau subspeialistik;
2. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/ atau ketenagaan.

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila:

1. Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya;



2. Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut;
3. Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang; dan/atau
4. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan organisasi profesi bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat pertama. Kepala Dinas Kesehatan provinsi dan organisasi profesi bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat kedua. Menteri bertanggung jawab atas pembinaan dan pengawasan rujukan pada pelayanan kesehatan tingkat ketiga.

Pelaksanaan Proses Pembelajaran klinik

Pembelajaran klinik kebanyakan dilakukan secara langsung pada saat melakukan pemeriksaan dan perawatan terhadap pasien, yaitu saat dimana diskusi dan pengambilan keputusan klinik dilakukan oleh dokter yang bertanggungjawab terhadap pasien tersebut. Namun tidak jarang pula pembelajaran dipusatkan pada menganalisis dan mendiskusikan penanganan pasien yang telah dilakukan oleh peserta didik. Hal ini terutama terjadi pada *postgraduate medical education (PGME) students*. Proses pembelajaran klinik tersebut dapat terjadi pada kondisi pelayanan pasien yang bersifat pelayanan rutin dengan menggunakan pasien-pasien yang kebetulan ada saat itu, namun dapat pula bersifat lebih terstruktur dengan menggunakan pasien tertentu yang secara khusus telah disiapkan untuk tujuan pembelajaran tertentu.

Kata “*Doctor*” berasal dari bahasa latin *docere* yang berarti “mengajar”. Dengan demikian pendidik klinik mempunyai fungsi ganda untuk memberikan perawatan kepada pasien dan untuk mengajarkan ilmu, keterampilan dan pengalamannya. Walaupun semua dokter biasanya selalu siap untuk menjalankan fungsinya memberikan perawatan medis, namun hanya sedikit yang benar-benar terlatih untuk menjalankan perannya sebagai pengajar/ pendidik klinik. Para pendidik klinik biasanya akan melaksanakan perannya dengan serius dan bersemangat, namun banyak yang tidak mempunyai pengetahuan



dan kemampuan yang cukup tentang prinsip-prinsip pendidikan klinik dan strategi-strategi pengajaran sehingga berkemungkinan besar tidak cukup siap untuk melaksanakan peran profesionalnya sebagai pendidik klinik dengan baik.

Masalah yang dihadapi pada pembelajaran klinik

John Spencer telah menyampaikan daftar permasalahan dalam pelaksanaan pengajaran dan pembelajaran klinik yang dipublikasikan pada *the British Medical Journal's ABC of learning and teaching in medicine series*. Diantara permasalahan tersebut meliputi:

- Tujuan dan hasil yang diharapkan tidak jelas
- Menetapkan pengajaran pada tingkat yang tidak tepat
- Fokus pada hafalan/ingatan bukan pada kemampuan pemecahan masalah
- Kurangnya partisipasi aktif dari peserta didik
- Kurangnya observasi langsung terhadap peserta didik dan kurangnya umpanbalik (*feedback*)
- Kurangnya waktu untuk refleksi dan diskusi
- Kurangnya keterpaduan/keterkaitan antara tiap sesi pembelajaran dengan keseluruhan kurikulum pembelajaran.

II. METODE PEMBELAJARAN PENDIDIKAN KLINIK

A. Bedside teaching

Karena praktek klinik melibatkan diagnosis dan pengelolaan masalah pada pasien, mengajar kedokteran klinik harus dilakukan pada pasien nyata dengan masalah nyata. Ada banyak keterampilan yang tidak dapat diajarkan di kelas, terutama aspek humanistik kedokteran dan membutuhkan kehadiran seorang pasien, nyata atau simulasi.

Dua belas tips praktis telah dijelaskan untuk membantu kemudahan guru dalam mengajar *bed side teaching* yang efektif;

1. Persiapan: pendidik klinik perlu untuk membiasakan diri dengan kurikulum klinik, mencoba untuk menetapkan tingkat pelajaran yang berbeda dan meningkatkan keterampilan klinik mereka sendiri.
2. Perencanaan: Ende (1997) menunjukkan bahwa semua pendidik klinik harus bertanya pada diri sendiri pertanyaan-pertanyaan berikut sebelum pertemuan mengajar dan mencoba untuk menjawab:
 - a. Apa yang Anda capai?
 - b. Apa pandangan Anda?



- c. Bagaimana peserta didik terlibat?
 - d. Bagaimana Anda akan memenuhi kebutuhan setiap peserta didik?
 - e. Bagaimana putaran diatur?
 - f. Apakah putaran Anda sukses?
 - g. Bagaimana Anda akan mengalokasikan waktu?
3. Orientasi: pendidik klinik harus mendapatkan tujuan peserta didik, menetapkan peran untuk masing-masing anggota tim, mencoba untuk melibatkan semua orang dan menetapkan aturan dasar tim.
 4. Pendahuluan: Tim dokter perlu diperkenalkan pada pasien dan pasien harus berorientasi tentang sifat *bed side teaching*; misalnya pasien perlu untuk diberitahu bahwa pertemuan itu terutama ditujukan untuk pengajaran dan bahwa diskusi teoritis tertentu mungkin tidak berlaku untuk penyakit mereka.
 5. Interaksi: Para pendidik klinik harus berfungsi sebagai *role models* selama interaksi dokter-pasien dan mengajarkan profesionalisme. Selain itu, pendidik klinik bekerja sebagai tim dan mempromosikan interaksi tim termasuk interaksi profesional dengan staf keperawatan dan staf tambahan lainnya.
 6. Observasi: pendidik klinik tidak perlu mendominasi *bed side teaching*. Mengamati interaksi peserta dengan pasien di samping tempat tidur bisa sangat mencerahkan dan pengamatan ini dapat digunakan untuk merencanakan pengajaran di masa depan.
 7. Instruksi: pendidik klinik harus menghindari pertanyaan mustahil dan jenis pertanyaan 'baca pikiran saya'. Mengakui kekurangan pengetahuan sendiri akan memungkinkan peserta didik untuk berani mengakui keterbatasan mereka dan berani mengajukan pertanyaan. Pendidik dapat memerankan sebagai *role model* dengan menunjukkan kesiapan untuk belajar dari peserta didik mereka sendiri.
 8. Simpulkan: Peserta didik akan memperoleh manfaat jika guru meringkas apa yang diajarkan selama pertemuan itu. Pasien juga perlu ringkasan diskusi, apa berlaku dan apa yang tidak berlaku untuk penyakit mereka dan tatalaksananya.
 9. Tanya Jawab: Waktu yang diperlukan untuk peserta didik untuk mengajukan pertanyaan dan pendidik melakukan klarifikasi dan menetapkan apa yang selanjutnya perlu dibaca/dipelajari.
 10. Umpan balik/Tanggapan: pendidik klinik dapat mengetahui dari peserta didik apa yang telah berjalan dengan baik dan apa yang tidak dan memberikan umpan balik yang positif dan konstruktif untuk peserta didik.



11. Refleksi: Refleksi tentang pertemuan *bed side teaching* ditambah dengan tanggapan peserta didik dapat membantu pendidik klinik merencanakan pertemuan berikutnya.
12. Persiapan untuk pertemuan berikutnya harus dimulai dengan pemahaman yang didapatkan selama fase refleksi.

B. One minute preceptorship

Langkah-langkah berikut ini dapat digunakan untuk mengatur secara efektif suatu sesi pertemuan pembelajaran klinik pendek yang berlangsung lima menit atau kurang yang dapat dilakukan secara rutin setiap hari setiap kali melakukan kunjungan pasien. Model microskills yang satu ini menggunakan pendekatan lima langkah. Teknik ini sangat cocok untuk pendidikan klinik PGME, dan bila dilakukan pada level *undergraduate/ Basic medical education (BME)* maka waktu yang dibutuhkan harus lebih panjang.

