

**EFEKTIVITAS PEMBELAJARAN KETERAMPILAN KLINIS JAHIT
LUKA TERHADAP KESIAPAN MELAKUKAN TINDAKAN MEDIK DI
TAHAP PROFESI**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran Umum**



Oleh:

**Nila Sefiana Dwi Cahya
NIM: 15507010111001**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

MALANG

2018

**EFEKTIVITAS PEMBELAJARAN KETERAMPILAN KLINIS JAHIT
LUKA TERHADAP KESIAPAN MELAKUKAN TINDAKAN MEDIK DI
TAHAP PROFESI**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran Umum**



Oleh:

**Nila Sefiana Dwi Cahya
NIM: 15507010111001**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

MALANG

2018

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR


EFEKTIVITAS PEMBELAJARAN KETERAMPILAN KLINIS JAHIT LUKA TERHADAP KESIAPAN MELAKUKAN TINDAKAN MEDIK DI TAHAP PROFESI

Oleh :

NILA SEFIANA DWI CAHYA
NIM 155070101111001

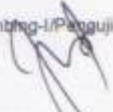
Telah diuji pada
Hari: Jumat
Tanggal: 7 Desember 2018
dan dinyatakan lulus oleh:


Penguji I


dr. Dwi Indrastani, Sp.PD
NIP. 2016098304192001


Pembimbing-I/Penguji-II,

Pembimbing-II/Penguji-III,


dr. Yhusi Karina Riskawati, M.Sc
NIP. 2014058005122001


dr. Triwahyu Astuti, M.Kes., Sp.P(K)
NIP. 196310221996012001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter,


dr. Triwahyu Astuti, M.Kes., Sp.P(K)
NIP. 196310221996012001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NILA SEFIANA DWI CAHYA

NIM : 155070101111001

Program Studi : Program Studi Pendidikan Dokter

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan dan pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang,

Yang membuat pernyataan,

Nila Sefiana Dwi Cahya

NIM : 155070101111001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya, penulisan tugas akhir ini dapat diselesaikan dengan baik. Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada Rasulullah Muhammad Shalallahu Alaihi Wasallam, keluarga, para sahabat, dan pengikut beliau yang telah membawa dunia ini dari zaman kegelapan menuju zaman terang – benderang.

Penelitian dalam tugas akhir ini berjudul “Efektivitas Pembelajaran Keterampilan Klinis Jahit Luka Terhadap Kesiapan Melakukan Tindakan Medik Di Tahap Profesi”. Tugas akhir ini diajukan untuk memenuhi persyaratan Pendidikan Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terimakasih yang sebesar- besarnya kepada:

1. dr. Yhusi Karina Riskawati, MSc. sebagai pembimbing pertama yang telah membimbing dengan sabar dan memberikan kritik, saran serta semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
2. dr. Triwahju Astuti, M.Kes, Sp.P(K) sebagai Ketua Program Studi Kedokteran dan pembimbing kedua yang telah membimbing dengan sabar dan senantiasa memberi semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
3. dr. Dewi Indiasari, Sp.PD sebagai Ketua Tim Penguji Ujian Tugas Akhir yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan naskah Tugas Akhir ini.
4. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes, selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

5. Kedua orang tua tercinta, yang selalu mendoakan, memberikan kasih sayang, motivasi, dukungan moral maupun material. Serta adik saya, Belinda Dwi Cahya yang juga selalu memberi semangat, perhatian dan motivasi kepada saya.

6. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, khususnya dr. Elly Mayangsari, M.Biomed dan mbak Betty Anggraeni Permatasari, SAP yang telah membantu melancarkan urusan administrasi Tugas Akhir.

7. Boy Setiawan yang selalu menemani, memberikan semangat, perhatian dan motivasi selama ini.

8. Teman-temanku tercinta Ina, Ayuk, Aliyyah, Zuke, Zalfa, Irma, Isna, Thea, Dela, Mita, Lisa, Faizah, Bilol, Soffi, Desy, Dhita dan Novi yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat.

9. Teman-temanku satu bimbingan penelitian, Kania dan Salis yang juga membantu saya dalam penelitian ini, memberi semangat dan masukan dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

10. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan masukan yang membangun.

Akhir kata, semoga Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang, 1 Desember 2018

Penulis

ABSTRAK

Cahaya, Nila Sefiana Dwi. 2018. *Efektivitas Pembelajaran Keterampilan Klinis Jahit Luka Terhadap Kesiapan Melakukan Tindakan Medik Di Tahap Profesi*. Tugas Akhir, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Yhusi Karina Riskawati, M.Sc (2) dr. Triwahju Astuti M.Kes, Sp.P(K).

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa para mahasiswa kedokteran yang sudah lulus di pre-klinik pada saat memasuki rotasi klinik merasa tidak cukup siap untuk melakukan keterampilan klinis pada pasien sesungguhnya. Masalah tersebut timbul karena adanya perbedaan antara fase pre-klinik dan klinik. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran tentang kesiapan mahasiswa melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum panum, setelah panum dan saat awal profesi di rumah sakit secara kuantitatif. Penelitian kohort observasional analitik ini menggunakan kuesioner yang disebarakan kepada mahasiswa kedokteran tahun ke-4 Universitas Brawijaya. Tingkat respon kuesioner sebesar 67,35%. Uji Friedman dan Wilcoxon dilakukan untuk mengetahui perbedaan kesiapan melakukan keterampilan klinis jahit luka pada tiga tahap (sebelum panum, setelah panum, dan saat awal profesi). Didapatkan bahwa mahasiswa mengalami peningkatan kesiapan yang signifikan antara sebelum panum dan setelah panum dengan nilai signifikansi 0,000 ($P < 0,05$). Sedangkan, pada saat awal memasuki rotasi klinik, mahasiswa cenderung mengalami penurunan kesiapan dengan nilai signifikansi 0,846 ($p > 0,05$) yang menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kesiapan setelah panum dengan saat awal profesi. Kesimpulan pada penelitian ini yaitu terdapat peningkatan kesiapan mahasiswa melakukan keterampilan klinis jahit luka antara sebelum panum dengan setelah panum yang menunjukkan bahwa program kepaniteraan umum berperan dalam meningkatkan kesiapan mahasiswa melakukan keterampilan klinis jahit luka, namun ketika memasuki rotasi klinik mahasiswa mengalami penurunan kesiapan dikarenakan mayoritas mahasiswa merasa cemas ketika berhadapan dengan pasien sesungguhnya.

Kata Kunci : keterampilan klinis, jahit luka, kesiapan mahasiswa

ABSTRACT

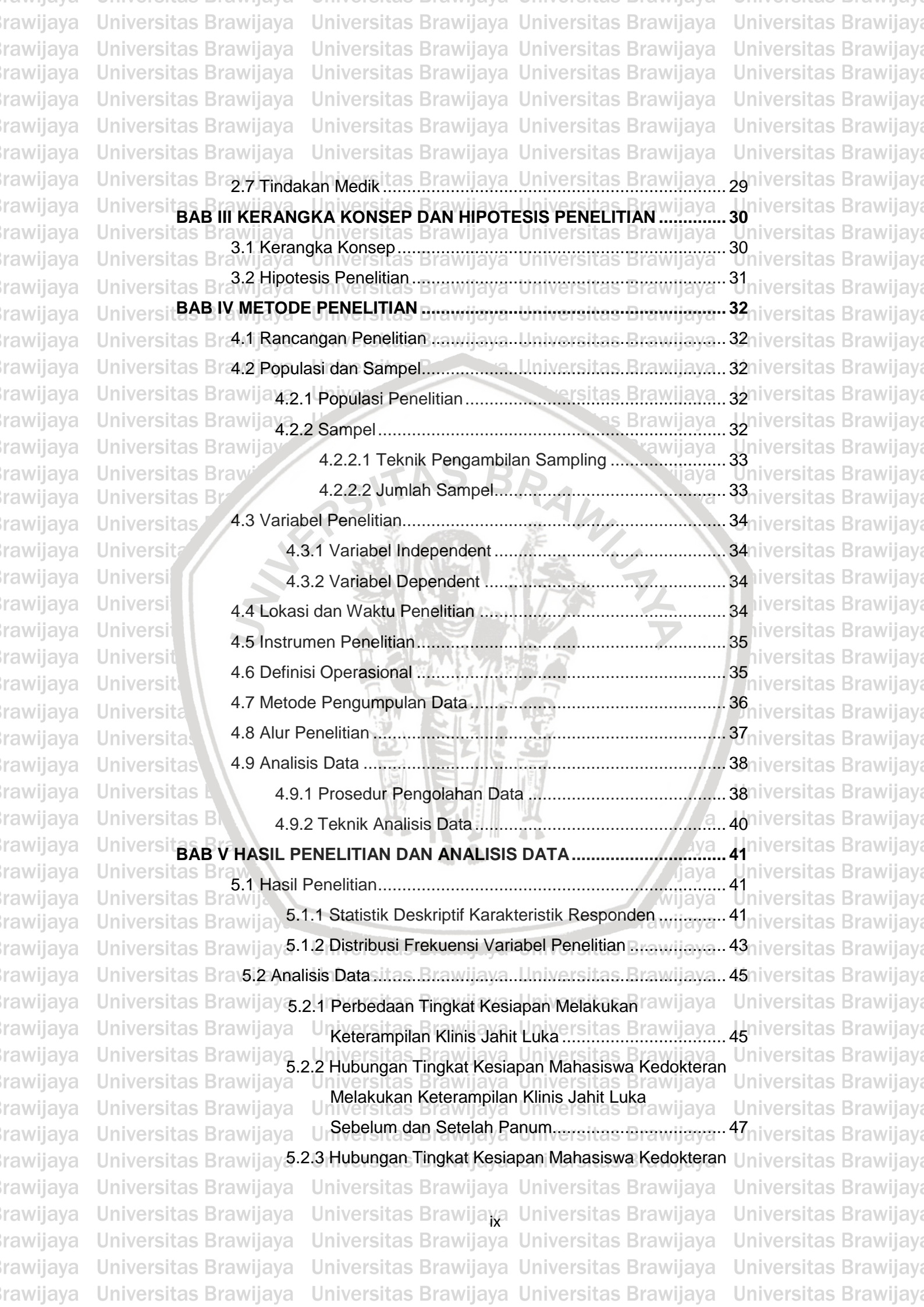
Cahya, Nila Sefiana Dwi. 2018. *The Effectiveness of Learning Suturing Skill Towards the Readiness in Performing Clinical Skill in Clerkship*. Tugas Akhir, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Yhusi Karina Riskawati, M.Sc (2) dr. Triwahju Astuti M.Kes, Sp.P(K).

Recent study suggests that medical students who have passed pre-clinics are feeling not sufficiently prepared to carrying out clinical skills in real patients during clinical rotation in hospital. This problem arises because of the difference between pre-clinical and clinical phases. This study aims to find a quantitative description of medical students' readiness to perform suturing skill before panum, after panum and at the beginning of clinical rotation quantitatively. This analytic observational cohort study used questionnaires distributed to 4th year medical students of Universitas Brawijaya. The questionnaire's response rate was 67.35%. Friedman and Wilcoxon tests were conducted to determine the difference in the readiness on performing suturing skill between three phases (before panum, after panum, and at the beginning of clinical rotation). It has been found that medical students experienced a significant increase in the readiness before and after panum with a significance value of 0,000 ($P < 0.05$). Whereas, at the beginning of clinical rotation, students tend to experience a decrease in the readiness with a significance value of 0.846 ($p > 0.05$) which indicates that there is no significant difference between after panum and the beginning of clinical rotation. To sum up, there is an increase in the readiness of students in carrying out suturing skills before panum and after panum which shows that the panum's program plays an important role in increasing the readiness of students to perform suturing skill, but when entering the clinical rotation, students experience a decrease in readiness because the majority of students are feeling anxious in dealing with real patients.

Keywords : clinical skill, suturing skill, medical students' readiness

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.4.1 Bagi Pengembangan Keilmuan.....	8
1.4.2 Bagi Bidang Akademik.....	8
1.4.3 Bagi Mahasiswa.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Standar Kompetensi Pendidikan Kedokteran Dasar Indonesia.....	9
2.2 Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI).....	10
2.3 Pembelajaran.....	14
2.3.1 Model Pembelajaran.....	15
2.3.2 Model Pembelajaran di Program Studi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.....	15
2.3.2.1 Kepaniteraan Umum (Panum).....	16
2.3.2.2 SBME.....	19
2.4 Efektivitas Pembelajaran.....	21
2.5 Keterampilan Klinis Jahit Luka.....	22
2.6 Kesiapan Mahasiswa.....	26



2.7 Tindakan Medik 29

BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN 30

3.1 Kerangka Konsep 30

3.2 Hipotesis Penelitian 31

BAB IV METODE PENELITIAN 32

4.1 Rancangan Penelitian 32

4.2 Populasi dan Sampel 32

4.2.1 Populasi Penelitian 32

4.2.2 Sampel 32

4.2.2.1 Teknik Pengambilan Sampling 33

4.2.2.2 Jumlah Sampel 33

4.3 Variabel Penelitian 34

4.3.1 Variabel Independent 34

4.3.2 Variabel Dependent 34

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian 34

4.5 Instrumen Penelitian 35

4.6 Definisi Operasional 35

4.7 Metode Pengumpulan Data 36

4.8 Alur Penelitian 37

4.9 Analisis Data 38

4.9.1 Prosedur Pengolahan Data 38

4.9.2 Teknik Analisis Data 40

BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA 41

5.1 Hasil Penelitian 41

5.1.1 Statistik Deskriptif Karakteristik Responden 41

5.1.2 Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian 43

5.2 Analisis Data 45

5.2.1 Perbedaan Tingkat Kesiapan Melakukan

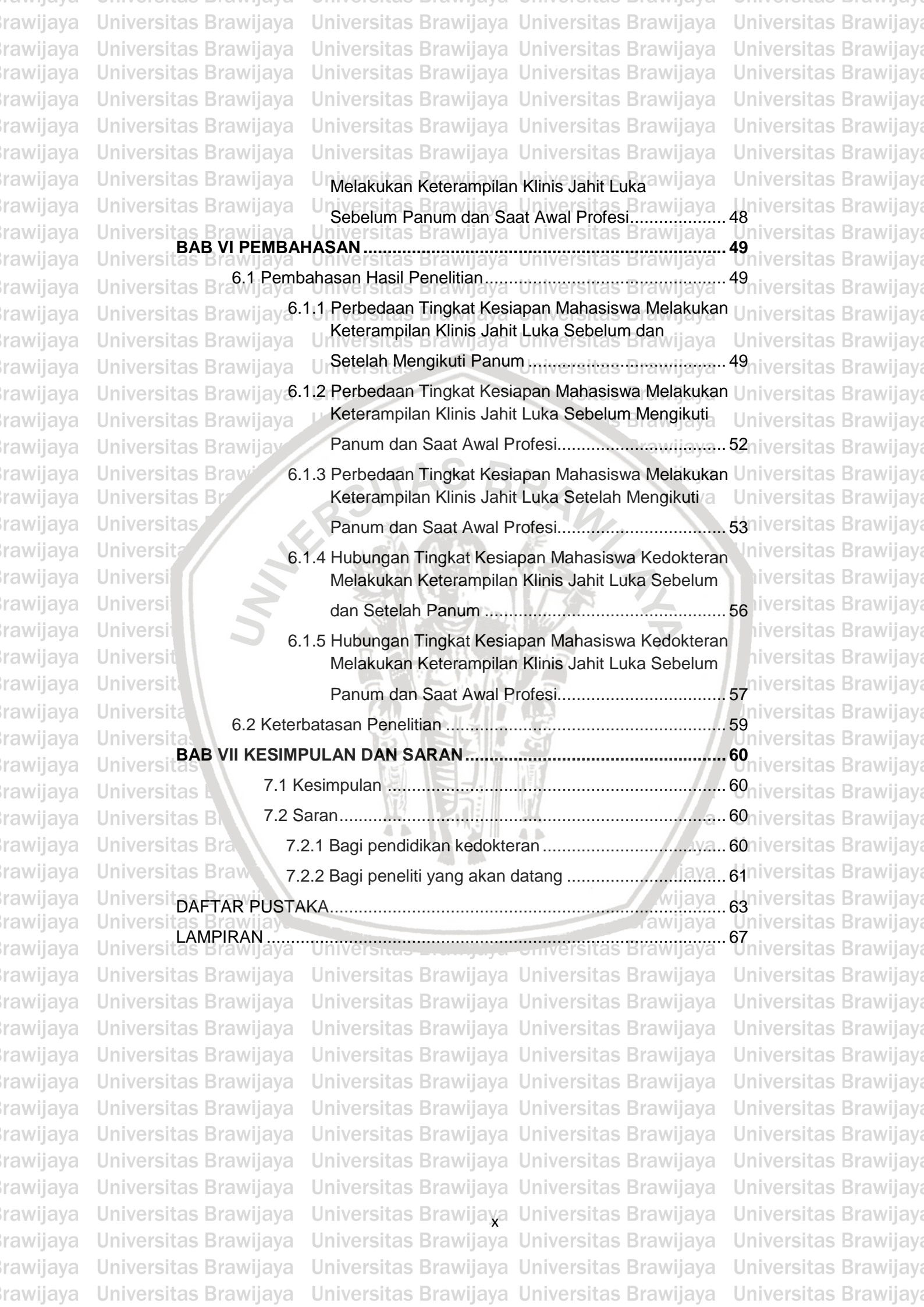
Keterampilan Klinis Jahit Luka 45

5.2.2 Hubungan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Kedokteran

Melakukan Keterampilan Klinis Jahit Luka

Sebelum dan Setelah Panum 47

5.2.3 Hubungan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Kedokteran



Melakukan Keterampilan Klinis Jahit Luka
Sebelum Panum dan Saat Awal Profesi..... 48