- *Langkah 1.* Mendapatkan komitmen: pendidik klinik mendorong peserta didik untuk mengemukakan pendapat mereka tentang diagnosis banding pasien dan bagaimana manajemennya, bukan menyampaikan kesimpulan dan rencananya sendiri. pendidik klinik harus mampu membuat suasana belajar yang aman dan nyaman bagi peserta didik sehingga mereka berani mengemukakan pendapat mereka, walaupun pendapat mereka itu salah.
- *Langkah 2.* Menggali lebih dalam (*probing*) alasan-alasan yang mendukung pendapat mereka: pendidik klinik harus mampu mendorong peserta didik untuk 'berpikir keras' dan mengemukakan alasan-alasan mereka terkait dengan diagnosis, pengobatan, atau aspek-aspek lain dari masalah pasien tersebut.
- *Langkah 3.* Mengajarkan prinsip-prinsip umum: pendidik klinik dapat membimbing peserta didik untuk memahami bagaimana belajar dari satu pasien bisa diterapkan pada pasien-pasien yang lain. Jika jawaban peserta didik telah sangat baik dan pendidik klinik merasa tidak ada lagi pengetahuan yang perlu ditambahkan, maka proses microskill ini dapat diakhiri.
- *Langkah 4.* Memperkuat keyakinan peserta didik terhadap apa yang telah mereka lakukan dengan baik: Sangat bermanfaat untuk menerapkan langkah ini setiap kali trainee telah menangani pasien dengan baik. Penyampaian harus bersifat spesifik, berbasis perilaku dan tidak mengambang. Kemampuan pendidik klinik dalam memberikan umpan balik yang positif akan membangun rasa kepercayaan diri peserta didik.
- *Langkah 5.* Mengoreksi kesalahan: umpan balik negatif atau konstruktif sering dihindari oleh pendidik klinik, tapi hal ini



penting dilakukan untuk memastikan penanganan pasien secara baik. Mendorong *self-assessment* adalah cara yang baik agar peserta didik menyadari kesalahan mereka dan jika mereka telah dapat mengidentifikasi kesalahan mereka, diberikan umpan balik positif pada kemampuan refleksi diri mereka tersebut. Jika pendidik klinik harus menunjukkan kesalahan, penyampaiannya harus spesifik, tepat waktu dan didasarkan sepenuhnya berdasarkan perilaku.

C. Mini-CEX

Mini-CEX (*Clinical Evaluation Exercise*) merupakan suatu penilaian (*assessment*) pada observasi terhadap satu pertemuan dengan /penilaian klinik terhadap pasien. Pendidik klinik yang bertindak sebagai asesor mini CEX harus sudah terlatih mengenai tehnik/metode asesmen dan pemberian umpan balik. Asesor tersebut harus mampu melakukan observasi yang menyeluruh dan detail terhadap perilaku peserta didik yang melakukan pemeriksaan dan pelayanan terhadap pasien. Frekuensi pelaksanaan Mini CEX disesuaikan dengan tuntutan dari kurikulum.

Satu sesi mini CEX biasanya membutuhkan waktu observasi oleh Pendidik klinik selama lebih kurang 20 menit, dan waktu untuk memberikan umpan balik selama lebih kurang 5 menit. Namun tidak tertutup kemungkinan untuk berlangsung lebih lama bila memang dibutuhkan dan dimungkinkan.

Kemampuan/keterampilan yang dinilai dalam Mini CEX

Pada Mini CEX terdapat 7 area penilaian yang berupa peringkat, dan juga ruang penilaian untuk menguraikan kemampuan peserta didik yang patut diapresiasi, saran dari asesor mengenai hal-hal/kemampuan yang perlu ditingkatkan/dikembangkan oleh peserta didik, dan rencana yang akan dilakukan/dipelajari lebih lanjut.

Tabel 4. Area pertanyaan dan indikator positif pada Mini CEX

Area Pertanyaan	Indikator positif
Anamnesis	Memfasilitasi pasien untuk menyampaikan masalahnya; menggunakan pertanyaan yang tepat secara efektif untuk memperoleh informasi yang akurat dan cukup; memberikan respon yang tepat terhadap petunjuk-petunjuk verbal dan non-verbal yang ditampilkan pasien
Pemeriksaan fisik	Mengikuti alur yang efisien dan logis; pemeriksaan yang dilakukan sesuai dengan masalah klinik yang ada; memberi penjelasan kepada pasien; sensitif



	terhadap kenyamanan pasien dan kesopanan. Mengeksplorasi sudut pandang pasien; menggunakan bahasa yang dimengerti umum (bukan jargon); terbuka dan jujur; menunjukkan empati; meminta kesepakatan pasien terhadap rencana penanganan dan pengobatan.
Penilaian kritis	Menegakkan diagnosis yang benar dan merumuskan rencana penanganan yang tepat; secara selektif meminta/melaksanakan pemeriksaan diagnostik penunjang yang tepat; mempertimbangkan keuntungan dan semua resiko.
Profesionalisme	Memperlihatkan rasa hormat, belas kasih, empati, membangun saling percaya, menghadirkan rasa nyaman pada pasien, menghargai kerahasiaan, beretika, menyadari aspek-aspek legal, menyadari keterbatasan diri
Pengorganisasian dan Efisiensi	Mampu membuat skala prioritas, tepat waktu dan tidak bertele-tele, mampu menyimpulkan
Keseluruhan pengelolaan klinis	Penilaian global berdasarkan semua area pertanyaan di atas.

Bagaimana saya dapat mengisi formulir penilaian Mini CEX?

- **Pelatihan:** Anda harus memastikan bahwa anda telah dilatih untuk melakukan penilaian menggunakan Mini CEX dan memberikan umpan balik.
- **Pembelajaran klinik:** pilih lingkungan dan situasi yang benar-benar menunjang pembelajaran klinik. Bila tidak dapat memperoleh yang ideal maka pilih yang paling mendekati ideal dan jelaskan kondisinya.
- **Kategori permasalahan klinik:** kategori ini didasarkan pada area permasalahan klinik yang terkandung dalam kurikulum.
- **Pasien baru atau follow-up:** tentukan apakah pasien yang akan digunakan pada Mini CEX merupakan pasien baru atau pasien follow-up.
- **Fokus masalah klinik yang ditemukan:** pilihlah fokus masalah yang paling tepat untuk disoroti. Bila terkait dengan penegakan diagnosis maka penilaian harus juga meliputi keterampilan peserta didik dalam melakukan pemeriksaan fisik dan kemampuan mereka dalam membuat diagnosis sementara/banding.
- **Kompleksitas kasus:** buatlah skor tingkat kesulitan kasus yang dihadapi sesuai dengan level peserta didik yang sedang dinilai.



- **Peringkat pada masing-masing area penilaian:** fahami penjelasan/maksud dari masing-masing peringkat tersebut, disesuaikan dengan level peserta didik yang sedang dinilai.
- **Penilaian dalam bentuk uraian (*free-text*):** uraikan hal-hal yang telah dilakukan dengan baik, saran untuk pengembangan diri peserta didik dan kesempatan yang telah dibuat bersama peserta didik untuk merencanakan tindak lanjut yang akan dilakukan peserta didik tersebut.
- **Mengaitkan hasil penilaian dengan rencana pengembangan peserta didik:** sesuai dengan capaian pembelajaran yang tertuang dalam kurikulum Dokter Layanan Primer
- **Waktu yang digunakan:** dalam rangka pengembangan proses pendidikan Dokter Layanan Primer secara keseluruhan sangat bermanfaat bila asesor selalu mencatat waktu yang digunakan untuk menyelesaikan sesi Mini CEX untuk masing-masing kasus yang dihadapi oleh peserta didik.
- **Keterangan mengenai asesor:** Informasi penting terkait asesor harus diisikan pada lembar/formulir penilaian Mini CEX, untuk memastikan bahwa asesor tersebut memang tepat /layak untuk menjadi penilai dan tidak akan merugikan peserta didik. Data ini sangat diperlukan oleh reviewer dan pengelola program pendidikan untuk memastikan asesor yang dipilih sudah tepat atau ada yang perlu diganti atau di *up-grade*.

D. Multi Sources Feedback

Dalam lingkungan pembelajaran klinik sangat penting untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik karena tanpa umpan balik maka kemampuan mereka tidak bisa diperkuat/ditingkatkan dan juga kesalahan mereka tidak bisa dikoreksi. Ini langkah yang sangat penting dalam pencapaian suatu keterampilan klinik, namun pendidik klinik menghindari memberikan umpan balik secara berlebihan atau umpan balik yang kurang berkualitas sehingga tidak memberikan pencerahan kepada peserta didik tentang kekuatan dan kelemahan mereka.

Kelalaian memberikan umpan balik dapat mengakibatkan konsekuensi yang merugikan dimana kesalahan-kesalahan tersebut dapat terjadi berlarut-larut terutama yang berkaitan dengan penanganan pasien. Untuk dapat memberikan umpan balik yang efektif, pendidik klinik harus mengamati peserta didik mereka selama mereka berinteraksi dengan pasien dan tidak mendasarkan kata-kata atau penyampaian mereka. Umpan balik dapat formal atau informal, singkat dan seketika,



atau panjang dan dijadwalkan. Dapat bersifat formatif selama rotasi klinik atau sumatif pada akhir rotasi.

Mengapa umpan balik diperlukan?

Umpan balik penting bagi peserta didik agar mendapatkan wawasan secara mendalam tentang apa yang telah mereka lakukan dengan baik atau buruk dan konsekuensi dari tindakan mereka. Jika tujuan pembelajaran telah diberikan menjelang pertemuan mengajar atau selama proses belajar mengajar, maka umpan balik penting dilakukan untuk apakah tujuan pembelajaran telah tercapai, atau untuk menetapkan tujuan pembelajaran baru dan membuat rencana tindakan untuk mencapai tujuan pembelajaran baru tersebut. Hal ini memberitahu peserta didik sampai dimana pencapaian mereka dibandingkan dengan yang seharusnya mereka capai dan apa yang harus mereka lakukan untuk melengkapi pencapaian mereka. Umpan balik, ketika dilakukan dengan baik, dapat juga meningkatkan kemampuan refleksi diri dan *self-assessment* peserta didik yang berguna untuk kegiatan pembelajaran sepanjang hayat mereka.

7. REFERENSI

1. Berendsen A, Benneker W, Meyboom-de Jong B, Klazinga N, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:4.
2. Berendsen A, Kuiken A, Benneker W, Meyboom-de Jong B, Voorn T, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Services Research.* 2009;9(1):143.
3. Berendsen A, de Jong G, Meyboom-de Jong B, Dekker J, Schuling J. Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:62.
4. BPJS Kesehatan. Panduan praktis, Sistem rujukan berjenjang, 2014
5. Farquhar M, Barclay S, Earl H, Grande G, Emery J, Crawford R. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005;14:359 - 66.
6. Thind A, Freeman T, Thorpe C, Burt A, Stewart M. Family Physicians' Satisfaction with Current Practice: What Is the Role of Their Interactions with Specialists? *Healthc Policy.* 2009;4(3):e145-e58.



7. Teaching in the clinical environment, AMEE Guide no. 34:
<http://www.bumc.bu.edu/facdev-medicine/files/2010/06/AMEE-guide-paper.pdf>
8. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods; Medical Teacher 2001, 23, 6, pp 610-612

8. PANDUAN PENUGASAN

Lembar isian/Formulir Mini CEX

Terlampir di PDF



VII. Materi Inti - V

PEMBIMBINGAN RESIDEN DI WAHANA PENDIDIKAN



1. DESKRIPSI SINGKAT

Untuk mendidik Dokter Layanan Primer diperlukan wahana pendidikan sebagai tempat pembelajaran. Fasilitas kesehatan yang menjalankan fungsi sebagai wahana pendidikan tentunya harus dapat menjadi tempat pembelajaran yang efektif dan efisien untuk pencapaian kompetensi peserta didik, pendidikan, penelitian, pengabdian masyarakat, penerapan, pengamalan, pembudayaan dan pengembangan ilmu pengetahuan teknologi kedokteran, guna memajukan kesejahteraan umum, meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mencerdaskan kehidupan bangsa, tanpa melupakan fungsinya sebagai tempat pelayanan.

Wahana pendidikan adalah fasilitas pelayanan kesehatan selain Rumah Sakit Pendidikan yang digunakan sebagai tempat penyelenggaraan Pendidikan DLP. Wahana pendidikan terdiri atas pusat kesehatan masyarakat, Klinik Pratama, Klinik Utama, laboratorium, dan fasilitas lain yang digunakan untuk pendidikan DLP.

Pembimbingan residen di wahana pendidikan merupakan komponen utama sebagai penentu keberhasilan proses pendidikan DLP. Proses resedensi di Wahana Pendidikan harus dapat memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi residen untuk mendapatkan pengetahuan dan pengalaman sesuai dengan kompetensi yang diharapkan.

Pendidikan di wahana pendidikan berfokus pada, dan melibatkan secara langsung, pasien dan permasalahannya, yang meliputi pasien rawat jalan, rawat inap, serta penderita penyakit di komunitas, yang masing-masing memberikan tantangan yang berbeda. Pada masing-masing lingkungan pembelajaran tersebutlah peserta pendidikan memahami apa dan bagaimana menjadi DLP yang sesungguhnya. Kemampuan-kemampuan seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, keterampilan klinik, komunikasi dengan pasien dan profesionalisme yang sesuai dengan konsep DLP hanya bisa berhasil baik bila dilakukan melalui pembimbingan yang terstruktur, terukur dan didukung oleh umpan balik yang konstruktif, serta role model yang positif. Oleh karena itu strategi pembimbingan residen dan keterampilan dan profesionalisme pembimbing lapangan DLP sangat dibutuhkan untuk dapat memfasilitasi peserta didik mencapai capaian pembelajaran yang diharapkan.

Untuk dapat menjalankan fungsinya tersebut, wahana pendidikan mempunyai beberapa tugas antarlain menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan profesi dan standar prosedur



operasional dengan mengutamakan keselamatan pasien/klien, menyediakan calon preceptor yang melakukan bimbingan dan pengawasan terhadap mahasiswa pendidikan DLP dalam memberikan bimbingan sesuai dengan standar yang telah ditentukan dalam program pendidikan DLP, dan memfasilitasi ketersediaan pasien dengan variasi kasus dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan pendidikan DLP.

Berdasarkan pertimbangan tersebut, diperlukan strategi pembimbingan klinik yang efektif di wahana pendidikan sehingga dapat memberikan dampak positif baik bagi peserta didik, pasien, dan tenaga kesehatan lainnya di wahana. Pada materi inti 5 ini, ruang lingkup materi yang akan dibahas adalah konsep penyusunan strategi pembelajaran dan pembimbingan yang efektif di wahana pendidikan. dasar pemberdayaan masyarakat, menyusun perencanaan upaya pemberdayaan masyarakat serta pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan di puskesmas.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN

2.1 Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi, peserta mampu melakukan pembimbingan residen DLP di Wahana Pendidikan.

2.2 Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu:

1. Menjelaskan konsep pembimbingan residen DLP (preceptorship) di wahana pendidikan
2. Melakukan pembimbingan residen di wahana **pendidikan DLP dengan metode *Entrustable Professional Activities (EPAs)***

3. POKOK BAHASAN DAN SUBPOKOK BAHASAN

Dalam rangka pencapaian tujuan pembelajaran khusus maka disusunlah Pokok bahasan dan Sub pokok bahasan sebagai berikut:

Pokok bahasan pertama: Konsep pembimbingan residen DLP di wahana pendidikan: Praktek Pembimbingan Klinik yang Efektif



Pokok bahasan kedua: Teknik pembimbingan *Entrustable Professional Activities (EPAs)*

4. BAHAN AJAR

- Modul pelatihan (Bagian langkah pembelajaran)
- Powerpoint presentasi narasumber
- Artikel lampiran tentang pembimbingan klinik yang efektif dan Entrustable Professional Activities (EPAs)
- *Textbook* dan e-book pendidikan kedokteran
- Panduan Refleksi dan Lembar Kerja refleksi
- Panduan *Role Play* dan skenario *Role Play*
- Laptop dan Koneksi internet

5. LANGKAH PEMBELAJARAN

Langkah-langkah kegiatan pembelajaran ini menguraikan tentang kegiatan fasilitator dan peserta dalam proses pembelajaran selama sesi ini berlangsung selama 6 jam pelajaran (T:2, P:4, PL:0) sebagai berikut:

A. Materi Konsep Pembimbingan Residen di Wahana Pendidikan; Praktek Pembimbingan Klinik yang Efektif, 2 jpl.

1. Langkah 1 : Pengkondisian (5 menit)

Langkah pembelajaran:

- a. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan judul materi yang akan disampaikan.
- b. Menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.



- c. Dilanjutkan dengan penyampaian judul materi, deskripsi singkat, tujuan pembelajaran serta ruang lingkup pokok bahasan yang akan dibahas pada sesi ini.

2. Langkah 2 :

Diskusi tentang konsep pembimbingan residen di wahana pendidikan (Praktek Pembimbingan Klinik yang Efektif) (85 menit).

- a. Fasilitator membagi peserta menjadi 6 kelompok. Fasilitator menugaskan agar setiap peserta membaca dan mempelajari AMEE Guide No. 27 tentang “*Effective Educational and Clinical Supervision*”, kemudian dilanjutkan dengan berdiskusi tentang praktek pembimbingan klinik yang efektif dan tidak efektif. Pembagian tugas sebagai berikut:
 1. Kelompok I, II, dan III: berdiskusi tentang konsep dan implementasi pembimbingan klinik yang efektif, beserta contoh.
 2. Kelompok IV, V, dan VI: berdiskusi tentang praktek pembimbingan klinik yang tidak efektif, beserta contohWaktu berdiskusi adalah 30 menit, dan hasil diskusi setiap kelompok ditulis di kertas plan/flipchart.
- b. Fasilitator memilih kelompok yang akan menyajikan hasil diskusi dari masing-masing topik. Kelompok yang terpilih menyajikan hasil diskusinya. Waktu penyajian setiap kelompok 10 menit (total 20 menit). Kelompok lainnya diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok.
- c. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat, selanjutnya menyampaikan paparan materi tentang konsep-konsep pembimbingan residen di wahana pendidikan. Waktu yang dibutuhkan 25 menit.
- d. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai (10 Menit).

B. Materi Teknik Pembimbingan Klinik *Entrustable Professional Activities (EPAs)*, 4 jpl (180 menit)

1. Langkah 1. Pengkondisian (5 menit)



Langkah pembelajaran:

- a. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja dan judul materi yang akan disampaikan.
- b. Menciptakan suasana nyaman dan mendorong kesiapan peserta untuk menerima materi dengan menyepakati proses pembelajaran.
- c. Dilanjutkan dengan penyampaian judul materi, deskripsi singkat, tujuan pembelajaran serta ruang lingkup pokok bahasan yang akan dibahas pada sesi ini.