BAB VI PEMBAHASAN 49

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian..... 49

6.1.1 Perbedaan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Melakukan
Keterampilan Klinis Jahit Luka Sebelum dan
Setelah Mengikuti Panum..... 49

6.1.2 Perbedaan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Melakukan
Keterampilan Klinis Jahit Luka Sebelum Mengikuti
Panum dan Saat Awal Profesi..... 52

6.1.3 Perbedaan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Melakukan
Keterampilan Klinis Jahit Luka Setelah Mengikuti
Panum dan Saat Awal Profesi..... 53

6.1.4 Hubungan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Kedokteran
Melakukan Keterampilan Klinis Jahit Luka Sebelum
dan Setelah Panum 56

6.1.5 Hubungan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Kedokteran
Melakukan Keterampilan Klinis Jahit Luka Sebelum
Panum dan Saat Awal Profesi..... 57

6.2 Keterbatasan Penelitian 59

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN 60

7.1 Kesimpulan 60

7.2 Saran..... 60

7.2.1 Bagi pendidikan kedokteran 60

7.2.2 Bagi peneliti yang akan datang 61

DAFTAR PUSTAKA..... 63

LAMPIRAN 67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pondasi dan Pilar Kompetensi Dokter Menurut SKDI.....	11
Gambar 2.2 Tingkat Kemampuan Menurut Piramida Miller dan Alternatif Cara Mengujinya Pada Mahasiswa	12
Gambar 2.3 Tingkat Keterampilan Klinis, Metode Pembelajaran dan Metode Penilaian untuk Setiap Tingkat Kemampuan	14
Gambar 2.4 Model Pendidikan Dokter versi lama (a) dan baru (b) yang diterapkan di FK UB.....	17
Gambar 2.5 Jadwal Kepaniteraan Umum FK UB.....	18
Gambar 5.1 Distribusi Frekuensi Kesiapan Sebelum Panum.....	43
Gambar 5.2 Distribusi Frekuensi Kesiapan Setelah Panum.....	44
Gambar 5.3 Distribusi Frekuensi Kesiapan Saat Awal Profesi.....	44

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian	35
Tabel 5.1 Ringkasan Statistik Deskriptif Karakteristik Demografi Responden	42
Tabel 5.2 Hasil Uji Friedman.....	45
Tabel 5.3 Hasil Uji Wilcoxon Kesiapan Sebelum dan Setelah Panum.....	46
Tabel 5.4 Hasil Uji Wilcoxon Kesiapan Sebelum Panum dan Saat Awal Profesi	46
Tabel 5.5 Hasil Uji Wilcoxon Kesiapan Setelah Panum dan Saat Awal Profesi	47
Tabel 5.6 Hasil Uji Korelasi Spearman Kesiapan Sebelum dan Setelah Panum.....	48
Tabel 5.7 Hasil Uji Korelasi Spearman Kesiapan Sebelum Panum dan Saat Awal Profesi	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Statistik Frekuensi Jenis Kelamin.....	67
Lampiran 2. Statistik Frekuensi Usia.....	67
Lampiran 3. Statistik Frekuensi Jalur Masuk.....	67
Lampiran 4. Statistik Frekuensi IPK.....	67
Lampiran 5. Statistik Frekuensi Nilai OSCE Panum.....	68
Lampiran 6. Statistik Frekuensi Kesiapan Keterampilan Klinis Jahit Luka Sebelum Panum.....	68
Lampiran 7. Statistik Frekuensi Kesiapan Keterampilan Klinis Jahit Luka Setelah Panum.....	68
Lampiran 8. Statistik Frekuensi Kesiapan Keterampilan Klinis Jahit Luka Saat Awal Profesi.....	68
Lampiran 9. Analisis Uji Beda Friedman.....	69
Lampiran 10. Analisis Uji Beda Wilcoxon Kesiapan Sebelum dan Setelah Panum.....	69
Lampiran 11. Analisis Uji Beda Wilcoxon Kesiapan Sebelum Panum dan Saat Awal Profesi.....	69
Lampiran 12. Analisis Uji Beda Wilcoxon Kesiapan Setelah Panum dan Saat Awal Profesi.....	70
Lampiran 13. Analisis Uji Korelasi Spearman Sebelum dan Setelah Panum.....	70
Lampiran 14. Analisis Uji Korelasi Spearman Sebelum Panum dan Saat Awal Profesi.....	71
Lampiran 15. Surat Keterangan Kelaikan Etik.....	72
Lampiran 16. Lembar Persetujuan Sebagai Responden.....	73

Lampiran 17. Contoh Kuesioner Penelitian.....	74
Lampiran 18. Data Identitas Responden.....	75
Lampiran 19. Data Kuesioner Sebelum Panum.....	77
Lampiran 20. Data Kuesioner Setelah Panum.....	78
Lampiran 21. Data Kuesioner Saat Awal Profesi.....	80



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seorang lulusan dokter umum wajib mencapai 7 area kompetensi yang terdiri dari 3 fondasi dan 4 pilar kompetensi. Dimana 3 fondasi tersebut adalah profesionalitas yang luhur, mawas diri dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif, dan ditunjang oleh 4 pilar berupa pengelolaan informasi, landasan ilmiah ilmu kedokteran, keterampilan klinis, dan pengelolaan masalah kesehatan. Salah satu pilar kompetensi yang harus dikuasai oleh lulusan dokter adalah keterampilan klinis. Di dalam SKDI (Standar Kompetensi Dokter Indonesia), kompetensi keterampilan klinis yang harus dikuasai oleh lulusan dokter umum dikelompokkan menjadi 4 tingkatan, yakni tingkat kemampuan 1, tingkat kemampuan 2, tingkat kemampuan 3 dan tingkat kemampuan 4A serta tingkat kemampuan 4B. Dimana, pada tingkat kemampuan 4A maupun 4B, seorang lulusan dokter diharapkan mampu melakukan keterampilan klinis tersebut secara mandiri (SKDI, 2012).

Penguasaan keterampilan klinis merupakan elemen yang penting dari mutu professional lulusan pendidikan tinggi kesehatan kedokteran (Suryadi, 2008). Menurut Zubair Amin (2009), proses belajar dan mengajar pada pendidikan kedokteran sebesar 50% nya merupakan proses pembelajaran keterampilan klinis. Pembelajaran keterampilan klinis mencakup tiga kompetensi yaitu *knowledge*, *skill* dan *attitude* yang harus dimiliki oleh seorang dokter (Dent, 2005). Pencapaian kompetensi keterampilan klinis tersebut menurut Miller dibagi menjadi empat tahap yaitu *knows* (tahu atau pengetahuan dasar), *knows how* (tahu bagaimana melakukan), *show how*

(menunjukkan bagaimana melakukan) dan yang tertinggi adalah *does* (mampu melakukan).

Pada mulanya keterampilan klinis dasar diajarkan pada saat mahasiswa memasuki kepaniteraan klinik di rumah sakit, namun seiring dengan meningkatnya tuntutan pasien dan kebutuhan mahasiswa, dibuktikan bahwa kepaniteraan klinik saja tidak cukup untuk memberikan pembekalan keterampilan klinis dasar yang komprehensif. Oleh karena itu, diperkenalkan sebuah modifikasi sistem pengajaran yang disebut laboratorium keterampilan klinis atau *skill lab* (Remmen *et al.*, 1999; Dent, 2002). *Skill lab* merupakan wahana bagi mahasiswa untuk belajar keterampilan klinis dasar dengan pengaturan dokter-pasien namun dilakukan dalam suasana latihan (Dirjen Pendidikan Tinggi Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan, 2010; Pedoman Akademik FK UB, 2017).

Skill lab pertama kali diterapkan di *University of Illinois* dan *University of Maastricht* pada tahun 1970. Tujuan diterapkannya *skill lab* dalam kurikulum kedokteran ini adalah untuk meningkatkan kemampuan praktik klinis mahasiswa kedokteran (Bugaj *et al.*, 2016). *Skill lab* sudah banyak diadopsi oleh berbagai fakultas kedokteran di berbagai belahan dunia sejak pertama kali diperkenalkan. Sedangkan di Indonesia, *skill lab* baru diterapkan ketika SKDI disahkan pada tahun 2006. SKDI tersebut dipergunakan sebagai acuan institusi pendidikan kedokteran di Indonesia untuk menyusun kurikulum (KKI, 2006). Materi pelatihan *skill lab* umumnya disesuaikan dengan modul *Problem Based Learning* (PBL) yang sedang berlangsung, sehingga selain mempelajari teori dan kasus, mahasiswa juga mendapat pembelajaran keterampilan klinis yang sesuai (KKI, 2012). Beberapa Fakultas Kedokteran di Indonesia telah

menerapkan *skill lab* sejak tahun pertama mahasiswa kuliah. Adapun fakultas kedokteran tersebut adalah FK UGM, UI dan Unissula, sedangkan FK Unair masih menerapkan kurikulum dengan sistem yang berbasis disiplin ilmu, sudah memasukkan pelatihan di laboratorium keterampilan klinis sejak awal dan berlangsung setiap semester (Firmansyah, 2012).

Dengan adanya *skill lab*, mahasiswa dapat berlatih menggunakan pasien simulasi atau manekin. Namun, permasalahan muncul ketika mahasiswa kedokteran memasuki pendidikan profesi, yaitu ketika mereka bertemu dengan pasien yang sebenarnya untuk pertama kali. Permasalahan ini sering terjadi, karena mahasiswa sering kali merasa tidak siap melakukan suatu prosedur medis / keterampilan klinis yang semula dilakukan pada manekin di *skill lab*, kemudian harus diterapkan ke pasien yang sebenarnya (Smith, 2006).

Terdapat sekitar 275 keterampilan klinis yang wajib dikuasai oleh lulusan dokter. Dalam rangka mencapai kompetensi tersebut, mahasiswa kedokteran wajib menjalani pendidikan akademik selama 3,5 tahun sebagai bekal untuk menempuh pendidikan profesi selama hampir 2 tahun atau sekitar 96 minggu (Peraturan Pendidikan Dokter Profesi FKUB, 2013). Selama menempuh Pendidikan akademik mahasiswa dibekali teori tentang sebagian besar jenis penyakit terutama level kompetensi 3A sampai dengan 4A, termasuk teori dan praktik keterampilan klinis menggunakan manekin atau pasien simulasi yang kemudian akan diuji menggunakan OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) dengan harapan ketika menjalani tahap profesi calon dokter sudah telah siap menghadapi pasien sesungguhnya (Pedoman Akademik FK UB, 2017).

Di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, untuk mempersiapkan mahasiswa kedokteran memasuki tahap profesi atau kepaniteraan klinik, maka diselenggarakan suatu program kepaniteraan umum (panum). Program ini bertujuan untuk menjembatani jurang pemisah antara kuliah yang diberikan kepada mahasiswa di ruang kelas dengan situasi klinik kelak saat menangani pasien. Kepaniteraan umum ini juga dilaksanakan untuk mempersiapkan calon dokter muda yang lebih baik. Namun, pembelajaran pada program kepaniteraan umum ini masih menggunakan model pembelajaran SBME (*Simulation Based Medical Education*), dimana model pembelajaran tersebut berbeda dari *setting* klinik yang sesungguhnya.

Di dalam kepaniteraan umum (panum) FK UB, mahasiswa kedokteran diajarkan keterampilan klinis jahit luka. Keterampilan klinis jahit luka ini merupakan keterampilan klinis yang berkompetensikan 4A, dimana seorang lulusan dokter diharapkan mampu melakukan keterampilan klinis tersebut secara mandiri (SKDI, 2012). Keterampilan jahit luka ini sangat dibutuhkan dimanapun, baik itu di rumah sakit maupun di puskesmas. Pada umumnya keterampilan klinis jahit luka dibutuhkan untuk menangani kasus-kasus tertentu seperti kasus cedera. Kasus cedera ini merupakan kasus yang sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Menurut data Riskesdas (2013) menunjukkan bahwa prevalensi kejadian cedera mengalami kenaikan dari 7,5 persen (RKD 2007) menjadi 8,2 persen (RKD 2013).

Keterampilan klinis jahit luka ini juga dibutuhkan oleh mahasiswa kedokteran ketika dihadapkan dengan pasien yang mengalami luka, seperti pada kasus robekan jalan lahir, sirkumsisi, luka operasi, dan lain sebagainya. Penguasaan keterampilan klinis ini sangat diperlukan sebelum mahasiswa

kedokteran memasuki tahap profesi di rumah sakit pendidikan. Tujuan dari pembelajaran keterampilan klinis ini adalah untuk menciptakan calon dokter yang professional dibidangnya. Hal ini dikarenakan kedokteran merupakan profesi yang membutuhkan penguasaan sejumlah besar pengetahuan dan keterampilan klinis, termasuk di dalamnya adalah standar yang tinggi akan kebiasaan dan perilaku yang tepat. Penguasaan perilaku profesional dapat dicapai melalui pembelajaran profesionalisme yang dimulai sejak awal masuk pendidikan kedokteran (Jha *et al.*, 2006).

Pembelajaran keterampilan klinis jahit luka pada program kepaniteraan umum yang dilakukan di FK UB, diberikan dalam bentuk simulasi dengan alat dan bahan di dalam sebuah kelas kecil selama 1 x 180 menit. Selain itu, mata kuliah *doctoring* yang diselenggarakan pada semester 3 juga mengajarkan tentang teori perawatan luka dan *basic minor surgical skill*. Sehingga dengan adanya model pembelajaran tersebut diharapkan mahasiswa kedokteran sudah menguasai baik secara teori maupun praktik. Namun hingga saat ini belum pernah dilakukan evaluasi atau penelitian tentang efektivitas model pembelajaran tersebut terhadap tingkat kesiapan mahasiswa setelah berada di tahap profesi.

Disisi lain, seiring dengan berjalannya waktu, pembelajaran keterampilan klinis dengan pasien sesungguhnya mendapatkan banyak perdebatan. Hal ini dikaitkan dengan resiko keselamatan pasien, hak autonomi pasien dan etika. Sehingga memunculkan model pembelajaran SBME (*Simulation Based Medical Education*) yang menggunakan sistem simulasi untuk pembelajaran keterampilan klinis menggunakan menekin dan berbagai jenis pasien terstandarisasi lainnya (Ziv *et al.*, 2005). Sedangkan, model pembelajaran

yang terbaik adalah pembelajaran yang melibatkan kontak langsung dengan pasien sesungguhnya, dikarenakan model pembelajaran ini berperan penting dalam pengembangan penalaran klinis, keterampilan komunikasi, sikap profesional dan empati mahasiswa (Spencer *et al.*, 2000). Model pembelajaran ini juga dapat meningkatkan motivasi belajar, retensi memori serta dapat memberikan pengetahuan baru bagi mahasiswa kedokteran. Selain itu, model pembelajaran dengan kontak langsung pada pasien juga dapat meningkatkan integrasi baik itu teori dan praktik sehingga mahasiswa akan dapat beradaptasi dengan lingkungan praktik klinis yang sebenarnya (Diemers *et al.*, 2008).

Untuk itu perlu dilakukan evaluasi terkait proses pembelajaran keterampilan klinis melalui penilaian kesiapan mahasiswa terhadap efektivitas pembelajaran. Penilaian efektivitas pembelajaran ini dapat dilihat dari sisi persepsi maupun sikap seseorang dalam hal ini persepsi kesiapan melakukan keterampilan klinis sesuai tujuan pembelajaran kepaniteraan umum (Daryanto, 2010; FKUB, 2011).

Berdasarkan, latar belakang tersebut diatas maka menurut peneliti penting untuk dilakukan penelitian dalam menilai efektivitas pembelajaran keterampilan klinis jahit luka yang dapat dinilai melalui persepsi kesiapan melakukan tindakan medik jahit luka yang dilakukan sebelum menjalani kepaniteraan umum dan setelah menjalani kepaniteraan umum dibandingkan ketika saat awal menjalani tahap profesi, berhadapan dengan pasien sesungguhnya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang yang sudah dipaparkan di atas, maka peneliti merumuskan sebuah permasalahan yang diangkat dalam penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Bagaimana tingkat kesiapan mahasiswa kedokteran sebelum panum, setelah panum dan saat awal profesi dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka?
- b. Apakah terdapat perbedaan tingkat kesiapan mahasiswa kedokteran sebelum panum, setelah panum dan saat awal profesi dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka?
- c. Bagaimana hubungan tingkat kesiapan mahasiswa kedokteran sebelum panum, setelah panum dan saat awal profesi dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini memiliki tujuan untuk menganalisis efektivitas pembelajaran keterampilan klinis jahit luka melalui tingkat kesiapan melakukan tindakan medik jahit luka.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui tingkat kesiapan mahasiswa kedokteran sebelum panum, setelah panum, dan saat awal profesi dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka.

2. Mengetahui perbedaan tingkat kesiapan mahasiswa kedokteran sebelum panum, setelah panum, dan saat awal profesi dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka.