2. Langkah 2.

Diskusi Tentang Teknik Pembimbingan Klinik *Entrustable Professional Activities (EPAs)* (110 menit)

Langkah pembelajaran:

- a. Fasilitator menugaskan agar setiap peserta membaca dan mempelajari artikel “Competency-Based Education, Entrustable Professional Activities, and the Power of Language” oleh Olle Ten Cate, kemudian dilanjutkan dengan menjawab pertanyaan pada lembar tugas individu, yaitu apakah yang dimaksud dengan EPAs, apakah beda EPAs dengan *Competence Based Education (CBE)*, apa keuntungan menggunakan strategi EPAs pada pembelajaran residen di wahana pendidikan, dan apakah yang dimaksud dengan proses “entrustment” pada strategi EPAs? Lembar kerja individu dikumpulkan kepada fasilitator (20 menit).
- b. Fasilitator membagi peserta menjadi 6 kelompok. Setiap kelompok berdiskusi tentang jawaban tugas individu yang sebelumnya mereka kerjakan. Waktu berdiskusi adalah 15 menit, dan hasil diskusi setiap kelompok ditulis di kertas plan/flipchart.
- e. Fasilitator memilih 2 kelompok untuk menyajikan hasil diskusi kelompok mereka. Waktu penyajian setiap kelompok 10 menit (total 20 menit). Kelompok lainnya diberi kesempatan untuk bertanya, menyampaikan klarifikasi atau tanggapan terhadap penyajian setiap kelompok.



- f. Fasilitator merangkum penyajian hasil diskusi tersebut dan menyampaikan tanggapan singkat, selanjutnya menyampaikan paparan materi tentang teknik pembimbingan klinik dengan menggunakan strategi EPAs. Waktu yang dibutuhkan 45 menit.
- g. Fasilitator memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai (10 Menit).

3. Langkah 3.

Latihan Menyusun *Entrustable Professional Activities (EPAs)* (65 menit)

Langkah pembelajaran:

- a. Fasilitator membagi peserta menjadi 6 kelompok dan memberikan penugasan kepada setiap kelompok untuk memformulasikan masing-masing minimal 10 EPAs untuk pendidikan residensi DLP berdasarkan rumusan profil dan capaian pembelajaran (CP) DLP. Selanjutnya, peserta mengidentifikasi area kompetensi DLP yang dapat dicapai oleh masing-masing EPAs yang telah diformulasikan, dengan menggunakan matrix (terlampir). Hasil kerja kelompok ditulis pada kertas flipchart, dan waktu diskusi adalah 30 menit.
- b. Fasilitator meminta kepada 2 kelompok untuk menyajikan hasil kerja kelompok mereka. Fasilitator memberikan kesempatan kepada peserta kelompok lain untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi. Waktu yang dibutuhkan 20 menit.
- c. Fasilitator merangkum hasil diskusi, memberikan kesempatan peserta untuk bertanya atau menyampaikan klarifikasi, kemudian fasilitator menyampaikan jawaban atau tanggapan yang sesuai. Waktu yang dibutuhkan adalah 10 Menit.
- d. Fasilitator menutup sesi modul inti 5 (5 menit)

6. URAIAN

Peserta diharapkan belajar secara aktif dari setiap tugas baca artikel pada proses pembelajaran.



7. REFERENSI

1. AMEE Guide No. 27: Effective Educational and Clinical Supervision. Kilminster S, Cottrell D, Grant J and Jolly B (2007). *Medical Teacher*, 29(1) pp. 2–19.
2. Clinical Supervision at the Point of Care. http://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/259197/patient-safety-report-clinical-supervision-2012.pdf
3. Competency-Based Education, Entrustable Professional Activities and the Power of Language. Olle ten Cate, *Journal of Graduate Medical Education*, March 2013
4. Steinert Y. Faculty Development for Postgraduate Education – The Road Ahead. Members of the FMEC PG consortium; 2011.
5. Entrustable Professional Activities in Family Medicine. *Journal of Graduate Medical Education*, March 2013. <http://www.jgme.org/doi/pdf/10.4300/JGME-D-12-00034.1>
6. Preamble Entrustable Professional Activities for Family Medicine End of Residency Training http://fmahealth.org/sites/default/files/EPAs_for_FM_End_of_Residency_Training.pdf
7. Themes and EPAs in the Netherlands' GP Specialty Training

8. PANDUAN PENUGASAN

Lembar kerja individu

“Entrustable Professional Activities (EPAs)”.

Berdasarkan artikel “Competency-Based Education, Entrustable Professional Activities, and the Power of Language” oleh Olle Ten Cate, jawablah pertanyaan berikut:

Lembar kerja individu dikumpulkan kepada fasilitator (20 menit).

1. Apakah yang dimaksud dengan **EPAs**?



2. Apakah beda EPAs dengan *Competence Based Education*?

3. Apakah keuntungan menggunakan strategi EPAs dalam proses residensi DLP?

4. Apakah yang dimaksud dengan proses '*entrustment*' pada strategi EPAs?



Catatan :

- Jika kertas kurang, boleh dibuat di kertas sendiri atau minta kepada panitia

Matrix EPAs dan Kompetensi

EP As	Area Kompetensi 1	Area Kompetensi 2	Area Kompetensi 3	Area Kompetensi 4	Area Kompetensi 5	Area Kompetensi 6	Area Kompetensi 7

AREA KOMPETENSI DOKTER LAYANAN PRIMER

1. Etika, hukum dan profesionalisme di pelayanan primer
2. Komunikasi holistik, komprehensif dan kecakapan budaya
3. Pengelolaan kesehatan yang berpusat pada individu dan keluarga
4. Pengelolaan kesehatan yang beorientasi pada komunitas dan masyarakat
5. Ketrampilan klinis dengan penekanan pada pencegahan
6. Manajemen fasilitas pelayanan kesehatan primer
7. Kepemimpinan



VIII. Materi Inti - VI

TEKNIK MELATIH



1. DESKRIPSI SINGKAT

Teknik Melatih merupakan teknik untuk melakukan proses pembelajaran pada suatu pelatihan. Pada modul ini akan dijelaskan mengenai konsep dan prinsip – prinsip Pembelajaran Orang Dewasa (POD), membuat Satuan Acara Pembelajaran (SAP), menentukan metoda, media dan alat bantu pembelajaran, teknik presentasi interaktif serta melakukan evaluasi hasil belajar.

2. TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Pembelajaran Umum (TPU)

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu menerapkan tehnik melatih/ tehnik fasilitasi pada Pelatihan Dosen ProDi DLP.

Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu:

1. Menerapkan Pembelajaran Orang Dewasa
2. Membuat Satuan Acara Pembelajaran
3. Menentukan Metoda, Media dan Alat Bantu Pelatihan
4. Menerapkan tehnik presentasi interaktif
5. Melakukan evaluasi hasil belajar

3. POKOK BAHASAN DAN SUB POKOK BAHASAN

Pokok bahasan dalam materi ini meliputi:

1. Pokok Bahasan 1. Pembelajaran Orang Dewasa
2. Pokok Bahasan 2. Satuan Acara Pembelajaran
3. Pokok Bahasan 3. Metoda, Media dan Alat Bantu Pelatihan
4. Pokok Bahasan 4. Tehnik Presentasi Interaktif
5. Pokok Bahasan 5. Evaluasi Hasil Belajar

4. BAHAN AJAR

- Bahan tayang (*slide power point*)

5. LANGKAH PEMBELAJARAN

Sesi 1 : Pengkondisian Peserta

- Fasilitator menyapa peserta dan memperkenalkan diri
- Menyampaikan tujuan pembelajaran dengan menggunakan bahan tayangan



- Melakukan apersepsi tentang materi yang akan dibahas dengan metoda curah pendapat atau meminta beberapa peserta/relawan untuk menjawabnya

Sesi 2: Pendidikan Orang Dewasa (POD)

- Fasilitator menjelaskan tentang Pendidikan Orang Dewasa prinsip-prinsip pembelajaran orang dewasa (POD), menggunakan bahan tayangan melalui ceramah, tanya jawab dan mengajak peserta untuk berpartisipasi serta berinteraksi dalam proses pembelajaran.

Sesi 3: Pembahasan Satuan Acara Pembelajaran

- Fasilitator menjelaskan tentang Satuan Acara Pembelajaran melalui ceramah, tanya jawab dan mengajak peserta untuk berpartisipasi serta berinteraksi dalam proses pembelajaran.

Sesi 4: Pembahasan Metode, Media dan Alat Bantu Pelatihan

- Fasilitator menjelaskan tentang Metode, Media dan Alat Bantu Pembelajaran dimulai dengan brainstorming atau buzz Group serta menggunakan bahan tayangan melalui ceramah, tanya jawab, selanjutnya mengajak peserta untuk berpartisipasi untuk aktif berinteraksi dalam proses pembelajaran.