3. Mengetahui hubungan tingkat kesiapan mahasiswa kedokteran melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum panum dengan kesiapan setelah panum dan saat awal profesi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembangan Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan dalam bidang ilmu pendidikan kedokteran (*medical education*).

1.4.2 Bagi Bidang Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah evaluasi dari bagian akademik mengenai proses mengoptimalkan keterampilan klinis mahasiswa kedokteran yang akan memasuki tahap profesi di rumah sakit pendidikan, sehingga dapat menciptakan lulusan dokter yang berkompentensi di bidangnya.

1.4.3 Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah evaluasi bagi mahasiswa pendidikan dokter terkait dengan kesiapan dalam melakukan tindakan keterampilan klinis, supaya bisa lebih mengembangkan lagi kemampuan praktis klinis pada saat tahap profesi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Standar Kompetensi Pendidikan Kedokteran Dasar Indonesia

Pada sejumlah institusi pendidikan kedokteran dasar di Indonesia telah menerapkan kurikulum berbasis kompetensi (KBK) sejak tahun 2006. Kurikulum berbasis kompetensi (KBK) menekankan metode pembelajarannya berdasarkan kompetensi atau kemampuan yang harus dimiliki seorang lulusan dokter setelah menyelesaikan Pendidikan. Terdapat 7 kompetensi utama yang tertuang dalam KIPDI III (Standar Kompetensi Pendidikan Kedokteran Dasar Indonesia), yaitu keterampilan komunikasi efektif, keterampilan klinis dasar, keterampilan menerapkan dasar-dasar ilmu, keterampilan pengelolaan masalah kesehatan, memanfaatkan dan menilai secara kritis teknologi informasi, mawas diri dan pengembangan diri dengan belajar sepanjang hayat, serta mencakup etika, moral dan profesionalisme dalam praktek (KIPDI III, 2006).

Salah satu kompetensi utama yang berperan dalam meningkatkan performa / kinerja lulusan dokter adalah keterampilan klinis dasar. Komponen kompetensi yang ada dalam area keterampilan klinis dasar ini antara lain adalah mendapatkan dan mencatat informasi yang akurat serta penting tentang pasien, melakukan pemeriksaan fisik umum, melakukan pemeriksaan fisik sesuai masalah pasien, melakukan prosedur klinik rutin, melakukan prosedur laboratorium dan diagnostik rutin, melakukan prosedur kedaruratan / penting klinik, menentukan dan menilai hasil pemeriksaan laboratorium dan diagnostik yang relevan, merangkum dari interpretasi anamnesis, pemeriksaan fisik, uji laboratorium dan prosedur yang

sesuai, menjelaskan kepada pasien hal-hal yang berkaitan dengan berbagai prosedur klinik (KIPDI III, 2006).

KIPDI III juga menjelaskan bahwa sebuah kurikulum FK/PSKD juga harus memuat di antaranya adanya *setting* pembelajaran keterampilan medik dasar mulai dari pelatihan di laboratorium keterampilan medik dasar sampai tingkat pengalaman belajar menghadapi kasus di klinik serta adanya sistem evaluasi hasil pembelajaran untuk menilai pencapaian kompetensi yang diharapkan dari pendidikan kedokteran ini. Oleh karena itu, seorang dokter harus mempunyai keterampilan klinis dasar tersebut untuk menjamin profesinya sebagai dokter yang handal dan profesional (KIPDI III, 2006).

2.2 Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI)

Standar Kompetensi Dokter Indonesia terdiri atas 7 (tujuh) area kompetensi yang diturunkan dari gambaran tugas, peran, dan fungsi dokter layanan primer. Kompetensi dibangun dengan pondasi yang terdiri atas profesionalitas yang luhur, mawas diri dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif, dan ditunjang oleh pilar berupa pengelolaan informasi, landasan ilmiah ilmu kedokteran, keterampilan klinis, dan pengelolaan masalah kesehatan. Setiap area kompetensi dijabarkan menjadi beberapa komponen kompetensi, yang dirinci lebih lanjut menjadi kemampuan yang diharapkan di akhir pendidikan kedokteran (SKDI, 2012).



PONDASI DAN PILAR KOMPETENSI DOKTER

© REVISI STANDAR KOMPETENSI DOKTER
KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA JAKARTA 2012



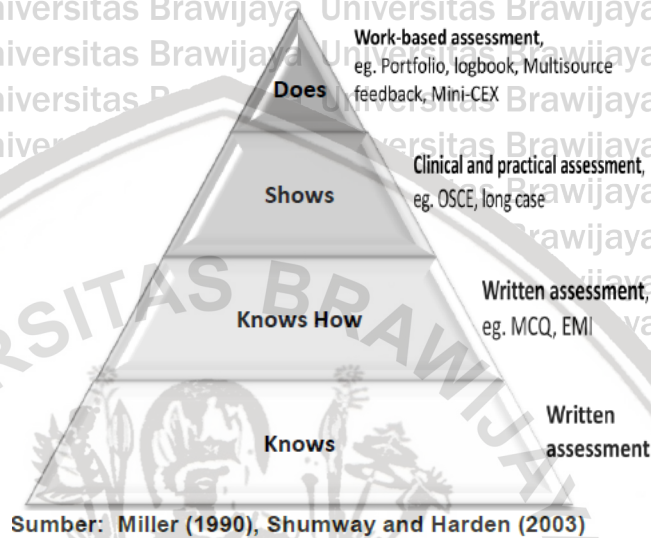
Gambar 2.1 Pondasi dan Pilar Kompetensi Dokter Menurut SKDI

Keterampilan klinik termasuk dalam pilar kompetensi dokter (poin 7)

Konsil Kedokteran Indonesia (2012) menyatakan bahwa salah satu area kompetensi yang diharapkan dari lulusan dokter di Indonesia adalah keterampilan klinis. Keterampilan klinis / *clinical skill* merupakan bagian dari kompetensi dokter dalam hal keterampilan mengaplikasikan ilmu kedokteran terhadap seorang pasien berdasarkan prosedur kedokteran dalam *setting* praktik klinik. Keterampilan klinis adalah kegiatan mental dan / atau fisik yang terorganisasi serta memiliki bagian-bagian kegiatan yang saling bergantung dari awal hingga akhir. Keterampilan klinis ini digunakan dalam membangun diagnosis maupun menyelesaikan suatu masalah kesehatan (Manual Prosedur Pembelajaran Keterampilan Klinik FK UB, 2011).

Dalam SKDI (2012) terdapat daftar keterampilan klinis yang dikelompokkan menurut sistem tubuh manusia. Daftar Keterampilan Klinis tersebut digunakan sebagai acuan / pedoman bagi institusi pendidikan dokter dalam menyiapkan sumber daya yang berkaitan dengan keterampilan minimal yang harus dikuasai oleh lulusan dokter layanan primer. Pada setiap keterampilan klinis yang tertera

dalam daftar telah ditetapkan tingkat kemampuan yang harus dicapai di akhir pendidikan dokter dengan menggunakan Piramida Miller (*knows, knows how, shows how, does*) seperti yang terlihat pada gambar 2.2



Gambar 2.2 Tingkat Kemampuan Menurut Piramida Miller dan Alternatif Cara Mengujinya pada Mahasiswa

- a. Tingkat kemampuan 1 (***Knows***) bahwa lulusan dokter mampu mengetahui dan menjelaskan pengetahuan teoritis, yang dapat dicapai mahasiswa melalui perkuliahan, diskusi, penugasan, dan belajar mandiri.
- b. Tingkat kemampuan 2 (***Knows How***) bahwa lulusan dokter pernah melihat atau mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung mengenai keterampilan terkait pada pasien / masyarakat.
- c. Tingkat kemampuan 3 (***Shows how***) bahwa lulusan dokter pernah melakukan atau pernah menerapkan keterampilan tersebut di bawah supervisi.

d. Tingkat kemampuan 4 (**Does**) bahwa lulusan dokter mampu melakukan keterampilan klinis tersebut secara mandiri

Pada tingkat kemampuan 4 (**Does**) terbagi menjadi dua, yaitu tingkat kemampuan 4A dan 4B. Tingkat kemampuan 4A adalah tingkat kemampuan (keterampilan) yang dicapai pada saat lulus dokter. Sedangkan tingkat kemampuan 4B adalah profisiensi (kemahiran) yang dicapai setelah selesai *internship* dan / atau Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB). Di dalam Daftar Keterampilan Klinis SKDI, tingkat kompetensi tertinggi adalah 4A (SKDI, 2012).

Pencapaian kompetensi keterampilan klinis tersebut dilakukan secara bertahap, dimulai dari tingkat kemampuan pertama (*knows*) sampai tingkat kemampuan ketiga (*shows*) yang dicapai pada tahap pendidikan akademik yaitu pada saat semester 1 sampai dengan semester 7. Sedangkan, untuk tingkat kemampuan keempat (*does*) dicapai pada tahap pendidikan profesi ketika mahasiswa sudah berada di tempat bekerja yang sesungguhnya (*real setting*) dimana akan dihadapkan pada pasien sesungguhnya (Pedoman Akademik FKUB, 2013). Selain tingkat kemampuan keempat (*does*), tingkat kemampuan pertama sampai dengan ketiga juga masih diterapkan pada tahap pendidikan profesi.

Tingkat kemampuan *shows* dapat muncul pada tahap pendidikan profesi dan bertahap sampai mencapai tingkat kemampuan *does*. Begitu pula dengan tingkat kemampuan *knows* dan *knows how* yang masih didapatkan pada tahap pendidikan profesi, seperti pada saat diskusi dan observasi secara langsung.

Sehingga meskipun sebenarnya penilaian pendidikan profesi yang tepat adalah jenis *workbased assessment*, namun pada tahap profesi juga terdapat ujian tulis, *case-based exam*, *morning report*, dan OSCE yang merupakan asesmen

untuk tingkat kemampuan 1 (*knows*), 2 (*knows how*) atau 3 (*shows*) sesuai pada gambar 2.3

Kriteria	Tingkat 1	Tingkat 2	Tingkat 3	Tingkat 4A
Tingkat Keterampilan Klinis	Mengetahui teori keterampilan	Memahami <i>clinical reasoning</i> dan <i>problem solving</i>	Mampu melakukan di bawah supervisi	Mampu melakukan secara mandiri
Metode Pembelajaran	Perkuliahan, diskusi, penugasan, belajar mandiri	Observasi langsung, demonstrasi	Berlatih dengan alat peraga atau pasien tersandar	Melakukan pada pasien
Metode Penilaian	Ujian tulis	Penyelesaian kasus secara tertulis dan/ atau lisan (<i>oral test</i>)	<i>Objective Structured Clinical Examination</i> (OSCE)	<i>Workbased Assessment</i> seperti <i>mini-CEX</i> , <i>portofolio</i> , <i>logbook</i> , dsb

Gambar 2.3 Tingkat Keterampilan Klinis, Metode Pembelajaran dan Metode Penilaian untuk setiap tingkat Kemampuan (SKDI, 2012)

Pada tingkat 1, mahasiswa diwajibkan untuk mengetahui teori keterampilan yang diajarkan melalui perkuliahan, diskusi, maupun belajar mandiri. Metode penilaian yang dapat dilakukan untuk mengukurnya adalah dengan ujian tulis.

Pada tingkat 2, mahasiswa diwajibkan untuk mengetahui teori dan dapat memahami *clinical reasoning* dan *problem solving* melalui observasi langsung dan demomhamsi. Metode penilaian pada tingkat ini adalah dengan penyelesaian kasus baik secara tertulis maupun lisan.

Pada tingkat 3, mahasiswa diharapkan mampu melakukan keterampilan klinis dibawah supervisi melalui alat peraga ataupun pasien terstandarisasi dengan metode penilaian menggunakan OSCE.

Pada tingkat 4, mahasiswa diharapkan mampu melakukan secara mandiri pada pasien sesungguhnya, dengan metode penilaian *mini-CEX*, *portofolio*, *logbook*, dan lain sebagainya

2.3 Pembelajaran

Pembelajaran merupakan perpaduan dari dua aktivitas belajar dan mengajar. Aktivitas belajar secara metodologis cenderung lebih dominan pada peserta didik, sementara mengajar secara instruksional dilakukan oleh pendidik.

Menurut Undang Undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional

Pasal 1 ayat 20 menyatakan bahwa pembelajaran adalah proses interaksi peserta didik dengan pendidik dan sumber belajar pada suatu lingkungan belajar. Menurut pengertian ini, pembelajaran merupakan bantuan yang diberikan pendidik agar

dapat terjadi proses pemerolehan ilmu dan pengetahuan, penguasaan kemahiran dan tabiat, serta pembentukan sikap dan keyakinan pada peserta didik. Dengan kata lain, pembelajaran adalah proses untuk membantu peserta didik agar dapat belajar dengan baik (Ahmad Susanto, 2016). Selain itu, kegiatan pembelajaran juga dirancang untuk memberikan pengalaman belajar yang melibatkan proses mental dan fisik melalui interaksi antar peserta didik, peserta didik dengan pendidik, lingkungan dan sumber belajar lainnya dalam rangka pencapaian kompetensi dasar (BSNP, 2006).

2.3.1 Model Pembelajaran

Menurut Adi (dalam Suprihatiningrum, 2013) memberikan definisi model pembelajaran merupakan kerangka konseptual yang menggambarkan prosedur dalam mengorganisasikan pengalaman pembelajaran untuk mencapai tujuan pembelajaran. Model pembelajaran berfungsi sebagai pedoman pendidik dalam merencanakan dan melaksanakan kegiatan pembelajaran. Winataputra (1993) mengartikan model pembelajaran sebagai kerangka konseptual yang melukiskan prosedur yang sistematis dalam mengorganisasikan pengalaman belajar untuk mencapai tujuan belajar tertentu dan berfungsi sebagai pedoman bagi perancang pembelajaran dan para pendidik dalam merencanakan dan melaksanakan aktivitas belajar-mengajar (Suyanto dan Jihad, 2013).

2.3.2 Model Pembelajaran di Program Studi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Merujuk pada Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SNPT) dan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI), Program Studi Sarjana Kedokteran (PSSKed) Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya (FK UB) menerapkan pendekatan pendidikan berbasis luaran (*outcome based education*) dalam bentuk Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK). Melalui pendekatan KBK, segenap proses,

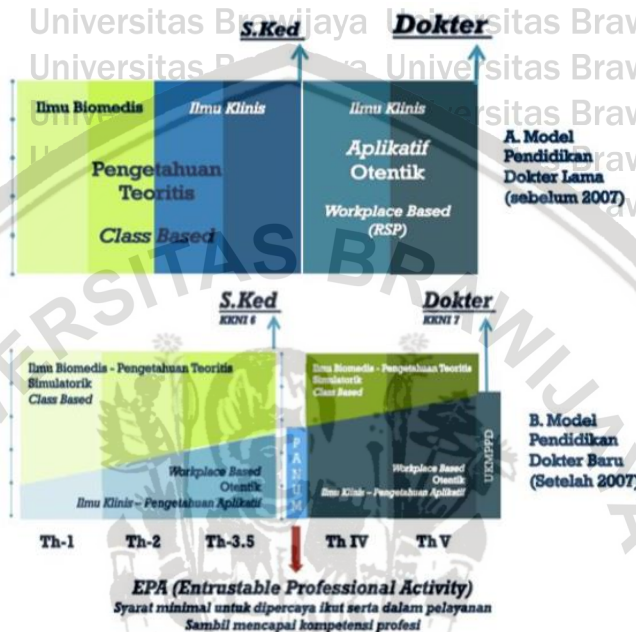
materi dan asesmen diarahkan untuk mencapai rumusan capaian pembelajaran yang diharapkan institusi. Dari adaptasi berbagai Standar Nasional dan Standar Kompetensi Internasional yang telah disesuaikan, maka Program Studi Sarjana Kedokteran pada tahap akademik telah menentukan sistematis capaian pembelajaran yang disebut Standar Kompetensi Lulusan PSSKed FKUB. Capaian pembelajaran program ini kemudian dijabarkan menjadi capaian pembelajaran mata kuliah kompetensi / blok hingga tujuan pembelajaran pada tiap kegiatan akademik (Pedoman Akademik FKUB, 2017).

2.3.2.1 Kepaniteraan Umum (Panum)

Kepaniteraan umum (panum) adalah suatu program yang diselenggarakan oleh fakultas kedokteran untuk memantapkan skill / keterampilan klinis calon dokter muda. Program kepaniteraan umum (panum) ini diberikan pada akhir pendidikan sarjana kedokteran, sebelum mahasiswa masuk klinik dalam rangka pendidikan profesi. Di dalam pelaksanaannya, program ini memberikan pemahaman dasar tentang aspek etik dan medikolegal, prinsip *universal precaution* dan *patient safety*, serta pemahaman tentang tahap-tahap untuk menentukan diagnosis dan tatalaksana yang tepat dan rasional. Adanya program kepaniteraan umum (panum) ini bertujuan untuk meningkatkan profisiensi calon dokter muda saat memasuki rotasi klinik. Keterampilan klinis harus dikuasai sebelum calon dokter muda mengikuti rotasi klinik. Hal ini disebabkan karena fase rotasi klinik merupakan *real setting* dan di fase ini calon dokter muda tersebut akan menghadapi pasien sesungguhnya (Winarsih S., 2013).