Sesi 5: Pembahasan Tehnik Presentasi Interaktif

- Fasilitator menjelaskan tentang Teknik Presentasi Interaktif, menggunakan bahan tayangan melalui ceramah, tanya jawab dan mengajak peserta untuk berpartisipasi serta berinteraksi dalam proses pembelajaran.

Sesi 6: Pembahasan Evaluasi Hasil Belajar

- Fasilitator menjelaskan tentang Evaluasi hasil belajar menggunakan bahan tayangan melalui ceramah, tanya jawab dan mengajak peserta untuk berpartisipasi dalam proses pembelajaran melalui diskusi /buzz group atau Brainstorming.

Sesi 7: Penutup, Umpan Balik dan Rangkuman

Fasilitator merangkum atau melakukan pembulatan tentang pembahasan materi ini dengan mengajak seluruh peserta untuk melakukan refleksi/ umpan balik. Dilanjutkan dengan memberikan apresiasi atas keterlibatan aktif seluruh peserta.



6. URAIAN

A. Pembelajaran Orang Dewasa

Dalam pendekatan POD (*Andragogi*) diharapkan ada proses aktif peserta dalam menggali pengetahuan dan keterampilannya sendiri dari bahan ajar ataupun referensi lain yang disediakan, sementara pelatih lebih berperan sebagai nara sumber atau fasilitator.

Prinsip-prinsip POD

Menurut Lindeman, konsep POD merupakan pembelajaran yang berpola non-otoriter, lebih bersifat informal yang pada umumnya lebih bertujuan untuk menemukan pengertian pengalaman dan atau pencarian pemikiran guna merumuskan perilaku yang standar. Berdasarkan prinsip-prinsip POD, tugas fasilitator harus memperhatikan beberapa asumsi antara lain sebagai berikut:

1. Kebutuhan untuk mengetahui.
Orang dewasa perlu mengetahui mengapa mereka harus mempelajari sesuatu, sehingga tugas utama fasilitator adalah membantu peserta belajar menjadi sadar akan perlunya mengetahui bahwa pembelajaran yang akan dijalannya berguna untuk meningkatkan kinerjanya atau kualitas hidupnya.
2. Konsep diri peserta belajar (pembelajar).
Secara umum orang dewasa memiliki konsep diri bahwa dirinya mempunyai tanggung jawab atas keputusan yang dibuat sendiri atas kehidupannya.
3. Peranan pengalaman peserta belajar.
Orang dewasa memasuki kegiatan pembelajaran membawa pengalaman-pengalaman yang berbeda setiap individunya, mereka datang sudah membawa pengalaman sesuai potensinya, untuk itu fasilitator perlu menggali pengalaman para peserta, antara lain dengan cara brainstorming, diskusi kasus dan simulasi.
4. Kesiapan belajar.
Kesiapan belajar setiap peserta tidak sama, fasilitator perlu menyesuaikan dengan tahap perkembangan belajar dengan strategi dan metode yang tepat.
5. Orientasi belajar.
Orientasi belajar untuk orang dewasa adalah terpusat pada tugas tugas atau masalah yang dihadapi. Orang dewasa akan menjadi termotivasi dan mereka akan mempelajari pengetahuan,



keterampilan, sikap serta nilai-nilai baru, pada konteks situasi kehidupan yang sebenarnya

6. Motivasi.

Motivasi orang dewasa untuk belajar, disamping tanggap terhadap beberapa dorongan eksternal, namun dorongan yang lebih kuat adalah dari internalnya (keinginan untuk meningkatkan kepuasan kerja, kebanggaan diri, mutu hidup dll). Peserta perlu ditumbuhkan rasa percaya diri, agar termotivasi dan lebih berpartisipasi aktif dalam proses pembelajaran.

Peran Sebagai Pelatih/ Fasilitator

Agar dapat berperan sebagai pelatih/ fasilitator dengan pendekatan POD, hendaknya dipahami hal-hal sbb :

- a. Fasilitator tidak mengurui dan memaksakan kehendak pada peserta.
- b. Tidak menyalahkan pelatih lain di depan peserta.
- c. Dalam menjawab pertanyaan peserta, tidak langsung menjawab, namun sebaiknya mempersilahkan dan memberikan kesempatan kepada peserta lain menjawab terlebih dulu
- d. Dalam memberikan penjelasan tidak berbelit-belit dan bertele-tele.
- e. Tidak menyampaikan contoh pengalaman pribadi berlebihan yang tidak terkait dan akan mengurangi waktu pembelajaran.

B. SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

1. Pengertian SAP

SAP atau Satuan Acara Pembelajaran, merupakan pedoman/ panduan yang memberi arah kepada fasilitator dalam menyajikan materi pembelajaran kepada para peserta, dalam kurun waktu tertentu dengan metoda dan alat bantu yg sesuai guna mencapai tujuan pembelajaran yang telah ditentukan.

2. Manfaat SAP

Manfaat penyusunan SAP untuk mengetahui proses pembelajaran yang akan berlangsung dan metoda-metoda untuk mencapai tujuan materi tersebut.

3. Tujuan SAP

Sebagai pedoman dan arah bagi fasilitator dalam melaksanakan proses kegiatan pembelajaran

4. Format SAP



Komponen-komponen SAP untuk satu mata diklat :

- a. Mata diklat/Materi pembelajaran
- b. Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan
- c. Waktu (hari,tgl,jam dan durasi)
- d. Tujuan Pembelajaran umum
- e. Tujuan Pembelajaran khusus
- f. Kegiatan pembelajaran
 - 1) Materi pembelajaran
 - 2) Metode pembelajaran
 - 3) Langkah kegiatan dan estimasi waktu
 - 4) Media dan Alat bantu pembelajaran
- g. Evaluasi
- h. Referensi

Setiap langkah kegiatan pembelajaran harus ditulis secara berurutan mulai dari awal s/d akhir, juga disesuaikan dengan Pokok dan Sub Pokok Bahasan yang tertera dalam Garis-garis Besar Pembelajaran/GBPP.

Penugasan Penyusunan SAP:

1. Buatlah SAP untuk materi diklat yang akan disampaikan secara makro (sesuai jumlah jam pelajaran materi tersebut)
2. Buatlah SAP untuk materi diklat yang akan disampaikan secara mikro (sesuai jam latihan/mikro teaching untuk materi yang akan disajikan)

C. METODA, MEDIA DAN ALAT BANTU

Pokok bahasan ini membahas tentang arti, manfaat dan jenis-jenis metode belajar mengajar serta teknik pemilihan metode belajar, yang dapat menstimulir domain, kognitif, afektif dan psikomotor secara tepat

A. Metode pembelajaran.

1. Arti Metode Pembelajaran

Metode adalah cara / teknik untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Metode adalah : *“Cara yang tersusun dan teratur untuk mencapai tujuan khususnya dalam hal ilmu pengetahuan”* (Drs. Sulchan Yasyin).

2. Manfaat Metode Pembelajaran

Berikut ini disajikan beberapa manfaat penggunaan metode pembelajaran secara tepat sebagai berikut :

- a. Membantu Pelatih dalam proses pembelajaran untuk tujuan mencapai pembelajaran.



- b. Menghilangkan dinding pemisah antara Pelatih dan peserta diklat.
- c. Menggali dan memanfaatkan potensi peserta Diklat
- d. Terjadi kemitraan antara pelatih dan peserta.
- e. Mempermudah dalam menyerap Informasi.
- f. Menimbulkan perasaan “FUN” bagi peserta diklat yang akan berdampak terhadap motivasi mengikuti Diklat meningkat.

Beberapa Ragam Metode Pembelajaran yg dapat menstimulir domain Kognitif, Afektif dan Psikomotor secara tepat. Confusius, 1400 tahun yang silam mengungkapkan teori sebagai berikut:

“... Apa yang saya **dengar** saya **lupa**..”

“... Apa yang saya **lihat** saya **ingat**...”

”...Apa yang saya **kerjakan** saya **paham**...”

Latihan

Latihan dipandu oleh Pelatih dengan mengacu pada hal-hal sebagai berikut

- Pelatih memperagakan cara membuat cangkir kertas dengan kecepatan biasa.
- Peserta diminta untuk mengerjakan seperti yang dicontohkan Pelatih.
- Cek hasil peserta Diklat, berapa jumlah yang jadi dan mana yang tidak.
- Pelatih secara pelan memperagakan dengan diikuti peserta diklat secara pelan-pelan, peserta diklat boleh menanyakan.
- Tanyakan pada peserta diklat berapa yang jadi dan berapa yang tidak.
- Pelatih secara perlahan membacakan langkah demi langkah cara membuat cangkir kertas, peserta mengerjakan dan menyontoh, apabila tidak memahami boleh menyontoh.
- Pelatih membagi peserta diklat kedalam 5 (lima) kelompok dengan anggota maksimal 8 (delapan) orang dan memberikan penugasan kepada kelompok untuk mendiskusikan hal-hal sebagai berikut:
 - ❑ Mengapa dalam peragaan pertama banyak yang gagal ?
 - ❑ Mengapa dalam peragaan terakhir seluruh peserta bisa jadi? Jelaskan jawaban saudara.
- Akhiri sesi ini dengan memberikan kesimpulan terhadap hasil diskusi kelompok diatas.