Kepaniteraan umum (panum) di FK UB mulai dicanangkan sejak tahun 2007, seperti yang terlihat dalam gambar 2.4. Dalam program kepaniteraan umum yang dilaksanakan di FK UB terdapat berbagai kegiatan diantaranya adalah

persiapan yaitu dengan menyediakan buku panduan dan pembekalan sebelum praktik lapangan. Setelah itu, dilakukan pelaksanaan dan evaluasi. Evaluasi pada tahap kepaniteraan umum ini terdiri dari ujian teori dan keterampilan klinis yang diuji dengan OSCE (Manual Prosedur Akademik FK UB, 2007).



Gambar 2.4 Model Pendidikan Dokter versi lama (a) dan baru (b) yang diterapkan di FK UB (Pedoman Akademik PSPD tahun 2017-2018)

Pada model pendidikan dokter versi lama (a), FK UB belum menerapkan program kepaniteraan umum, sedangkan pada model pendidikan dokter versi baru (b) yang telah dicanangkan sejak tahun 2007, terdapat program kepaniteraan umum yang digunakan khusus untuk melatih mahasiswa preklinik yang akan memasuki rotasi klinik di rumah sakit pendidikan

Pembelajaran keterampilan klinis di kepaniteraan umum FK UB dilaksanakan selama kurang lebih 2 bulan sebelum mahasiswa kedokteran memasuki rotasi klinik di rumah sakit, seperti yang terlihat pada gambar 2.5.

Pembelajaran dimulai dengan pemaparan materi dalam kuliah kelas besar, kemudian dilanjutkan dengan simulasi keterampilan klinis dalam kelas kecil.

Terdapat beberapa keterampilan klinis dasar yang diajarkan dalam kepaniteraan umum, beberapa diantaranya adalah keterampilan klinis pemasangan infus, injeksi intramuskular, pap smear, pemasangan kateter, jahit luka, pemeriksaan colok

dubur, *basic life support*, penulisan resep, pemeriksaan elektrokardiogram (EKG), pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), vena pungsi, asuhan persalinan normal (APN), sirkumsisi dan lain sebagainya. Keterampilan klinis tersebut diberikan dalam bentuk simulasi dengan alat dan bahan dalam sebuah kelas kecil selama 1 x 180 menit. Setelah diberikan contoh simulasi oleh tutor, mahasiswa diminta untuk mencoba satu per satu keterampilan klinis tersebut pada manekin untuk dapat diberi masukan ataupun *feedback* dari tutor.

NO	HARI	TGL	JAM	Materi
1	SENIN	06-Aug	08.00 - 09.00	Etika dan Hukum Kedokteran, diskusi masalah etika dan hukum kedokteran, dr. Eriko Prawestiningtyas, SpF
			09.00 - 10.00	Informasi tentang peraturan dan tata tertib pada pendidikan tahap Profesi Dokter, KPS PSPD
			10.00 - 11.00	Cara belajar pada pendidikan tahap Profesi Dokter, dr. Nurrahma Wahyu Fitriyani, M.Med.Ed
			11.00 - 12.00	Komunikasi dan Diskusi Komunikasi, dr. Arief Alamsyah, MARS
2	SELASA	07-Aug	13.00 - 14.00	Penjelasan tentang Kepaniteraan Klinik Umum / PANUM, dr. Ahmad Dian Wahyudiono, Sp.THT-KL
			08.00 - 09.00	Program Pengendalian Infeksi, dr. Dewi Sastosaningsih, M.Kes
			09.00 - 10.00	Peran Dokter Muda dalam Akreditasi Rumah Sakit, Euis Komala Restiawati, S.Kep. Ners., MMRS
			10.00 - 11.00	Penjelasan tentang hak-hak dan kewajiban Dokter Muda peserta Kepaniteraan Klinik Umum Madya RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
3	RABU	08-Aug	07.30 - 08.30	Kuliah Pengantar <i>Clinical Diagnosis Reasoning</i> oleh dr. Nurrahma Wahyu Fitriyani, M.Med.Ed
			08.30 - 10.00	Kuliah Pengertian dan penggunaan Clinical Pathway Rumah Sakit & Praktik Mandiri (Pedoman Praktik Layanan Primer) oleh dr. Triwahju Astuti, M.Kes, SpP(K)
			10.00 - 12.00	<i>Kuliah Aplikasi EBM dalam Praktik Medis (Termasuk Penggunaan Aplikasi Online)</i> oleh dr. Satrio Wiboso, SpA
			13.00 - 15.00	Kuliah Klasifikasi Penyakit Berdasar SKDI, dan ICCS WONCA - Diskusi : Metode bertanya berbasis penalaran (<i>reasoning based history taking</i>) oleh dr. A Dian W, SpTHT-KL
4	KAMIS	09-Aug	08.00 - 10.00	Keterampilan Diagnosis & terapi Pasien dengan Keluhan Nyeri musculoskeletal oleh dr. B.P Putra Suryana, SpPD - Sumber-sumber belajar yang relevan
			10.00 - 12.00	Keterampilan Diagnosis & terapi Pasien dengan Keluhan Gangguan Pada Sistem Syaraf (Sakit Kepala, Defisit Neurologis, Plegi dsb) oleh dr. Shahdevi Nandar K, SpS - Algoritma diagnosis dan terapi - Sumber-sumber belajar yang relevan
			13.00 - 16.00	Keterampilan Diagnosis & terapi Pasien dengan Keluhan Nyeri Viseral Rongga Tubuh oleh dr. C. Singgih Wahono, SpPD - Sumber-sumber belajar yang relevan
5	JUMAT	10-Aug	08.00 - 10.00	Keterampilan Diagnosis & terapi Pasien dengan gangguan Respirasi oleh dr. Triwahju Astuti, M.Kes, SpP (K)
			10.00 - 12.00	Keterampilan Diagnosis & terapi Pasien dengan Keluhan Kulit dan Integumen oleh dr. Sinta Murlistyarini, SpKK
			13.00 - 15.00	Keterampilan Diagnosis & terapi Kasus tersering pada Anak-anak oleh Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si. Med, Sp A (K)

RUANG DISKUSI LABSKILL GPB LANTAI 6				
6	RABU	15-Aug	08.00 - 11.00	RIKS ABDOMENT
			13.00 - 16.00	Psikiatri
7	KAMIS	16-Aug	08.00 - 11.00	RADIOLOGI
			13.00 - 16.00	RIX THORAX : PARU
8	SENIN	20-Aug	08.00 - 11.00	AKDR DAN PAPSMEAR
			13.00 - 16.00	PEMASANGAN IMPLANT
9	SELASA	21-Aug	08.00 - 11.00	THT
			13.00 - 16.00	NEUROLOGI
10	KAMIS	23-Aug	08.00 - 11.00	MATA
			13.00 - 16.00	KULIT
11	JUMAT	24-Aug	08.00 - 11.00	VENA PUNGSI, DL
			13.00 - 16.00	APN
12	SENIN	27-Aug	08.00 - 11.00	RIX THORAX : JANTUNG
			13.00 - 16.00	EKG
13	SELASA	28-Aug	08.00 - 11.00	PENULISAN RESEP
			13.00 - 16.00	SIRKUMSISI
14	RABU	29-Aug	08.00 - 11.00	PATIENT SAFETY
			13.00 - 16.00	BLS Dewasa+Anak
15	KAMIS	30-Aug	08.00 - 11.00	JAHIT DAN RAWAT LUKA
			13.00 - 16.00	PEMASANGAN INFUS
16	JUMAT	31-Aug	08.00 - 11.00	PEMASANGAN KATETER dan RT
			13.00 - 16.00	CR ANAK
17	SENIN	03-Sep	08.00 - 11.00	CR IPD
			13.00 - 16.00	CR Paru
18	SELASA	04-Sep	08.00 - 11.00	CR Syaraf
			13.00 - 16.00	Bidai
19	RABU	05-Sep	08.00 - 11.00	Tes Alergi
			13.00 - 16.00	Mamae
20	KAMIS	06-Sep	08.00 - 11.00	Put it all together
			13.00 - 16.00	Ujian Tulis
21	JUMAT	07-Sep	08.00 - 11.00	OSCE PANUM

Gambar 2.5 Contoh Jadwal Kepaniteraan Umum FK UB

Kegiatan kepaniteraan umum dimulai dengan kuliah kelas besar selama 5 hari (senin-jumat), kemudian dilanjutkan dengan simulasi keterampilan klinis di laboratorium skill selama +/- 1 bulan.

2.3.2.2 Simulation Based Medical Education (SBME)

Salah satu bentuk metode pendidikan kedokteran yang menggunakan prinsip simulasi untuk meniru skenario klinik yang nyata adalah *Simulation Based Medical Education (SBME)* (Ziv *et al.*, 2005). Metode simulasi ini dilaksanakan dengan dasar mengutamakan keselamatan pasien dan membangun kualitas perawatan pasien yang baik (Akaike *et al.*, 2012). SBME ini memberikan kontribusi untuk mengurangi kejadian eror selama praktisi menjalani praktik klinik yang nyata.

Hal tersebut dilakukan dengan cara meningkatkan kompetensi dan kinerja praktisi dalam berbagai aspek termasuk keterampilan klinis, manajemen pasien, kerja sama tim dan pengambilan keputusan (Ziv *et al.*, 2005).

Dalam *Simulation Based Medical Education* ini, digunakan alat simulasi yang berfungsi sebagai alternatif untuk menggantikan pasien nyata (Ziv *et al.*,

2005). Beberapa contoh alat simulasi yang digunakan termasuk menggunakan manekin, cadaver manusia, model plastik sederhana untuk pelatihan tugas parsial, *animal models*, *screen-based virtual-reality*, dan *standardized patients* atau yang biasa disebut pasien simulasi (Akaike *et al.*, 2012). Pembelajaran dengan berbagai macam model simulator tersebut akan menimbulkan potensi negatif jika simulator atau simulasi yang diberikan tidak memadai sehingga tidak dapat menyampaikan pesan pembelajaran yang tepat kepada mahasiswa. Hal ini dikarenakan manekin tidak dapat merepresentasikan tanda-tanda vital seperti berkeringat dan perubahan warna kulit layaknya pasien nyata, sehingga mahasiswa cenderung mengabaikan tanda dan gejala tersebut dan menganggapnya tidak penting (Weller *et al.*, 2012).

Selain itu, pembelajaran SBME ini akan membuat mahasiswa terdoda untuk menggunakan jalan pintas seperti mengabaikan persetujuan dan keselamatan pasien. Beberapa contoh diantaranya adalah mahasiswa mengabaikan cuci tangan sebelum bersentuhan dengan pasien, mahasiswa melupakan penggunaan sarung tangan, dan bahkan mahasiswa menggunakan kembali kantong infus intravena yang telah digunakan sebelumnya. Hal ini dapat membentuk perilaku kebiasaan yang tidak aman. Disisi lain, mahasiswa tidak akan terlatih untuk berkomunikasi yang baik dengan pasien. Mahasiswa juga tidak akan bisa merasakan kondisi sebenarnya ketika menghadapi pasien nyata (seperti halnya pasien kondisi trauma berat), mahasiswa tidak akan bisa berhadapan dengan situasi gawat darurat, jika hanya menggunakan simulator atau pasien terstandarisasi lainnya (Weller *et al.*, 2012).

2.4 Efektivitas Pembelajaran

Definisi efektivitas menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah sesuatu yang memiliki pengaruh atau akibat yang ditimbulkan, manjur, membawa hasil dan merupakan keberhasilan dari suatu usaha atau tindakan, dalam hal ini efektivitas dapat dilihat dari tercapai tidaknya tujuan instruksional khusus yang telah dicanangkan. Metode pembelajaran dikatakan efektif jika tujuan instruksional khusus yang dicanangkan lebih banyak tercapai. Pada umumnya, efektivitas pembelajaran dijadikan sebagai sebuah ukuran untuk menentukan tingkat keberhasilan dari suatu proses pembelajaran.

Menurut Nuraeni (2010), model pembelajaran dikatakan efektif apabila secara statistik menunjukkan adanya peningkatan hasil belajar yang signifikan antara pemahaman awal dengan pemahaman setelah pembelajaran. Selain itu, efektivitas tidak hanya dilihat dari hasil tetapi juga dari sisi persepsi maupun sikap seseorang dan sebagai ukuran kepuasan yang dicapai oleh seseorang (Daryanto, 2010). Efektivitas pembelajaran juga dapat ditinjau dengan menggunakan berbagai model evaluasi. Salah satu diantaranya adalah model CIPP (Context, Input, Process, Product) yang diajukan oleh Stufflebeam (2003). Model ini beranggapan bahwa keberhasilan program pendidikan dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain sebagai berikut:

1. Karakteristik peserta didik dan lingkungan,
2. tujuan program dan peralatan yang dipakai, dan
3. prosedur dan mekanisme pelaksanaan program.

Dalam model CIPP ini terdapat empat dimensi yang perlu dievaluasi sebelum, selama dan sesudah program Pendidikan dikembangkan. Adapun dimensi tersebut antara lain sebagai berikut:

1. **Konteks** (context), merupakan situasi atau latar belakang yang mempengaruhi tujuan dan strategi yang dikembangkan, misalnya kebijakan departemen atau unit kerja yang bersangkutan, sasaran yang ingin dicapai oleh unit kerja, dan masalah ketenagaan yang dihadapi unit kerja.
2. **Masukan** (input), mencakup bahan, peralatan, dan fasilitas yang disiapkan untuk keperluan program, misalnya: dokumen kurikulum dan bahan ajar yang dikembangkan, staf pengajar yang bertugas, sarana/prasarana yang tersedia, dan media pendidikan yang digunakan.
3. **Proses** (process), merupakan pelaksanaan nyata dari program pendidikan di kelas / lapangan yang meliputi pelaksanaan proses pembelajaran, pelaksanaan evaluasi, dan pengelolaan program.
4. **Hasil** (product), yaitu keseluruhan hasil yang dicapai oleh program. Hasil utama yang diharapkan dari program produktif adalah meningkatnya kompetensi siswa sesuai bidang keahliannya.

2.5 Keterampilan Klinis Jahit Luka

Keterampilan klinis merupakan seperangkat prosedur klinis yang berkaitan dengan masalah kesehatan yang menerapkan prinsip keselamatan pasien, keselamatan diri sendiri, dan keselamatan orang lain. Kompetensi tersebut

merupakan salah satu dari tujuh kompetensi wajib yang harus dimiliki seorang dokter (Pedoman Akademik FKUB, 2017).

Keterampilan Klinis dalam kurikulum PS SKed (Program Studi Sarjana Kedokteran), meliputi:

1. Keterampilan komunikasi interpersonal
2. *Anamnesis / History Taking*
3. Pemeriksaan Fisik Dasar
4. *Clinical Test and Procedure*, yaitu keterampilan untuk memilih, membaca, dan menginterpretasikan pemeriksaan laboratorium klinik dan radiologi secara umum. Termasuk dalam kelompok keterampilan ini adalah keterampilan untuk memahami dan melakukan sejumlah prosedur klinik dasar, seperti : teknik aseptik, vena-pungsi, teknik keselamatan pasien, penyuntikan intramuscular / intravena, basic surgical skill.
5. *Clinical Information Management*, yaitu keterampilan memperoleh, menyampaikan, meneliti, mengkritisi, dan menata-laksana informasi klinik (rekam medik) dari anamnesis dan *history taking* untuk mendiagnosis dan menjelaskan permasalahan klinis terkait pathogenesis, mengembangkan *differential diagnosis* dan mempelajari serta mendemonstrasikan *clinical reasoning* dan mengidentifikasi permasalahan diantara keluhan pasien.
6. *Keterampilan Diagnostik*, yaitu keterampilan memilih dan melakukan tindakan prosedural klinik untuk menegakkan diagnosis.

7. Clinical Intervention, yaitu keterampilan memilih dan melakukan tindakan intervensi klinis yang tepat termasuk strategi pencegahan, pengobatan, dan tindakan paliatif.

8. Prognosis, keterampilan menentukan prognosis penyakit yang diderita pasien berdasarkan pengamatannya terhadap pasien, riwayat penyakit, serta alternatif intervensi yang dilakukan (Pedoman Akademik FKUB, 2014).

Jahit luka merupakan salah satu keterampilan klinis yang termasuk kedalam point ke empat yaitu *clinical test and procedure* di dalam kurikulum pendidikan dokter. Jahit luka merupakan suatu teknik yang digunakan untuk mendekatkan tepi luka, mendukung dan mempercepat proses penyembuhan luka.

Selain itu, jahit luka juga berfungsi untuk mengurangi resiko perdarahan dan infeksi (Mackay-Wiggan *et al.*, 2015). Pada umumnya, teknik jahit luka digunakan untuk mengikat / menyatukan pembuluh darah dan jaringan disekitar luka. Tujuan dari jahit luka tersebut adalah untuk mencegah terjadinya kematian jaringan, serta untuk mendistribusikan dan mempertahankan kekuatan regang sepanjang luka sampai menghasilkan kekuatan yang adekuat (Moy *et al.*, 1992; Hochberg *et al.*, 2009)

Menurut WHO, terdapat berbagai macam teknik jahit luka seperti *simple interrupted*, *simple continuous*, *vertical mattress*, *horizontal mattress*, *subcuticular*, *purse string*, dan *retention / tension*. Pemilihan teknik jahit luka tersebut harus didasarkan pada jenis dan lokasi anatomis dari luka, ketebalan kulit, tingkat ketegangan, dan hasil kosmetik yang diinginkan (Mackay-Wiggan *et al.*, 2015).