Mengacu pada konsep diatas maka dalam proses pembelajaran diperlukan metode pembelajaran yang dapat mengantarkan peserta Diklat belajar secara aktif. Konsep belajar aktif mengacu pada hal-hal sebagai berikut :

- a. Belajar aktif bukan hanya senang-senang



- b. Fokus bukan pada aktivitas semata
- c. Meskipun perlu waktu banyak, materi tetap tercover
- d. Usaha menghidupkan materi yang kering dan tak menarik
- e. Pengelompokkan, jangan buang waktu dan tidak produktif
- f. Pengelompokkan, jangan abaikan belajar individual
- g. Hindari misinformasi belajar sesama teman
- h. Kenalkan belajar aktif secara bertahap
- i. Perlu persiapan dan kreativitas, hasilnya OK.

Ragam Metode Pembelajaran

Berkaitan dengan hal tersebut diatas, maka berikut ini disajikan beberapa jenis metode pembelajaran yang dapat menghantarkan peserta diklat belajar secara aktif sebagai berikut :

1. Metode Kuliah (*Lecture*)

Metode kuliah sering juga disebut dengan metode ceramah, hal ini disebabkan Pelatih yang aktif melakukan ceramah sedangkan peserta diklat hanya sebagai pendengar saja. Metode ini memang kurang mengacu pada konsep belajar aktif, namun demikian dalam modul ini perlu dibahas karena dalam setiap penggunaan metode yang lain perlu dikombinasikan dengan metode ceramah, meskipun hanya ceramah singkat.

2. Metode Demonstrasi

Metode demonstrasi adalah cara mengajar dimana seorang Pelatih atau tim pelatih menunjukkan, memperlihatkan suatu proses (Roestiah N.K,Dra. Strategi belajar mengajar). Misalnya dalam proses pembelajaran “Ragam metode Pembelajaran “ Pelatih memperagakan teknik mengajar yang efektif. Dalam hal ini seluruh peserta Diklat dapat melihat, mendengar dan mengamati, mungkin nanti juga mempraktekkan. Metode demonstrasi menekankan pada penjelasan dan hasil kerja yang ditunjukkan oleh Pelatih sebagai contoh konkrit sehingga masalah mudah dipahami atau dihayati.

3. Kelompok studi kecil (*Buzz Group*)

Kelompok *Buzz Group* atau lebih sering disebut kelompok lebah bergumam adalah pemecahan kelompok yang lebih besar. Kelompok ini biasanya terdiri dari dua atau tiga orang. Anggota kelompok bisa merupakan pecahan dari kelompok yang lebih besar atau terdiri dari beberapa orang teman sebangku. Dalam beberapa variasi peserta diklat boleh memilih anggota kelompoknya sendiri.

4. Metode Diskusi



Diskusi berasal dari bahasa latin *discutio* atau *discussum* yakni “kurang lebih sama dengan bertukar pikiran” atau membahas sesuatu masalah dengan mengemukakan dasar alasannya untuk mencari jalan keluar sebaik-baiknya. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa diskusi merupakan ajang bertukar pikiran diantara sejumlah orang, membahas masalah tertentu yang dilaksanakan dengan teratur, dan bertujuan untuk memecahkan masalah secara bersama (A. Mangunhardjana, Pembinaan Arti dan Metodenya). Metode ini dipakai dalam latihan yang melibatkan partisipasi aktif, tukar pengalaman dan pendapat peserta pelatihan. Untuk kegiatan ini anggota kelompok yang ideal adalah 7 s/d 9 orang.

5. Metode *Brainstorming* (Curah Pendapat)

Metode ini biasanya sering disebut dengan *sumbang saran* yang digunakan dalam *pemecahan masalah* dimana anggota mengusulkan dengan cepat semua kemungkinan pemecahan yang terpikirkan, tidak ada kritik-kritik, oleh karena itu evaluasi atas pendapat-pendapat tadi dilakukan kemudian. Metode ini mengundang semua peserta berperan aktif untuk berticipasi secara optimal. Kapan metode ini digunakan ?

6. Metode Studi Kasus

Metode ini dipakai bukan untuk menjawab masalah secara cepat dan tepat, akan tetapi lebih bertujuan untuk menggambarkan penerapan konsep dan teknik analisis dalam proses pemecahan masalah dan proses pengambilan keputusan. Pemecahan masalah dalam studi kasus lebih menekankan kepada alasan logika yang dipergunakan dalam pemecahan masalah tersebut.

Sementara ahli lain mengatakan bahwa studi kasus digunakan dalam latihan yang bertujuan pengembangan pengetahuan dan sikap, sebagai landasan diskusi, analisis dan pengembangan persoalan. Di samping itu studi kasus dalam proses pembelajaran adalah untuk menyajikan penjelasan berbagai prinsip dan aplikasi prinsip tersebut ke dalam situasi tertentu, sehingga pada gilirannya peserta diklat akan mampu memecahkan masalah dalam situasi yang sama secara lebih baik.

7. Metode *Role Play* (Bermain Peran)

Secara etimologi yang dimaksud bermain peran adalah memainkan sesuatu peran tertentu sehingga pemain harus mampu berbuat (berbicara dan bertindak) seperti peran yang sedang dimainkannya.



Latihan dipandu oleh Pelatih dengan menggunakan pedoman acuan sebagai berikut :

- Pelatih membagi peserta kedalam 8 (delapan) kelompok dan memberikan penugasan sebagai berikut:
- *“Dalam kelompok saudara persiapkan untuk mempraktekkan salah satu metode pembelajaran yang telah di bahas. Pada waktu kelompok memerankan sebagai Pelatih yang sedang memandu dengan metode tertentu, peserta lain bertindak sebagai peserta diklat”.*
- Pelatih mengamati kelompok peserta diklat pada waktu berdiskusi dan mempersiapkan masing-masing metode yang akan dipersiapkan.
- → Apabila ada kelompok yang kurang dapat mengaplikasikan metode yang dimaksud, Pelatih memberikan bimbingan.
- → Setelah peserta diklat mempraktekkan metode yang telah ditetapkan maka pelatih memberikan masukan bagi masing-masing kelompok.
- Akhiri sesi ini dengan menekankan perlunya pemanfaatan metode secara

8. Metode Simulasi

Kata “Simulasi” berasal dari bahasa Inggris “*Simulation*” yang berarti “Pekerjaan Tiruan atau meniru”. Sebagai contoh simulasi tentang mengemudi taksi, simulasi tentang penggunaan IUD dan lain sebagainya. Dalam kegiatan proses pembelajaran kata “Simulasi” merupakan suatu metode pembelajaran.

Kegiatan simulasi diartikan sebagai kegiatan pembelajaran yang memberikan kesempatan kepada peserta untuk menirukan suatu kegiatan atau pekerjaan yang dituntut dalam kehidupan sehari-hari atau yang berkaitan dengan tugas-tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

Metode ini menampilkan simbol-simbol atau peralatan-peralatan yang menggantikan proses, kejadian, atau benda yang sebenarnya. Metode ini juga digunakan apabila kondisi aslinya tidak dapat dihadirkan. Metode ini sangat cocok untuk hal-hal yang sifatnya ketrampilan. Bedanya dengan main peran adalah terletak pada pemakaian metode ini.

Metode Pembelajaran yang Efektif

Beberapa faktor yang harus diperhatikan dalam memilih metode pembelajaran adalah sebagai berikut :

a. Pengajar/ Pelatih

Pengetahuan, pengalaman manajerial, dan kepribadian pelatih merupakan faktor-faktor yang penting dan karenanya perlu pertamata dikemukakan. Secara tegas perlu diutarakan bahwa, pelatih harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam bidang yang akan diajarkan serta pengetahuan dan keterampilan dalam penggunaan metode yang akan dipergunakan.



b. Peserta Pelatihan

Dalam pengertian ini metode pengajaran harus terkait dengan :

- Tingkat intelektual dan latar belakang pendidikan
- Umur dan pengalaman kerja
- Lingkungan sosial dan budayanya.

c. Tujuan Pembelajaran

Tujuan pembelajaran dalam program diklat ditentukan oleh adanya perubahan dalam pengetahuan, sikap dan ketrampilan, yang selanjutnya menyebabkan perbaikan dalam pelaksanaan tugas-tugas managerial. Berbagai situasi latihan harus mempertimbangkan berbagai jenis dan tingkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan.

d. Bidang Pelatihan

Berbagai bidang pelajaran (keuangan, kepegawaian, penelitian kegiatan manajemen umum, dan sebagainya) memiliki ciri-ciri tersendiri. Faktor materi diklat juga sangat menentukan. Apakah sifatnya pengetahuan, keterampilan atau sikap dan perilaku. Di samping itu perlu dibedakan pula pengetahuan yang harus diketahui, sebaiknya diketahui serta baik untuk diketahui.

e. Waktu dan peralatan

Penentuan metode pengajaran mana yang akan dipergunakan, tidak lepas dipengaruhi oleh faktor waktu, keuangan dan faktor-faktor lainnya.