Adapun langkah-langkah yang dilakukan untuk menjahit luka adalah sebagai berikut :

Persiapan alat dan bahan

1. pinset anatomi

2. pinset cirurghi

3. gunting steril

4. naald voerder

5. jarum

6. benang

7. larutan betadine

8. alcohol 70 %

9. obat anastesia

10. spuit

11. duk steril

12. pisau steril

13. gunting verban

14. plester / pembalut

15. bengkok

16. kasa steril

17. mangkok kecil

18. handskon steril

Prosedur kerja :

1. cuci tangan

2. jelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilaksanakan

3. gunakan sarung tangan steril



4. lakukan desinfeksi pada daerah yang akan dijahit (dengan betadine dan alcohol 70%), kemudian lakukan anastesia pada daerah yang akan dijahit
5. lakukan jahitan pada daerah yang dikehendaki dengan menggunakan Teknik menjahit yang disesuaikan dengan kondisi luka
6. berikan obat betadine
7. tutup luka dengan menggunakan kasa steril
8. lakukan pembalutan
9. catat perubahan keadaan luka
10. cuci tangan (Musrifatul dan Alimul, 2008)

Keterampilan klinis jahit luka dalam SKDI termasuk ke dalam tingkat kemampuan 4A, dimana seorang lulusan dokter diharapkan mampu melakukan penatalaksanaannya secara mandiri dan tuntas (SKDI, 2012). Keterampilan klinis jahit luka ini merupakan keterampilan klinis dasar yang harus dikuasai oleh mahasiswa kedokteran sebelum memasuki *clerkship*, hal ini dikarenakan keterampilan klinis ini sangat dibutuhkan baik itu untuk menangani robekan luka akibat cedera ringan maupun robekan perineum akibat persalinan.

2.6 Kesiapan Mahasiswa

Menurut Kamus Psikologi, kesiapan (*readiness*) adalah suatu titik kematangan untuk menerima dan mempraktekkan tingkah laku tertentu. Kesiapan adalah kemampuan yang cukup baik fisik, mental dan perlengkapan belajar.

Kesiapan fisik berarti tenaga yang cukup dan kesehatan yang baik, sementara kesiapan mental berarti memiliki minat dan motivasi yang cukup untuk melakukan suatu kegiatan (Dalyono, 2005).

Menurut Kuswahyuni (2009) kesiapan dibedakan menjadi beberapa macam:

a. Kesiapan Mental

Kesiapan mental adalah kondisi kepribadian seseorang secara keseluruhan dan bukan hanya kondisi jiwanya. Kondisi kesiapan mental merupakan hasil tumbuh kembang sepanjang hidup seseorang dan diperkuat oleh pengalaman sehari-hari orang yang bersangkutan.

b. Kesiapan Diri

Kesiapan diri adalah terbangunnya kekuatan yang dipadu dengan keberanian fisik dalam diri siswa yang berakal sehat sehingga dapat menghadapi segala sesuatu dengan gagah berani.

c. Kesiapan Belajar

Kesiapan belajar merupakan perubahan perilaku atau penampilan, dengan serangkaian kegiatan misalnya dengan membaca, mengamati, mendengarkan dan meniru.

d. Kesiapan Kecerdasan

Kesiapan kecerdasan adalah kesigapan bertindak dan kecakapan memahami bisa tumbuh dari berbagai kualitas. Ketajaman intelegensi, otak, dan pikiran dapat membuat siswa lebih aktif. Hal tersebut membuat siswa jadi lebih menyesuaikan diri dengan sekitarnya, makin cepat menyesuaikan diri dengan lingkungannya semakin cepat mengendalikan situasi.

Sedangkan, kesiapan atau readiness menurut Jamies Drever dalam Slameto (2010) adalah *preparedness to respond or react*. Kesiapan adalah

kesediaan untuk memberikan respon atau bereaksi. Kesediaan ini timbul dari dalam diri seseorang dan juga berhubungan dengan kematangan. Kematangan berarti kesiapan untuk melaksanakan kecakapan / keterampilan. Selanjutnya, menurut Thorndike dalam Slameto (2010) menyatakan bahwa kesiapan adalah prasyarat untuk belajar ke tahap berikutnya. Terdapat tiga aspek yang dapat mempengaruhi kesiapan (Slameto, 2010) antara lain :

- a. Kondisi fisik, mental dan emosional
- b. Kebutuhan atau motif tujuan
- c. Keterampilan, pengetahuan, dan pengertian lain yang telah dipelajari

Kesiapan perlu diperhatikan dalam proses pembelajaran, karena jika mahasiswa belajar dan sudah ada kesiapan, maka hasil belajarnya akan lebih baik.

Sebuah studi penelitian menemukan bahwa kesiapan mahasiswa kedokteran dalam melakukan keterampilan klinis dapat dilihat dari tingkat percaya diri mereka. Mahasiswa dengan tingkat percaya diri yang rendah akan cenderung untuk menghindari, sedangkan mahasiswa dengan tingkat percaya diri yang tinggi akan merasa lebih siap untuk melakukan tugas yang diberikan terkait keterampilan klinis. Disisi lain, mahasiswa akan merasa lebih percaya diri dalam melakukan keterampilan klinis ketika mereka sudah mendapatkan pengalaman sebelumnya (Gazibara *et al.*, 2015).

Penelitian lain juga menyebutkan bahwa kesiapan mahasiswa kedokteran dalam melakukan tindakan medik tidak hanya dilihat dari pengetahuan keterampilan klinis yang telah didapatkan, namun juga ditentukan dari cara komunikasi, kolaborasi dengan tim tenaga kesehatan lainnya dan juga sikap profesionalisme (Wijnen-Meijer *et al.*, 2012). Selain itu, pengalaman dalam

pembelajaran dengan menghadapi pasien *real* juga akan meningkatkan kesiapan mahasiswa dalam melakukan keterampilan klinis pada tahap profesi, salah satunya dengan pembelajaran *clerkships*. Pada pembelajaran dengan sistem *clerkships*, mahasiswa akan menjalani sistem rotasi di mana mahasiswa dapat mengobservasi pasien secara langsung dan melakukan tugas di bawah supervisor. Dengan sistem *clerkship* ini, mahasiswa akan dapat mengaplikasikan teori yang telah diajarkan sehingga membuat mahasiswa semakin merasa siap melakukan tindakan medik pada tahap profesi nantinya (Wijnen-Meijer *et al.*, 2012).

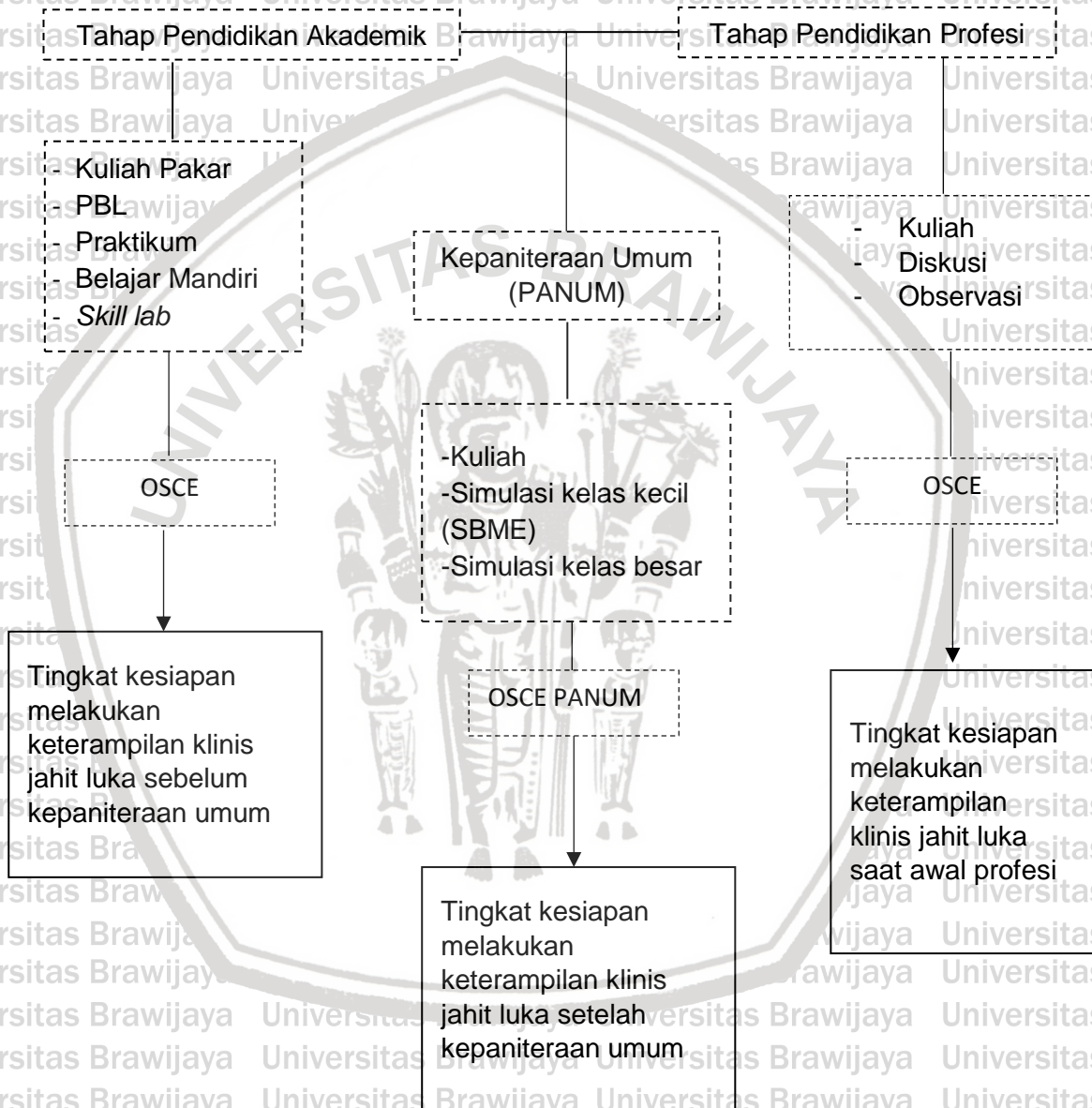
2.7 Tindakan Medik

Tindakan medik adalah tindakan professional oleh dokter terhadap pasien dengan tujuan memelihara, meningkatkan, memulihkan kesehatan, atau menghilangkan atau mengurangi penderitaan. Tindakan medik pada dasarnya bertujuan untuk melaksanakan upaya pencegahan dan pengobatan suatu penyakit, termasuk di dalamnya tindakan medik yang didasarkan hubungan individual antara dokter dengan pasien yang membutuhkan kesembuhan atas penyakit yang dideritanya. Dokter merupakan pihak yang mempunyai keahlian di bidang medis atau kedokteran yang dianggap memiliki kemampuan dan keahlian untuk melakukan tindakan medik (Bakhtiar, 2014).

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan:

▭ : yang diteliti

▭ : yang tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Mahasiswa kedokteran siap dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum mengikuti kepaniteraan umum, setelah mengikuti kepaniteraan umum dan saat awal profesi.
2. Terdapat peningkatan kesiapan mahasiswa kedokteran dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum dan setelah mengikuti kepaniteraan umum dibandingkan pada saat awal profesi.
3. Terdapat hubungan tingkat kesiapan mahasiswa kedokteran melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum panum dengan kesiapan setelah panum dan saat awal profesi.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain penelitian *kohort*.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Mahasiswa program studi sarjana kedokteran Universitas Brawijaya angkatan tahun 2014 yang menjalani kepaniteraan umum (Panum).

4.2.2 Sampel

Mahasiswa program studi sarjana kedokteran Universitas Brawijaya angkatan tahun 2014 yang menjalani kepaniteraan umum (Panum) yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi
 - a. Mahasiswa angkatan tahun ke-4
 - b. Mahasiswa tersebut berada dalam keadaan mampu secara fisik dan mental untuk mengisi kuesioner penelitian
 - c. Bersedia mengikuti penelitian
2. Kriteria eksklusi
 - a. Tidak mengisi kuesioner dengan lengkap
 - b. Tidak hadir ketika penelitian dilaksanakan

Peneliti memberikan penjelasan penelitian kepada setiap calon responden.

Responden berhak menentukan kesediaannya untuk ikut serta dalam penelitian atau tidak.

4.2.2.1 Teknik Pengambilan Sampling

Cara pemilihan subjek menggunakan *purposive sampling* dimana peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan tertentu seperti sifat-sifat populasi ataupun ciri-ciri yang sudah diketahui sebelumnya dengan tujuan agar setiap responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan peneliti. Sehingga data yang diperoleh nantinya bisa lebih representatif.

4.2.2.2 Jumlah Sampel

Jumlah minimal sampel dalam penelitian dihitung dengan menggunakan rumus ketika populasi finit, sebagai berikut: (Budijanto, 2015)

$$n = \frac{N Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

dimana :

n = besar sampel minimum

N = besar populasi

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu

P = harga proporsi di populasi (jika tidak diketahui dianggap 50%)

d = kesalahan (absolut) yang dapat ditolerir

Nilai P dianggap 50% (0,50) karena tidak diketahui. Limit eror (d) ditetapkan 0,05. Nilai $\alpha = 0,05$ sehingga nilai Z_{α} dari tabel adalah 1,96. Dengan demikian, perhitungan sampel didapatkan hasil sebagai berikut:

$$n = \frac{215 \times 1,96^2 \times 0,5(1 - 0,5)}{(215 - 1)0,05^2 + 1,96^2 \times 0,5(1 - 0,5)}$$

$$n = \frac{215 \times 3,8416 \times 0,5 \times 0,5}{214 \times 0,05^2 + 3,8416 \times 0,5^2}$$

$$n = \frac{206,486}{0,535 + 0,9604}$$

$$n = 138,08 = 138$$

Berdasarkan perhitungan di atas, didapatkan hasil minimal sampel penelitian untuk masing-masing kelompok sebelum panum, setelah panum dan saat awal profesi adalah 138 responden.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independent

1. Tingkat kesiapan melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum kepaniteraan umum
2. Tingkat kesiapan melakukan keterampilan klinis jahit luka setelah kepaniteraan umum

4.3.2 Variabel Dependent

Tingkat kesiapan melakukan keterampilan klinis jahit luka saat profesi

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya pada bulan Februari 2018 sampai dengan bulan Agustus 2018.

4.5 Instrumen Penelitian

- Kuisisioner identitas responden
- Kuisisioner tingkat kesiapan mahasiswa melakukan keterampilan klinis jahit luka