- Waktu yang dipergunakan untuk persiapan berbeda-beda untuk berbagai metode latihan.
- Jangka waktu latihan menentukan jenis metode yang akan digunakan.
- Penentuan waktu dari suatu hari merupakan suatu yang penting kapan memerlukan keterlibatan aktif para peserta.
- Fasilitas pengajaran.

Secara skematis faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan metode pembelajaran tersebut tergambar sebagai berikut :





f. Prinsip-prinsip Pembelajaran

Faktor lain yang juga perlu diperhatikan dalam pemilihan metode pembelajaran adalah prinsip pembelajaran.

Beberapa prinsip tersebut antara lain sebagai berikut:

- a. Tingkat motivasi
Motivasi peserta diklat akan meningkat apabila materi yang disajikan menarik, menggunakan metode pembelajaran yang tepat menarik perhatian peserta diklat.
- b. Keterlibatan Aktif Peserta Diklat
Prinsip keterlibatan aktif mungkin merupakan landasan utama metode pengajaran partisipatif. Metode yang dipilih belum tentu menjamin keterlibatan aktif peserta diklat.
- c. Pendekatan perorangan
Pembelajaran akan efektif apabila memperhatikan karakteristik peserta diklat, oleh karena itu pendekatan perorangan perlu juga diperhatikan. Setiap peserta Diklat memiliki gaya belajar sendiri-sendiri.
- d. Pengaturan urutan dan struktur.
Pengaturan urutan pembelajaran perlu diperhatikan dalam pemilihan metode pembelajaran. Misalnya sebelum dilakukan studi kasus perlu terlebih dahulu dilakukan ceramah singkat.
- e. Umpan balik
Umpan balik sangat diperlukan dan harus dapat diperoleh dalam proses belajar, oleh karena itu dalam memberikan umpan balik harus mengacu pada syarat-syarat memberikan umpan balik yang efisien.
- f. Pengalihan (transfer)



Prinsip ini menuntut bahwa pendidikan dan latihan membantu seseorang untuk mengalihkan (mentransfer) apa yang telah dipelajarinya kedalam situasi yang sebenarnya.

Media dan Alat bantu pembelajaran

Media dan alat bantu pembelajaran adalah seperangkat sarana yang digunakan dalam proses pembelajaran berisi pesan/ ide. Oleh pelatih/ fasilitator media dan alat bantu digunakan untuk menyampaikan materi sedangkan oleh peserta pembelajaran digunakan untuk menangkap/ mempelajari materi pembelajaran.

1. Pengertian dan Peranan Media Pembelajaran

Media pembelajaran dapat diartikan sebagai wahana/ perantara/ penghantar proses pembelajaran.

Media yang dirancang/ dipilih oleh pelatih/ fasilitator berguna untuk mengemas dan menyalurkan pesan agar dapat dengan mudah diterima oleh pembelajar secara efektif dan efisien, begitu pembelajar mendapati media yang disajikan, maka dalam diri pembelajar akan terjadi internalisasi proses pembelajaran.

Berbagai macam media pembelajaran dapat digunakan, pemilihan dan penggunaannya sangat tergantung pada karakteristik isi pesan/ ide dan domain yang akan disentuh seperti yang tercantum pada tujuan pembelajaran.

2. Pengertian dan Peranan Alat Bantu Pembelajaran

Alat bantu pembelajaran adalah seperangkat benda/ peralatan yang digunakan sebagai “pembantu” seorang pelatih/ fasilitator dengan tujuan agar dapat mempermudah dan mempercepat proses penyampaian pesan/ materi pembelajarannya kepada pembelajar.

3. Fungsi pokok alat bantu pembelajaran adalah :

- a. Sebagai alat untuk merangsang indera yang dikehendaki oleh pelatih sesuai dengan tingkatan domain yang ingin dicapai dalam tujuan pembelajaran
- b. Mengurangi efek distorsi persepsi, pemahaman, dan komunikasi yang sedang ditangkap oleh pembelajar
- c. Menghasilkan daya lekat yang relatif lebih lama pada memori pembelajar
- d. Meningkatkan minat/ gairah pembelajar dalam mengikuti proses pembelajaran terutama sesi dengan durasi waktu yang lama



4. Kriteria pemilihan media dan alat bantu pembelajaran.

Penggunaan media dan alat bantu pembelajaran memerlukan kriteria tertentu, untuk itu sebelum memilih atau menggunakan media dan alat bantu perlu dipikirkan persyaratan pemilihannya sebagai berikut :

a. Kriteria Pemilihan Media Pembelajaran

- 1) Sesuaikan media pembelajaran dengan TPU/ TPK yang hendak dicapai.
- 2) Karakteristik kemampuan pembelajar
- 3) Sumber daya penunjang yang tersedia
- 4) Pertimbangkan aspek ketersediaan sumber daya yang disediakan oleh penyelenggara diklat.

b. Kriteria Pemilihan Alat Bantu Pembelajaran.

- 1) Sesuaikan alat bantu pembelajaran dengan TPU/ TPK yang hendak dicapai, dan metoda yang digunakan
- 2) Menghasilkan efek pembelajaran yang lebih baik
- 3) Sesuaikan dengan kemampuan pelatih

5. Jenis-jenis media dan alat bantu pembelajaran beserta karakteristiknya

a. Jenis - jenis Media Pembelajaran

Menurut bentuk penyampaian pesan melalui tulisan, gambar, suara (audio), visual berbagai jenis media dapat dibedakan sebagai berikut:

- 1) Media cetak
Media yang ditulis dan diproduksi sebagai bahan bacaan.
Contoh: buku teks, majalah, buklet, modul hand out dsb.
- 2) Media grafis
Media yang mengkombinasikan ide, informasi, dan pesan ataupun data dalam pernyataan naratif dan gambar. Contoh: sketsa, grafik, bagan, diagram, kartun, foto dsb.
- 3) Media berbantuan komputer
Media yang dibuat dengan mempergunakan komputer atau dioperasikan dengan komputer.
- 4) Media audio
Media audio berkaitan dengan alat pendengaran seperti misalnya: program siaran radio, rekaman kaset dan sebagainya.
- 5) Media visual
Media yang menampilkan pesan rekaman dalam gambar baik yang bergerak maupun tidak, baik yang bersuara ataupun tidak.
- 6) Media audiovisual



Media yang dapat menampilkan gambar dan suara pada waktu bersamaan, seperti: Tayangan film, tayangan tv, tayangan video dan lain sebagainya.

b. Jenis-jenis alat bantu pembelajaran beserta karakteristiknya

Secara umum alat bantu pembelajaran yang sering digunakan dalam kegiatan belajar - mengajar dapat dibedakan menjadi 3 kategori sebagai berikut :

1). Alat bantu pembelajaran non projected

Alat bantu ini dalam penggunaannya tidak memerlukan alat lain, tidak perlu diproyeksikan ke layar proyeksi. Termasuk dalam jenis ini antara lain :

- a) Buku pelajaran, text book, hand out, work sheet.
- b) White board/ papan tulis.
- c) Flip chart.
- d) Model.

2). Alat bantu pembelajaran projected

Alat bantu ini dalam penggunaannya memerlukan listrik sebagai power supply, karena perlu diproyeksikan ke layar proyeksi. Termasuk dalam jenis ini antara lain :

- a) Over head projector.
- b) Epidioscope.
- c) Slide projector .

3). Alat bantu pembelajaran audio visual

- a) Video tape/ VCD
- b) Desktop projector.

D. Teknik Presentasi Interaktif

Presentasi interaktif merupakan salah satu ciri penyampaian materi pembelajaran dari seorang pelatih/ fasilitator dalam sebuah pelatihan yang bernuansa “learning”. Hal ini karena dalam teknik presentasi interaktif terjadi penyajian timbal balik antara penyaji (pelatih/ fasilitator) dan pembelajar yang saling merespon substansi materi yang sedang dibahas.

A. Pengertian Dan Tujuan

1. Pengertian Presentasi Interaktif

Presentasi interaktif terdiri dari 2 (dua) kata presentasi dan interaktif. Presentasi, berarti pemaparan atau penyajian, sedangkan interaktif mengandung saling mempengaruhi secara timbal balik (mutually).

Jadi presentasi interaktif mempunyai makna penyajian timbal



balik/ bergantian antara pelatih/ fasilitator (penyaji) dan pembelajar yang saling merespon pembelajaran suatu topik bahasan.