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk Tabel 4.1

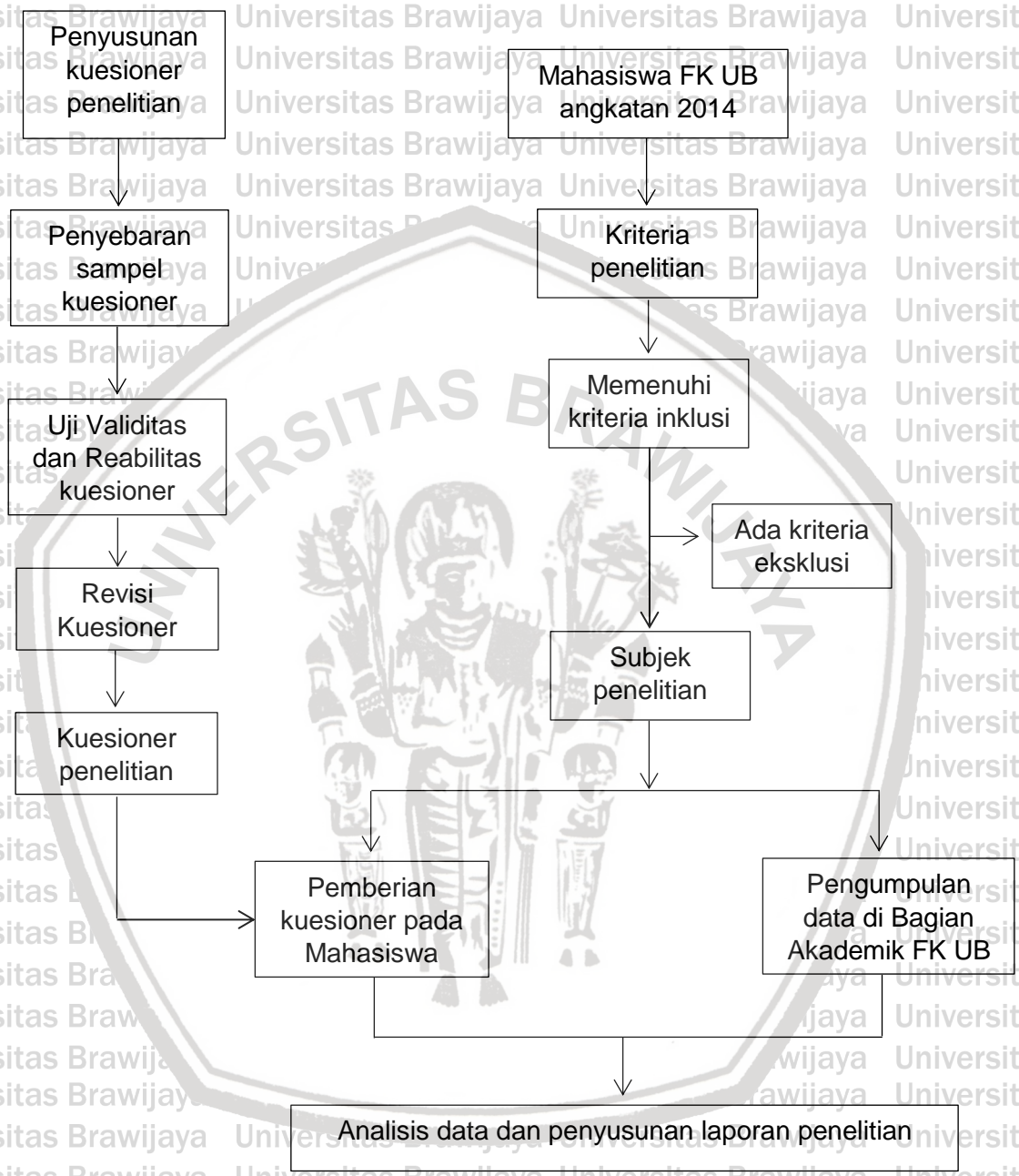
Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi	Data Ukur	Kategori Penilaian	Skala Ukur
1	Tingkat kesiapan mahasiswa melakukan jahit luka sebelum kepaniteraan umum	Suatu kondisi mahasiswa sebelum menjalani kepaniteraan umum yang membuatnya siap memberikan respon dalam cara tertentu terhadap situasi klinis yang dipengaruhi oleh kondisi fisik, mental dan emosional serta keterampilan, pengetahuan dan pengertian lain yang telah dipelajari.	Mahasiswa menjawab pertanyaan dalam kuisisioner dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert (1-5)	Kuisisioner sebelum panum : - Tidak siap (skor : 0 – 15) - Kurang siap (skor : 16 - 30) - Siap (skor : 31 - 45) - Sangat siap (skor : 46 - 60)	Ordinal
2	Tingkat kesiapan mahasiswa melakukan jahit luka setelah kepaniteraan umum	Suatu kondisi mahasiswa setelah menjalani kepaniteraan umum yang membuatnya siap memberikan respon dalam cara tertentu terhadap situasi klinis yang dipengaruhi oleh kondisi fisik, mental dan emosional serta keterampilan, pengetahuan dan pengertian lain yang telah dipelajari.	Mahasiswa menjawab pertanyaan dalam kuisisioner dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert (1-5)	Kuisisioner setelah panum : - Tidak siap (skor : 0 – 15) - Kurang siap (skor : 16 - 30) - Siap (skor : 31 - 45) - Sangat siap (skor : 46 - 60)	Ordinal
3	Tingkat kesiapan mahasiswa melakukan jahit luka saat awal profesi	Suatu kondisi mahasiswa pada saat profesi yang membuatnya siap memberikan respon dalam cara tertentu terhadap situasi klinis yang dipengaruhi oleh kondisi fisik, mental dan emosional serta keterampilan, pengetahuan dan pengertian lain yang telah dipelajari	Mahasiswa menjawab pertanyaan dalam kuisisioner dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert (1-5)	Kuisisioner pada saat profesi : - Tidak siap (skor : 0 – 15) - Kurang siap (skor : 16 - 30) - Siap (skor : 31 - 45) - Sangat siap (skor : 46 - 60)	Ordinal

4.7 Metode Pengumpulan Data

1. Penelitian dimulai dengan penyusunan kuesioner yang dilanjutkan dengan uji validitas kuesioner.
2. Subjek penelitian dipilih dari daftar mahasiswa Program Studi Sarjana Kedokteran Universitas Brawijaya yang menjalani kepaniteraan umum (Panum). Data mahasiswa diperoleh dari Bagian Akademik FKUB. Seluruh mahasiswa yang memenuhi syarat digunakan sebagai subjek penelitian.
3. Setiap mahasiswa diberikan kuesioner untuk diisi sendiri. Kuesioner diberikan dalam 3 tahap, yaitu sebelum menjalani kepaniteraan umum, setelah menjalani kepaniteraan umum, dan pada saat awal profesi.
4. Penyebaran dan pengisian kuesioner oleh mahasiswa dilakukan secara serentak pada saat yang sama untuk setiap tahapnya. Setiap mahasiswa akan diikuti dan diingatkan (*follow-up*) untuk mengisi kuesioner dari tahap pertama sampai dengan tahap terakhir. Data yang terkumpul selanjutnya diteliti untuk memastikan kebenaran jawabannya.
5. *Input* data yang terkumpul untuk dianalisis.

4.8 Alur Penelitian



4.9 Analisis Data

4.9.1 Prosedur Pengolahan Data

Prosedur pengelolaan data diperoleh dari hasil pengumpulan data yang telah dilakukan, yang selanjutnya akan dilakukan pengolahan data dengan tahap *editing*, *scoring*, *coding* dan *tabulating*.

1. *Editing*

Peneliti memastikan bahwa setiap pertanyaan dalam kuesioner telah terisi dengan lengkap.

2. *Scoring*

Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari 15 total pertanyaan yang kemudian dibagi menjadi 11 pertanyaan positif dan 4 pertanyaan negatif.

Setiap pertanyaan positif terdapat lima pilihan jawaban dengan skor sebagai berikut :

- | | |
|------------------------------|---------------|
| a. Sangat Setuju (SS) | diberi skor 4 |
| b. Setuju (S) | diberi skor 3 |
| c. Ragu-Ragu (RR) | diberi skor 2 |
| d. Tidak Setuju (TS) | diberi skor 1 |
| e. Sangat Tidak Setuju (STS) | diberi skor 0 |

Sedangkan untuk setiap pertanyaan negatif dalam kuesioner terdapat lima pilihan jawaban dengan skor sebagai berikut :

- | | |
|------------------------------|---------------|
| a. Sangat Setuju (SS) | diberi skor 0 |
| b. Setuju (S) | diberi skor 1 |
| c. Ragu-Ragu (RR) | diberi skor 2 |
| d. Tidak Setuju (TS) | diberi skor 3 |
| e. Sangat Tidak Setuju (STS) | diberi skor 4 |

Hasil penilaian dari jawaban pada data kuesioner kesiapan didapatkan dengan menjumlah seluruh skor yang didapat, lalu diklasifikasikan menjadi beberapa kategori sebagai berikut :

Tidak Siap : skor yang diperoleh 0 - 15

Kurang Siap : skor yang diperoleh 16 - 30

Siap : skor yang diperoleh 31 - 45

Sangat Siap : skor yang diperoleh 46 - 60

3. Coding

Pengkodean data (coding) merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data dalam bentuk angka. Tujuan dari coding adalah untuk dapat memindahkan data mentah dari kuesioner ke dalam software pengolahan data di komputer sehingga dapat mempermudah pada saat analisis data. Peneliti mengklasifikasikan jawaban dengan memberikan kode pada masing-masing jawaban sesuai dengan kuesioner kesiapan melakukan keterampilan klinis jahit luka sebagai berikut :

Kode 1 : untuk nilai skor tidak siap

Kode 2 : untuk nilai skor kurang siap

Kode 3 : untuk nilai skor siap

Kode 4 : untuk skor sangat siap

4. Tabulating

Jika editing, scoring, dan coding sudah dikerjakan, maka dilanjutkan pada tahap tabulating. Tabulating merupakan kegiatan menggambarkan jawaban responden dengan cara tertentu. Tabulasi juga dapat digunakan untuk menciptakan statistic deskriptif variabel-variabel yang diteliti dengan cara memasukan data kedalam tabel-tabel tertentu dan mengitungnya.

4.9.2 Teknik Analisis Data

Pada data yang terkumpul dilakukan pemeriksaan kelengkapan dan kebenaran data. Data selanjutnya diproses lalu dimasukkan ke dalam komputer dalam bentuk file excel. Analisis data meliputi analisis deskriptif dan uji hipotesis.

Pada analisis deskriptif data berskala kategorial seperti tingkat kesiapan dinyatakan sebagai distribusi frekuensi dan presentase.

Uji hipotesis dilakukan untuk menunjukkan keshahihan suatu hipotesis, dengan uji hipotesis ini dapat ditentukan ada atau tidaknya perbedaan yang diperoleh dari data pada sampel. Uji hipotesis yang dilakukan pada analisis menggunakan uji *Friedman* dan uji *Wilcoxon* untuk menentukan perbedaan antara variabel bebas dan terikat. Selanjutnya, dilakukan uji Korelasi *Spearman* untuk menentukan keterkaitan antara variabel bebas dan terikat. Besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat dinyatakan dengan interval kepercayaan, dimana nilai p dianggap bermakna apabila $p < 0,05$.

Analisis data akan dilakukan menggunakan program komputer, yaitu SPSS (*Statistical Product of Service Solution*).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Hasil Penelitian

Sumber data penelitian ini merupakan hasil kuesioner yang disebar kepada mahasiswa program studi sarjana kedokteran FKUB 2014 yang akan memasuki kepaniteraan umum. Tingkat pengembalian kuesioner (response rate) sebesar 67,35%, dihitung dari persentase jumlah kuesioner yang kembali tanpa melihat kelayakan (130 kuesioner) dibagi dengan total kuesioner yang disebar yaitu sebanyak 193 kuesioner (Yang dan Miller, 2008). Lalu, untuk tingkat pengembalian kuesioner yang dapat digunakan (usable response rate) sebesar 50,25%, dihitung dari jumlah kuesioner yang memenuhi kriteria inklusi (97 kuesioner) dibagi dengan total kuesioner yang disebar (193 kuesioner). Pada penelitian ini, jumlah responden memang tidak sesuai perhitungan rumus jumlah minimal sampel pada bab sebelumnya karena adanya keterbatasan waktu.

5.1.1 Statistik Deskriptif Karakteristik Responden

Beberapa karakteristik demografi responden yang diamati dalam penelitian ini adalah jenis kelamin mahasiswa, usia mahasiswa, jalur masuk ketika memasuki perguruan tinggi, IPK mahasiswa, dan nilai OSCE panum. Semua karakteristik tersebut akan dipaparkan secara deskriptif dalam bentuk tabulasi seperti pada tabel berikut.

Tabel 5.1 Ringkasan Statistik Deskriptif Karakteristik Demografi Responden

	Karakteristik	Nilai
1	Jenis Kelamin (f,%)	
	1. Laki-Laki	33 (34%)
	2. Perempuan	64 (66%)
	Total	97 (100%)
2	Usia	
	1. 20 tahun	4 (4,1%)
	2. 21 tahun	30 (30,9%)
	3. 22 tahun	46 (47,4%)
	4. 23 tahun	15 (15,5%)
	5. 24 tahun	1 (1%)
	6. 25 tahun	1 (1%)
Total	97 (100%)	
3	Jalur Masuk	
	1. Mandiri	40 (41,2%)
	2. Program Internasional	9 (9,3%)
	3. SBMPTN	25 (25,8%)
	4. SNMPTN	23 (23,7%)
Total	97 (100%)	
4	IPK	
	1. Memuaskan (2,00 – 2,75)	0(0%)
	2. Sangat Memuaskan (2,76 – 3,50)	72(74,2%)
	3. Cum Laude (3,51 – 4,00)	25(25,8%)
Total	97(100%)	
5	Nilai OSCE Panum	
	1. Nilai A	48 (49,5%)
	2. Nilai B+	17 (17,5%)
	3. Nilai B	32 (33%)
Total	97 (100%)	

Pada Tabel 5.1 diperoleh data bahwa mahasiswa program studi sarjana kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memasuki tahap kepaniteraan umum

(Panum) pada tahun ajaran 2018/2019 mayoritas berjenis kelamin perempuan yaitu 64 responden (66%). Usia mahasiswa yang paling muda adalah 20 tahun

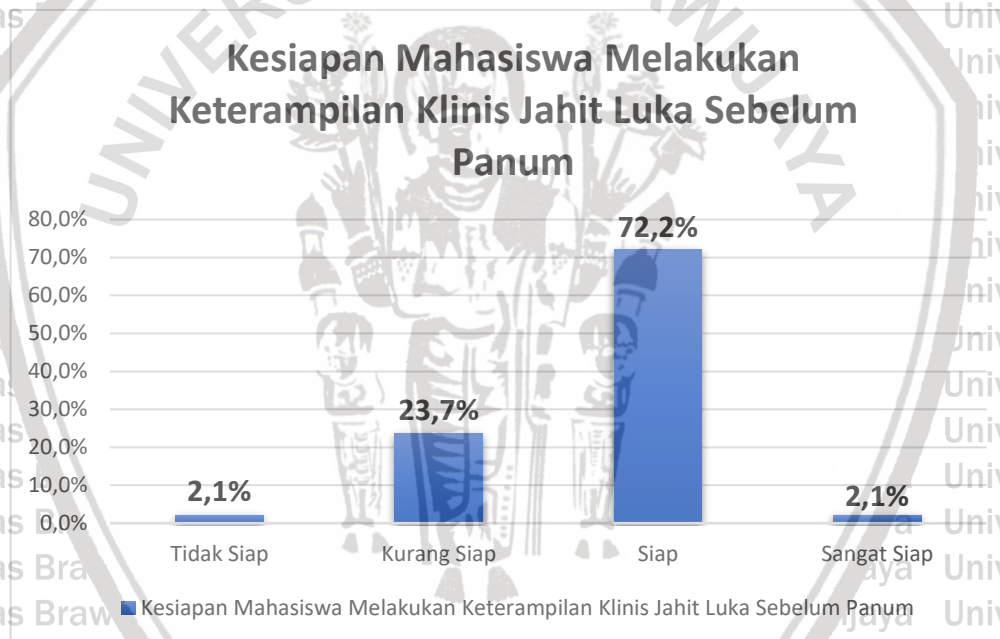
dan paling tua adalah 25 tahun, dimana paling banyak mahasiswa yang memasuki tahap kepaniteraan umum (Panum) adalah berusia 22 tahun yaitu 46 responden

(47,4%). Berdasarkan jalur masuk saat memasuki perguruan tinggi paling banyak

yang dipilih adalah jalur mandiri dengan jumlah 40 responden (41,2%). Adapun nilai IPK yang paling banyak termasuk dalam kategori sangat memuaskan yaitu 72 responden (74,2%). Dan nilai OSCE panum yang paling banyak diperoleh adalah nilai A dengan jumlah responden yaitu 48 (49,5%).

5.1.2 Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian

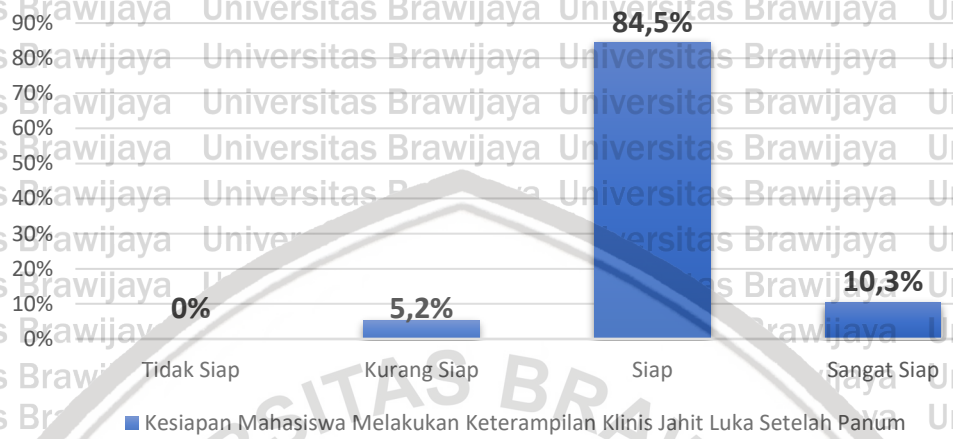
Variabel penelitian terdiri dari 3 yaitu kesiapan sebelum panum, kesiapan setelah panum, dan kesiapan saat awal profesi. Hasil distribusi frekuensi masing-masing variabel akan ditampilkan pada gambar berikut ini:



Gambar 5.1 Distribusi Frekuensi Kesiapan Sebelum Panum

Kesiapan mahasiswa sebelum mengikuti kepaniteraan umum menunjukkan bahwa sebagian besar mahasiswa sudah siap yaitu 72,2%.

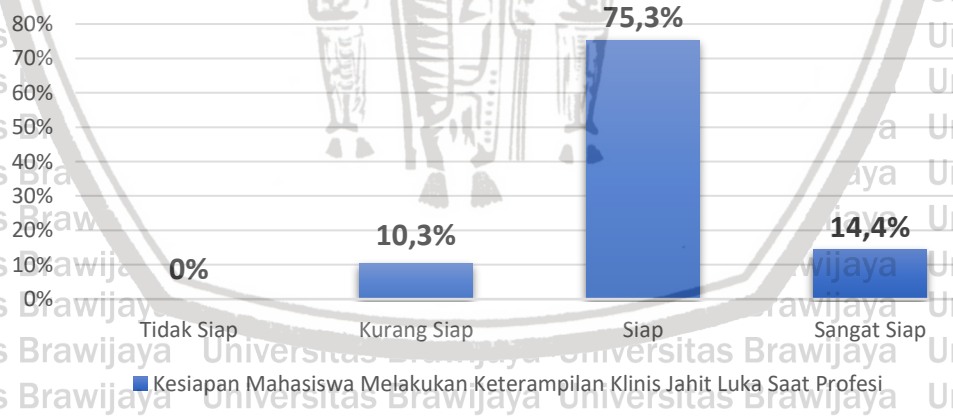
Kesiapan Mahasiswa Melakukan Keterampilan Klinis Jahit Luka Setelah Panum



Gambar 5.2 Distribusi Frekuensi Kesiapan Setelah Panum

Setelah menjalani panum, kesiapan mahasiswa makin baik dimana jumlah yang siap bertambah menjadi 84,5%.