2. Tujuan Presentasi Interaktif

Pada dasarnya tujuan presentasi interaktif untuk :

- a. Menimbulkan perhatian dan ketertarikan pembelajar terhadap materi yang disajikan
- b. Merangsang pembelajar berperan serta aktif untuk menemukan sendiri bagian – bagian topik bahasan yang sesuai dengan kebutuhan belajarnya
- c. Menggali lebih banyak pendapat dari berbagai pengalaman sehingga pembahasannya dapat lebih komprehensif
- d. Mengendalikan pelatih/ fasilitator yang biasa mendominasi komunikasi (komunikasi searah).

B. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan Dalam Menggunakan Pendekatan Presentasi Interaktif

1. Waktu

Pelaksanaan presentasi interaktif membutuhkan waktu, hal ini menuntut kepiawaian pelatih/ fasilitator dalam mengelola waktu

2. Keluar dari pokok bahasan

Pada pelaksanaan presentasi interaktif, tidak jarang muncul pertanyaan menyimpang atau keluar dari alur pokok bahasan. Maka pelatih/ fasilitator harus tetap memegang kendali dan dapat menjajakan pembahasan lebih luas akan dilakukan di luar sesi.

3. Dominasi

Dalam presentasi interaktif, terdapat risiko pembelajar tertentu mendominasi pertanyaan dan penyampaian tanggapan. Keadaan demikian harus dicermati dan dicegah, dengan melemparkannya kepada pembelajar lain atau mengembalikan pertanyaan/ tanggapan kepada yang bersangkutan tanpa melibatkan pembelajar lain.

4. Menangkap dan membulatkan masukan/ tanggapan

Dalam menggunakan pendekatan presentasi interaktif, pelatih/ fasilitator harus mampu menangkap dan memberikan pembulatan terhadap pertanyaan ataupun tanggapan yang disampaikan oleh pembelajar.

C. Langkah Awal Dan Mengakhiri Presentasi Interaktif

1. Menghantar sesi pembelajaran



Beberapa menit pertama setiap sesi penyajian merupakan waktu yang kritis, pada menit – menit pertama kemungkinan beberapa pembelajar berfikir berbagai hal yang tak ada kaitannya dengan materi pembelajaran, atau sebaliknya mereka berharap yang berlebihan (*over estimate*) terhadap materi akan dibahas. Untuk mewujudkan keadaan tersebut, perlu melakukan prakondisi menghantar sesi adalah hal – hal sebagai berikut :

2. Mereview tujuan sesi

Menghantar pokok bahasan dengan meninjau ulang tujuan pembelajaran (TPU dan TPK) dengan demikian setiap pembelajar akan mengetahui dengan pasti apa saja pokok bahasan yang akan dipelajari beserta ruang lingkupnya.

3. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang terkait dengan pokok bahasan

Dengan mengajukan beberapa pertanyaan yang terkait dengan pokok bahasan, pelatih/ fasilitator dapat mengetahui apakah pembelajar pernah memperoleh pengetahuan yang terkait dengan isi pokok bahasan dan mengajak pembelajar mau berkontribusi dalam proses pembahasan.

- a. Menghubungkan pokok bahasan dengan Materi sebelumnya
- b. Menanyakan Pengalaman kerja pembelajar
- c. Berbagai pengalaman
- d. Menggunakan alat bantu yang sesuai/ tepat

Untuk keperluan ini sering digunakan gambar – gambar bersifat “afirmatif” yang ditayangkan melalui LCD. Kemudian pembelajar diminta untuk menanggapi secara bergantian dan penyaji menyimpulkan dan menggiringnya masuk pada penyajian materi inti (pokok bahasan)

4. Merangkum sesi pembelajaran

Rangkuman digunakan untuk menguatkan isi penyajian dan menyediakan ruang bagi pembelajar untuk meninjau ulang butir-butir inti penyajian. Pada umumnya rangkuman dibuat pada setiap akhir presentasi. Apabila pokok bahasannya kompleks atau terputus oleh waktu istirahat, rangkuman perlu dibuat secara periodik per pokok bahasan untuk meyakinkan bahwa pembelajar telah dapat menangkap materi yang disajikan dengan benar.

Syarat rangkuman harus Singkat. menggambarkan kesatuan butir-butir inti dan melibatkan pembelajar.

Beberapa teknik merangkum yang dapat digunakan, antara lain :

- a. Meminta pembelajar bertanya.
- b. Bertanya kepada pembelajar
- c. Melaksanakan latihan atau tes tertulis



- d. Tanya – jawab saling silang antar kelompok pembelajar

E. . EVALUASI HASIL PEMBELAJARAN

Evaluasi pembelajaran merupakan bagian dari proses pembelajaran untuk menilai keberhasilan suatu pembelajaran

A. Pengertian evaluasi hasil pembelajaran

Suatu proses pengambilan keputusan untuk memberikan nilai dengan menggunakan informasi yang diperoleh melalui pengukuran hasil belajar dengan menggunakan instrumen tes ataupun non tes.

B. Tujuan evaluasi hasil pembelajaran

Secara umum tujuan evaluasi hasil pembelajaran adalah:

1. Mengetahui tingkat keberhasilan pencapaian TPU dan TPK.
2. Umpan Balik perbaikan proses pembelajaran.
3. Pedoman penentuan passing grade dan posisi peringkat.
4. Dasar untuk menyusun laporan kemajuan pembelajaran.

Untuk fasilitator, tujuan evaluasi adalah memastikan apakah materi yang disampaikan dapat diterima oleh peserta sesuai tujuan pembelajaran.

C. Prinsip evaluasi hasil pembelajaran

1. Harus Jelas kemampuan mana yang dinilai.
2. Penilaian merupakan bagian integral dari seluruh rangkaian proses pembelajaran dalam sebuah diklat.
3. Mengukur seluruh domain kognitif, afektif, dan psikomotor, sesuai dengan hasil analisis TPK.
4. Alat yang digunakan harus sesuai : mengukur apa yang harus diukur.
5. Penilaian harus diikuti dengan tindak lanjut.

D. Syarat umum instrumen pengukuran yg baik:

1. Validitas : mengukur apa yg seharusnya diukur.
2. Reliabilitas : Hasil akan sama walau yang melakukan pengukuran berbeda
3. Obyektifitas: Pemberian nilai yg sesuai
4. Diskriminatif: Mempunyai daya beda yang tinggi
5. Komprehensif: Mengukur semua hal yang dapat dipelajari walau hanya sampel
6. Mudah digunakan: Saat digunakan instrumen tidak berbelit-belit.

E. Jenis Evaluasi hasil pembelajaran

1. Pre dan post test

Tujuan Test ini untuk mengetahui hasil pembelajaran secara rata – rata kelas dan hasilnya dapat dianggap sebagai hasil penyelenggaraan pelatihan.



Hasil pre test harus segera di evaluasi agar segera dapat ditindak lanjuti. Misalnya nomer-nomer test yang paling banyak tidak bisa dijawab peserta dapat diinformasikan kepada fasilitator untuk penekanan penjelasan materi.

Hasil post test juga digunakan untuk melihat keberhasilan suatu penyelenggaraan pelatihan.

2. Formative test

Tujuan Test ini untuk mengetahui tingkat perkembangan dan daya serap yang dapat dilihat melalui butir – butir soal yang dapat dijawab dengan benar.

7. REFERENSI

1. Pusdiklat Kesehatan Depkes RI, *Pedoman Pengukuran Hasil Pelatihan*, Jakarta, 1994.
2. _____, *Pedoman Program Evaluasi Diklat Kesehatan*, Jakarta, 2000.
3. Suke Silvenus, *Evaluasi Hasil Belajar dan Umpan Balik*, Grasindo (PT. Gramedia Widia Sarana Indonesia), Jakarta, 1991.
4. Lembaga Administrasi Negara RI, *Modul Training of Trainers*, 1989 dan diperbaharui Tahun 1999, Jakarta.
5. Suparman, Atwi, Prof., Dr., M.Sc. *Model-Model Pembelajaran Interaktif*, Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi, Lembaga Administrasi Negara Press, Jakarta, 1997.
6. Wahyu Suprpti, Dra., M.M., Sudariman, Drs.,. *Ragam Metoda Belajar*, Bahan Ajar Diklat KePelatihan Berjenjang Tingkat Pertama, Lembaga Administrasi Negara, Jakarta, 2002.
7. DePorter Bobbi dan Mike Hernachi : 1992. *Quantum Learning*, Dell Publishing, New York.
8. JPG Sianipar & Jenny Jory Salmon: 2002. *Manajemen Kelas*, LAN RI. Kementerian kesehatan Badan PPSDM Kesehatan, Pusdiklat Aparatur, *Modul Tehnik Melatih-Pelatihan Jaminan Kesehatan Bagi petugas Administrasi* ,Jakarta 2012.