Kesiapan Mahasiswa Melakukan Keterampilan Klinis Jahit Luka Saat Awal Profesi



Gambar 5.3 Distribusi Frekuensi Kesiapan Saat Awal Profesi

Saat tahap profesi mahasiswa yang paling banyak juga siap dengan prosentase yang sedikit menurun dibandingkan setelah panum yaitu 75,3%.

5.2 Analisis Data

5.2.1 Perbedaan Tingkat Kesiapan Melakukan Keterampilan Klinis Jahit

Luka

Untuk mengetahui perbedaan tingkat kesiapan melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum panum, setelah panum dan saat awal profesi dilakukan uji komparatif menggunakan uji Friedman. Uji Friedman digunakan untuk uji komparatif kategorik berpasangan >2x pengulangan >2 kategori. Hipotesis yang digunakan dalam pengujian ini adalah:

H_0 : tidak terdapat perbedaan tingkat kesiapan sebelum panum, setelah panum dan saat awal profesi.

H_1 : terdapat perbedaan tingkat kesiapan sebelum panum, setelah panum dan saat awal profesi.

Kriteria pengambilan keputusan yaitu dengan cara membandingkan nilai sig dengan $\alpha = 0,05$ di mana jika nilai sig < 0,05 maka keputusan yang diambil adalah tolak H_0 dan sebaliknya, jika nilai nilai sig > 0,05 maka terima H_0 . Hasil pengujian Friedman yang diperoleh adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2 Hasil Uji Friedman

Tahapan	Mean Rank	Sig
Sebelum Panum	1.75	
Setelah Panum	2.13	0.000
Saat Awal Profesi	2.12	

Hasil uji Friedman pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa nilai sig yang diperoleh adalah 0,000 yang < 0.05 maka diputuskan Tolak H_0 . Oleh karena itu, disimpulkan bahwa terdapat perbedaan kesiapan mahasiswa sebelum panum, setelah panum

dan saat awal profesi. Untuk mengetahui bagaimana perbandingan per 2 tahap (sepasang) maka dapat dilanjutkan dengan analisis Wilcoxon dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.3 Hasil Uji Wilcoxon Kesiapan Sebelum dan Setelah Panum

Tahapan	N	Sig
Setelah Panum Sebelum Panum	Negative Ranks	4
	Positive Ranks	29
	Ties	64
	Total	97

Hasil uji Wilcoxon kesiapan mahasiswa sebelum dan setelah panum menunjukkan bahwa dari 97 responden terdapat 4 mahasiswa yang mengalami ranking negatif yang artinya 4 mahasiswa mengalami penurunan kesiapan. Sebanyak 29 mahasiswa mengalami ranking positif yang artinya 29 mahasiswa mengalami peningkatan kesiapan. Sedangkan 64 siswa lainnya tetap konstan. Nilai sig yang diperoleh adalah 0,000 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kesiapan yang signifikan antara sebelum panum dan setelah panum.

Tabel 5.4 Hasil Uji Wilcoxon Kesiapan Sebelum Panum dan Saat Awal Profesi

Tahapan	N	Sig
Saat Awal Profesi Sebelum Panum	Negative Ranks	3
	Positive Ranks	30
	Ties	61
	Total	97

Hasil uji Wilcoxon kesiapan mahasiswa sebelum panum dan saat awal profesi menunjukkan bahwa dari 97 responden terdapat 3 mahasiswa yang mengalami ranking negatif yang artinya 3 mahasiswa mengalami penurunan kesiapan. Sebanyak 30 mahasiswa mengalami ranking positif yang artinya 30 mahasiswa

mengalami peningkatan kesiapan. Sedangkan 61 siswa lainnya tetap konstan.

Nilai sig yang diperoleh adalah 0,000 menandakan bahwa terdapat perbedaan kesiapan yang signifikan antara sebelum panum dan saat awal profesi.

Tabel 5.5 Hasil Uji Wilcoxon Kesiapan Setelah Panum dan Saat Awal

Tahapan	Profesi	N	Sig
Saat Awal Profesi Setelah Panum	Negative Ranks	12	0.846
	Positive Ranks	12	
	Ties	73	
	Total	97	

Hasil uji Wilcoxon kesiapan mahasiswa setelah panum dan saat awal profesi

menunjukkan bahwa dari 97 responden terdapat 12 mahasiswa yang mengalami ranking negatif yang artinya 12 mahasiswa mengalami penurunan kesiapan.

Sebanyak 12 mahasiswa pula mengalami ranking positif yang artinya 12 mahasiswa mengalami peningkatan kesiapan. Sedangkan 73 siswa lainnya tetap konstan. Nilai sig yang diperoleh adalah 0,846 menandakan bahwa tidak terdapat perbedaan kesiapan yang signifikan antara setelah panum dan saat awal profesi.

5.2.2 Hubungan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Kedokteran Melakukan

Keterampilan Klinis Jahit Luka Sebelum dan Setelah Panum

Untuk mengetahui hubungan antara kesiapan sebelum dan setelah panum dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka dilakukan uji korelasi Spearman.

Dari hasil analisis, didapatkan p-value 0,000 dengan nilai koefisien korelasi sebesar 0,373. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel tersebut, dimana nilai p kurang dari 0,05 ($0,000 < 0,05$). Namun, untuk kekuatan korelasi hubungan antar dua variabel tersebut tergolong lemah. Hasil analisis hubungan kedua variabel tersebut dapat dilihat pada Tabel 5.6 berikut :

Tabel 5.6 Hasil Uji Korelasi Spearman Kesiapan Sebelum dan Setelah Panum

Hubungan		P-Value	Koefisien Korelasi
Variabel 1	Variabel 2		
Kesiapan Sebelum Panum	Kesiapan Setelah Panum	0.000	0,373

5.2.3 Hubungan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Kedokteran Melakukan

Keterampilan Klinis Jahit Luka Sebelum Panum dan Saat Awal Profesi.

Untuk mengetahui hubungan antara kesiapan sebelum panum dan saat awal profesi dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka dilakukan uji korelasi Spearman. Dari hasil analisis, didapatkan p-value 0,001 dengan nilai koefisien korelasi sebesar 0,330. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel tersebut, dimana nilai p kurang dari 0,05 ($0,001 < 0,05$). Namun, untuk kekuatan korelasi hubungan antar dua variabel tersebut tergolong lemah. Hasil analisis hubungan kedua variabel tersebut dapat dilihat pada Tabel 5.7 berikut :

Tabel 5.7 Hasil Uji Korelasi Spearman Kesiapan Sebelum Panum dan Saat Awal Profesi

Hubungan		P-Value	Koefisien Korelasi
Variabel 1	Variabel 2		
Kesiapan Sebelum Panum	Kesiapan Saat Awal Profesi	0.001	0.330

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

Pada penelitian ini, jumlah responden yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 97 orang mahasiswa program studi sarjana kedokteran 2014 dengan *response rate* sebesar 67,35%. Responden terdiri dari 64 perempuan (66%) dan 33 laki-laki (34%) dengan rentang usia mulai dari 20 hingga 25 tahun. Penyebaran kuesioner terdiri dari tiga tahap, tahap pertama kuesioner dibagikan sebelum mahasiswa memasuki kepaniteraan umum, tahap kedua kuesioner dibagikan setelah mahasiswa selesai mengikuti kepaniteraan umum, dan tahap ketiga kuesioner dibagikan saat mahasiswa telah memasuki tahap profesi / kepaniteraan klinik di rumah sakit pendidikan. Oleh karena penelitian ini merupakan suatu rangkaian penelitian kohort, hal ini dapat menjadi salah satu penyebab yang membuat sampel tidak bersedia menjadi responden, serta terdapat sampel yang tidak melengkapi kuesioner yang telah dibagikan pada setiap tahapnya / tidak dapat mengikuti sampai selesai (*drop out*). Hal ini terbukti dari kuesioner yang kembali, sekitar 25,38% responden tidak melengkapi kuesionernya sehingga tidak bisa dianalisis.

6.1.1 Perbedaan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Melakukan Keterampilan Klinis

Jahit Luka Sebelum dan Setelah Mengikuti Panum

Hasil analisis uji statistik menggunakan uji Wilcoxon terhadap perbedaan tingkat kesiapan mahasiswa melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum dan setelah

mengikuti panum memiliki nilai signifikansi 0,000 yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kesiapan mahasiswa melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum mengikuti panum dibandingkan dengan setelah mengikuti panum. Dari hasil tersebut, dapat dikatakan bahwa pelatihan keterampilan klinis jahit luka yang diajarkan di kepaniteraan umum (panum) berpengaruh terhadap tingkat kesiapan mahasiswa melakukan tindakan medik jahit luka. Hal ini sesuai dengan sebuah studi survey yang dilakukan oleh Peyre *et al* (2006) pada mahasiswa kedokteran senior *University of Southern California Keck School of Medicine* mengenai tingkat kepercayaan diri dan kesiapan dalam melakukan 21 keterampilan bedah, termasuk jahit luka. Survey ini dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepada mahasiswa kedokteran sebelum elektif berlangsung dan sesudah mahasiswa tersebut mengikuti elektif pelatihan keterampilan bedah selama 3 minggu. Elektif pelatihan keterampilan bedah tersebut diselenggarakan oleh departemen bedah *University of Southern California* khusus untuk mahasiswa kedokteran tahun ke-empat dengan tujuan untuk mempersiapkan mahasiswa kedokteran dalam melakukan keterampilan klinis bedah sebelum memasuki rotasi klinik di departemen bedah.

Program elektif yang diselenggarakan oleh departemen bedah *University of Southern California* tersebut pada dasarnya memiliki konsep yang sama dengan program kepaniteraan umum (panum) yang diselenggarakan oleh FK UB selama kurang lebih 2 bulan. Hal ini dikarenakan kedua program tersebut mempunyai tujuan yang sama yaitu untuk mempersiapkan mahasiswa kedokteran dalam melakukan keterampilan klinis sebelum memasuki rotasi klinik di rumah sakit. Dalam penelitian tersebut diperoleh data bahwa mahasiswa kedokteran tahun ke-empat sebelum

mengikuti elektif memiliki tingkat kepercayaan diri dan kesiapan yang rendah (71% responden). Namun, setelah mengikuti elektif tersebut tingkat kepercayaan diri dan kesiapan mahasiswa dalam melakukan keterampilan klinis menjadi meningkat (95% responden). Dalam penelitian tersebut dikatakan bahwa mahasiswa yang memiliki pengalaman melakukan keterampilan klinis sebelumnya memiliki tingkat percaya diri dan kesiapan yang lebih tinggi dibandingkan dengan mahasiswa yang tidak memiliki pengalaman sebelumnya. Berdasarkan penelitian tersebut, pelatihan keterampilan klinis yang diberikan sejak awal kurikulum di tahap prelinik dapat meningkatkan kepercayaan diri untuk melakukan tindakan medik.

Hal ini juga senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Conor *et al* (2017) pada mahasiswa kedokteran tahun kedua yang mengikuti elektif. Pada penelitian tersebut, terdapat 2 kelompok mahasiswa yang akan disurvei. Kelompok pertama terdiri dari 20 mahasiswa kedokteran tahun kedua yang telah mengikuti elektif, sedangkan kelompok kedua terdiri dari 22 mahasiswa kedokteran tahun kedua yang termasuk dalam daftar tunggu elektif (masih belum mendapatkan elektif) dikarenakan keterbatasan waktu. Pada penelitian tersebut didapatkan bahwa mahasiswa kedokteran yang mengikuti elektif memiliki kesiapan yang lebih tinggi dalam melakukan pemeriksaan fisik, penilaian dan rencana penanganan masalah kesehatan pasien dibandingkan dengan mahasiswa yang belum pernah atau yang tidak mengikuti elektif sama sekali. Dalam hal ini, elektif yang dimaksud adalah suatu blok pilihan dalam kurikulum kedokteran yang diperuntukkan bagi mahasiswa untuk melatih keterampilan klinis mereka sesuai dengan minat mahasiswa tersebut.

6.1.2 Perbedaan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Melakukan Keterampilan Klinis

Jahit Luka Sebelum Mengikuti Panum dan Saat Awal Profesi

Hasil analisis uji statistik menggunakan uji Wilcoxon terhadap perbedaan tingkat kesiapan mahasiswa melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum mengikuti panum dan saat awal profesi memiliki nilai signifikansi 0,000 yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kesiapan mahasiswa melakukan tindakan jahit luka sebelum mengikuti panum dibandingkan dengan saat awal profesi. Pada uji Wilcoxon yang dilakukan, didapatkan bahwa sebanyak 30 mahasiswa mengalami peningkatan kesiapan. Hal ini dikarenakan sebelum memasuki tahap profesi, mahasiswa sudah dibekali pengetahuan dasar mengenai *basic surgical skill* dan juga pengalaman melakukan keterampilan klinis jahit luka di pelatihan keterampilan klinis kepaniteraan umum (panum).

Pernyataan ini sesuai dengan penelitian kohort yang dilakukan oleh Whipple *et al* (2006) pada mahasiswa kedokteran tahun ketiga *University of Washington*, yang menyatakan bahwa pemberian *training* (pelatihan) pada mahasiswa sebelum memasuki tahap profesi secara signifikan dapat meningkatkan performa dan rasa nyaman bagi mahasiswa untuk melakukan keterampilan klinis tersebut. Selain itu, penelitian lain menyebutkan bahwa mahasiswa yang telah mengikuti elektif 2 sampai 3 kali akan lebih siap melakukan keterampilan klinis dibandingkan dengan mahasiswa yang tidak mengikuti elektif sama sekali (Fischer *et al.*, 2007). Berdasarkan penelitian tersebut, dapat dikatakan bahwa semakin banyak pelatihan keterampilan klinis yang didapatkan, maka akan semakin meningkat kesiapannya.

6.1.3 Perbedaan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Melakukan Keterampilan Klinis

Jahit Luka Setelah Mengikuti Panum dan Saat Awal Profesi

Hasil analisis uji statistik menggunakan uji Wilcoxon terhadap perbedaan tingkat kesiapan mahasiswa melakukan keterampilan klinis jahit luka setelah mengikuti panum dan saat awal profesi memiliki nilai signifikansi 0.846 yang menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan antara kesiapan mahasiswa melakukan tindakan jahit luka setelah mengikuti panum dibandingkan dengan saat awal profesi. Pada uji Wilcoxon yang dilakukan, didapatkan bahwa sebanyak 12 mahasiswa mengalami penurunan kesiapan. Selain itu, juga didapatkan 73 mahasiswa tidak mengalami peningkatan kesiapan antara setelah panum dan saat awal profesi. Hal ini dikarenakan mahasiswa tidak siap dalam menghadapi pasien sesungguhnya. Pada pembelajaran keterampilan klinis di tahap akademik dan kepaniteraan umum, mahasiswa kedokteran tidak dipaparkan secara langsung pada pasien sesungguhnya. Hal ini sesuai dengan penelitian kohort sebelum dan sesudah mahasiswa keperawatan *Monash University Australia* di tempatkan pada praktik klinik yang sesungguhnya di rumah sakit. Dalam penelitian tersebut didapatkan bahwa mahasiswa keperawatan mengalami penurunan kesiapan saat memasuki praktik klinik yang sesungguhnya (Porter *et al.*, 2013). Hal ini senada dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Beck dan Srivastava (1991) yang menyatakan bahwa mahasiswa keperawatan yang baru menjalani praktik klinik di rumah sakit merasa tidak kompeten dan tidak memiliki kepercayaan diri. Hal ini didukung dengan pernyataan bahwa mahasiswa keperawatan merasa takut melakukan kesalahan dan takut untuk melukai pasien (Elliott, 2002).

Selain itu, mahasiswa keperawatan juga merasa bahwa mereka belum sepenuhnya siap dan khawatir serta panik untuk menjalankan tugas mereka ketika berhadapan dengan pasien secara langsung (Magnussen *et al.*, 2003). Hal ini dikarenakan adanya perbedaan antara melakukan keterampilan klinis pada manekin dibandingkan dengan pasien sesungguhnya. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Widyandana *et al.* (2012) yang menyatakan bahwa mahasiswa merasakan kesulitan ketika melakukan keterampilan klinis jahit luka pada pasien sesungguhnya dibandingkan dengan manekin, hal ini dikarenakan kulit pada pasien sesungguhnya lebih elastis dibandingkan dengan manekin. Mahasiswa juga mengungkapkan bahwa ketika mereka melakukan tindakan medik terhadap pasien sesungguhnya akan muncul rasa khawatir, karena pasien akan merespon terhadap tindakan yang dilakukan seperti menjerit dan menangis, hal ini berbeda dengan manekin yang hanya diam saja.

Sedangkan, menurut penelitian yang dilakukan oleh Diemers *et al.* (2008), menyatakan bahwa pembelajaran yang melibatkan kontak langsung dengan pasien akan meningkatkan motivasi belajar mahasiswa, hal ini dikarenakan adanya rasa tanggung jawab dan rasa takut akan gagal ketika melakukan suatu tindakan pada pasien sesungguhnya. Oleh karena itu, mereka akan berusaha untuk belajar dengan baik sebelum berhadapan dengan pasien tersebut. Hal ini tentu saja akan berbeda ketika mahasiswa dihadapkan dengan manekin atau pasien simulasi lainnya. Selain itu, model pembelajaran ini juga dapat meningkatkan retensi memori mahasiswa, ketika dihadapkan dengan pasien sesungguhnya mahasiswa akan lebih mengingat tentang suatu penyakit dibandingkan dengan hanya membaca pada *textbook*.

Disisi lain, berinteraksi dengan pasien sesungguhnya dapat memberikan pengetahuan baru bagi mahasiswa dan sekaligus dapat memanggil kembali memori pengetahuan dasar yang telah mereka dapatkan sebelumnya, dengan begitu mahasiswa akan dapat mengintegrasikan antara teori yang didapatkan dengan praktik yang akan dilakukan. Dan, yang paling penting adalah pembelajaran dengan melibatkan kontak langsung pasien dapat membantu mereka terbiasa dalam menangani setiap kasus pada pasien tersebut serta dapat membentuk karakter professional masa depan mereka sebagai dokter nantinya. Hal ini tentunya menurut pendapat mereka, tidak dapat dicapai oleh jika hanya mengandalkan manekin atau pasien terstandarisasi lainnya (O'Brien *et al.*, 2001; Diemers *et al.*, 2008).

Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Fischer *et al* (2007) pada mahasiswa kedokteran tahun ketiga, kelima dan tahun terakhir yang menjelaskan bahwa terdapat penurunan signifikan dari tingkat kesiapan mahasiswa kedokteran dalam melakukan berbagai keterampilan klinis dasar, termasuk keterampilan klinis jahit luka. Menurut Fischer *et al* (2007) memasukkan lebih banyak pelatihan formal keterampilan klinis dasar selama kurikulum dapat menjadi pilihan untuk dapat meningkatkan performa mahasiswa melakukan keterampilan klinis. Selain itu, mahasiswa juga memerlukan kursus terstruktur pelatihan keterampilan klinik yang dibarengi dengan adanya umpan balik dan OSCE, untuk dapat meningkatkan tingkat kesiapan dalam melakukan keterampilan klinis dasar.

Selain itu, menurut penelitian yang dilakukan oleh Chen *et al* (2008) pada 124 mahasiswa kedokteran yang telah memasuki *clerkship* di 3 rumah sakit Pendidikan (China Medical University Hospital, Taipei Veteran General Hospital dan National

Taiwan University Hospital) menyatakan bahwa mahasiswa akan lebih percaya diri ketika mereka melakukan keterampilan klinis dengan pengawasan dari residen ataupun dokter supervisor di rumah sakit. Pada penelitian tersebut, didapatkan hasil yang signifikan antara seberapa sering mahasiswa tersebut dipantau oleh residen ataupun dokter supervisor dengan tingkat kepercayaan diri mereka melakukan keterampilan klinis. Dengan adanya pengamatan tersebut, ketika mahasiswa melakukan kesalahan, maka mahasiswa dapat dibimbing dan diarahkan oleh residen ataupun dokter supervisor.

6.1.4 Hubungan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Kedokteran Melakukan Keterampilan Klinis Jahit Luka Sebelum dan Setelah Panum

Pada penelitian ini, dilakukan analisis korelasi Spearman untuk mengetahui hubungan antara kedua variabel yang berskala ordinal. Hasil analisis uji statistik terhadap hubungan kedua variabel ini memiliki nilai signifikansi 0,000 yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kesiapan sebelum dan setelah panum dalam melakukan ketrampilan klinis jahit luka. Nilai korelasi Spearman yang didapat sebesar 0,373 mengartikan bahwa kekuatan korelasi kedua hubungan variabel tersebut termasuk kategori lemah. Angka koefisien korelasi Spearman yang positif berarti bahwa hubungan antara kesiapan sebelum panum dengan kesiapan setelah panum berbanding lurus. Dari hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa kesiapan mahasiswa dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum panum berpengaruh terhadap kesiapan mahasiswa setelah panum. Semakin siap mahasiswa sebelum panum dalam menerima pembelajaran

keterampilan klinis jahit luka, maka akan semakin meningkatkan kesiapan mahasiswa tersebut setelah panum. Hal ini dibuktikan dengan perolehan nilai yang tinggi didalam proses pembelajaran saat panum, yaitu didapatkan sebanyak 48 (49,5%) responden mendapatkan nilai A pada OSCE panum. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *readiness* (kesiapan) peserta didik terhadap hasil belajar / prestasi mereka (Mulyani, 2013). Sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tinggi *readiness* (kesiapan) belajar peserta didik maka semakin tinggi hasil belajar peserta didik. Seperti pendapat menurut Thorndike (Slameto, 2010) "bahwa kesiapan belajar adalah prasyarat untuk belajar berikutnya". Dari pendapat tersebut dapat diambil pemahaman bahwa kesiapan merupakan usaha peserta didik yang dilakukan sebelum mengikuti pembelajaran serta untuk memperoleh keberhasilan sesuai dengan tujuan pembelajaran.

6.1.5 Hubungan Tingkat Kesiapan Mahasiswa Kedokteran Melakukan Keterampilan Klinis Jahit Luka Sebelum panum dan Saat Awal Profesi

Pada penelitian ini, dilakukan analisis korelasi Spearman untuk mengetahui hubungan antara kedua variabel yang berskala ordinal. Hasil analisis uji statistik terhadap hubungan kedua variabel ini memiliki nilai signifikansi 0,001 yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kesiapan sebelum panum dan saat awal profesi dalam melakukan ketrampilan klinis jahit luka. Nilai korelasi Spearman yang didapat sebesar 0,330 mengartikan bahwa kekuatan korelasi kedua hubungan variabel tersebut termasuk kategori lemah. Angka koefisien korelasi Spearman yang positif berarti bahwa hubungan antara kesiapan sebelum panum

dengan kesiapan saat awal profesi berbanding lurus. Dari hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa kesiapan mahasiswa dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum panum berpengaruh terhadap kesiapan mahasiswa saat awal profesi. Semakin siap mahasiswa sebelum panum dalam menerima pembelajaran keterampilan klinis jahit luka, maka akan semakin meningkatkan kesiapan mahasiswa tersebut saat awal profesi. Hal ini terbukti dengan adanya 30 responden yang mengalami peningkatan kesiapan jika dibandingkan kesiapan sebelum panum dengan saat awal profesi.

Namun demikian, pada penelitian lain yang serupa menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara persepsi mahasiswa terhadap kemampuan ketrampilan klinis mereka dengan kesiapan mereka untuk bekerja pada tahap profesi (Gazibara *et al.*, 2015). Sedangkan seperti yang telah dijelaskan, pada penelitian ini didapatkan hasil yang bermakna walaupun hubungannya lemah Hal ini disebabkan pada penelitian sebelumnya tersebut, memiliki jumlah sampel yang besar (390 responden), sehingga dapat menggambarkan secara secara keseluruhan kesiapan mahasiswa kedokteran. Sedangkan pada penelitian ini jumlah sampel yang didapatkan belum mencapai sampel minimal, sehingga tidak dapat menggambarkan persepsi kesiapan mahasiswa kedokteran secara keseluruhan.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki banyak kekurangan dan keterbatasan, diantaranya sebagai berikut :

1. Penelitian ini hanya menggunakan kuesioner yang dibagikan kepada responden sehingga kesimpulan yang didapat hanya berdasarkan pada data yang dikumpulkan melalui kuesioner tersebut. Penelitian lebih lanjut dengan metode wawancara pada responden mengenai persepsi kesiapan melakukan keterampilan klinis jahit luka pada pasien sesungguhnya akan sangat membantu. Selain itu, penelitian dengan menggunakan metode eksperimen untuk melakukan jahit luka menggunakan alat dan bahan, akan sangat membantu untuk melihat secara objektif hasil performa mahasiswa dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka.
2. Jumlah sampel pada penelitian ini dapat disimpulkan masih kurang karena belum memenuhi jumlah sampel minimal. Hal ini dikarenakan pengisian kuesioner yang tidak memenuhi kriteria inklusi serta terdapat sampel yang tidak dapat mengikuti penelitian sampai selesai (*drop out*).

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan penelitian mengenai efektivitas pembelajaran keterampilan klinis jahit luka terhadap kesiapan tindakan medik di tahap profesi, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Sebagian besar mahasiswa kedokteran siap dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum mengikuti kepaniteraan umum (72,2% siap), setelah mengikuti kepaniteraan umum (84,5% siap) dan saat awal profesi (75,3% siap).
2. Terdapat peningkatan kesiapan mahasiswa kedokteran dalam melakukan keterampilan klinis jahit luka sebelum dan setelah mengikuti kepaniteraan umum, namun terdapat penurunan pada kesiapan mahasiswa saat awal profesi.
3. Terdapat hubungan kesiapan melakukan keterampilan klinis jahit luka antara sebelum panum dengan setelah panum dan saat awal profesi.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi pendidikan kedokteran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan, dan kesimpulan di atas, peneliti memberikan saran sebagai berikut :

1. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi untuk pembelajaran keterampilan klinis jahit luka panum mahasiswa kedokteran.
2. Perlu disosialisasikan lagi mengenai pentingnya pelatihan keterampilan klinis dasar untuk mempersiapkan mahasiswa kedokteran sebelum memasuki tahap profesi di rumah sakit pendidikan.
3. Perlu diberikan tambahan pelatihan keterampilan klinis dasar di tahap pendidikan akademik agar dapat meningkatkan kesiapan mahasiswa kedokteran sebelum memasuki tahap profesi nantinya.

7.2.2 Bagi peneliti yang akan datang

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan, dan kesimpulan di atas, peneliti memberikan saran sebagai berikut :

1. Peneliti selanjutnya dapat memperbanyak sampel penelitian agar hasilnya dapat lebih merepresentasikan gambaran umum populasi.
2. Peneliti selanjutnya dapat meneliti tingkat kesiapan melakukan tindakan medik pada jenis-jenis keterampilan klinis lainnya yang lebih spesifik.
3. Peneliti selanjutnya dapat meneliti hubungan antara nilai OSCE jahit luka dengan performa mahasiswa kedokteran melakukan keterampilan klinis jahit luka.
4. Peneliti selanjutnya dapat meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi performa mahasiswa kedokteran dalam melakukan keterampilan klinis.

5. Peneliti selanjutnya dapat meneliti mengenai kepuasan stakeholder rumah sakit terhadap performa keterampilan klinis yang dilakukan oleh mahasiswa kedokteran pada tahap profesi.

6. Peneliti selanjutnya dapat meneliti mengenai persepsi kesiapan mahasiswa dalam melakukan keterampilan klinis di rumah sakit dengan metode wawancara.

7. Peneliti selanjutnya dapat meneliti mengenai performa mahasiswa melakukan keterampilan klinis jahit luka dengan metode eksperimen dan hasil performa dapat dinilai secara objektif oleh dosen pengajar keterampilan klinis jahit luka.



DAFTAR PUSTAKA

Ahmad Susanto, M.P., 2016. *Teori belajar dan pembelajaran di sekolah dasar*. Kencana.

Akaike M., Fukutomi M., Nagamune M., Fujimoto A., Tsuji A., Ishida K., et al. Simulation-based medical education in clinical skills laboratory. *The journal of medical investigation*, 2012, 59(1-2): 28-35.

Amin Z. dan Eng K.H. 2009. *Basics in medical education*. Second Edition. Singapore: World Scientific Publishing.

Balitbang Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI

Beck, D.L. and Srivastava, R., 1991. Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 30(3), pp.127-133.

BSNP. 2006. *Standar Isi untuk Satuan Pendidikan Dasar dan Menengah*. Jakarta

Budijanto D. 2013. *Populasi, Sampling, dan Besar Sample*, (Online), (<http://www.risbinkes.litbang.depkes.go.id>, diakses 17 Desember 2016).

Bugaj, T.J. and Nikendei, C., 2016. Practical clinical training in skills labs: theory and practice. *GMS journal for medical education*, 33(4).

Connor, D.M., Conlon, P.J., O'Brien, B.C. and Chou, C.L., 2017. Improving clerkship preparedness: a hospital medicine elective for pre-clerkship students. *Medical education online*, 22(1), p.1307082.

Dalyono, M., 2005. *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta. hal. 52

Daryanto. 2010. *Media Pembelajaran Peranannya Sangat Penting Dalam Mencapai Tujuan Pembelajaran*, Yogyakarta: Gava Media.

Dent A. dan Harden R.M. 2005. *Practical Guide for Medical Teacher*. Second Edition. UK: Elseviers Churchil Livingstone.

Dent, J.A., 2002. Adding more to the pie: the expanding activities of the clinical skills centre. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(8), pp.406-410.

Depdikbud. 2015. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka

Diemers, A.D., Dolmans, D.H., Verwijnen, M.G., Heineman, E. and Scherpbier, A.J., 2008. Students' opinions about the effects of preclinical patient contacts on their learning. *Advances in health sciences education*, 13(5), pp.633-647.

Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. 2010. *Guideline Penguji OSCE Kedokteran*, (Online), (<http://www.hpeq.dikti.go.id>, diunduh pada 8 Januari 2012)

Elliott, M., 2002. Clinical environment: a source of stress for undergraduate nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(1), pp.34-38.

Firmansyah R, 2012. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Mahasiswa Kedokteran terhadap Pelatihan Keterampilan Klinik di Tahap Sarjana*. Laporan Hasil Penelitian Karya Tulis Ilmiah. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang.

Fischer, T., Chenot, J.F., Simmenroth-Nayda, A., Heinemann, S., Kochen, M.M. and Himmel, W., 2007. Learning core clinical skills—a survey at 3 time points during medical education. *Medical teacher*, 29(4), pp.397-399.

Gazibara T., Nurkovic S., Maric G., Kurtagic I., Kovacevic N., Tepavcevic D.K., et al. Ready to work or not quite? Self-perception of practical skills among medical students from Serbia ahead of graduation. *Croat Med J.*, 2015, 56: 375-382.

Hochberg, J., Meyer, K.M. and Marion, M.D., 2009. *Suture choice and other methods of skin closure*. *Surgical Clinics*, 89(3), pp.627-641.

Indonesia, P.R., 2003. Undang-undang Republik Indonesia nomor 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional. *Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia*.

Jha, V., Bekker, H.L., Duffy, S.R.G. and Roberts, T.E., 2006. Perceptions of professionalism in medicine: a qualitative study. *Medical education*, 40(10), pp.1027-1036.

KBBI, 2016. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). [Online] Available at: <http://kbbi.web.id/pusat>, [Diakses 21 Juni 2016]

Konsil Kedokteran Indonesia, Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik, KKI, Jakarta : 2006

Konsil Kedokteran Indonesia. 2012. *Standar Kompetensi dokter Indonesia*. Jakarta: Penerbit Konsil Kedokteran Indonesia.

Kuswahyuni, S., 2009. Pengaruh Bimbingan Kelompok Terhadap Kesiapan Menghadapi Ujian Akhir Pada Siswa Kelas VI A3 SDN Sendang Mulyo 03 Semarang Tahun Ajaran 2008/2009. *Skripsi*. Semarang: IKIP PGRI Semarang.

Mackay-Wiggan, J., Ratner, D. and Sambandan, D., 2015. *Suturing techniques*. Medscape. Available at <http://emedicine.medscape.com/article/1824895-overview>. Accessed, 19.

Magnussen, L. and Amundson, M.J., 2003. Undergraduate nursing student experience. *Nursing & health sciences*, 5(4), pp.261-267.

Manual Prosedur Pembelajaran Ketrampilan Klinik Jurusan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. 2011. Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Malang. 2011

Moy, R.L., Waldman, B. and Hein, D.W., 1992. A review of sutures and suturing techniques. *The Journal of dermatologic surgery and oncology*, 18(9), pp.785-795.

Mulyani, D., 2013. Hubungan kesiapan belajar siswa dengan prestasi belajar. *Konsekor*, 2(1).

Musrifatul, U. and Alimul, A., 2008. *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika

Nuraeni, N., Fitrajaya, A. and Setiawan, W., 2010. *Efektivitas penerapan model pembelajaran generatif untuk meningkatkan pemahaman siswa dalam mata pelajaran teknologi informasi dan komunikasi*. Makalah. Bandung: UPI-Bandung.

O'Brien-Gonzales, A., Blavo, C., Barley, G., Steinkohl, D.C. and Loeser, H., 2001. What did we learn about early clinical experience?. *Academic Medicine*, 76(4), pp.S49-S54.

Pedoman Akademik Program Studi Pendidikan Dokter Tahun Akademik 2013/2014. Tahun 2013. Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Malang

Pedoman Akademik Program Studi Pendidikan Dokter Tahun Pelajaran 2017/2018. Tahun 2017. Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Malang

Peyre, S.E., Peyre, C.G., Sullivan, M.E. and Towfigh, S., 2006. A surgical skills elective can improve student confidence prior to internship. *Journal of Surgical Research*, 133(1), pp.11-15.

Porter, J., Morphet, J., Missen, K. and Raymond, A., 2013. Preparation for high-acuity clinical placement: confidence levels of final-year nursing students. *Advances in medical education and practice*, 4, p.83.

Prasetyo, B. and Jannah, M., 2006. *Lina, Metode Penelitian Kuantitatif: Teori dan Aplikasinya*.

Remmen, R., Derese, A., Scherpbier, A., Denekens, J., Hermann, I., Van Der Vleuten, C., Van Royen, P. and Bossaert, L., 1999. Can medical schools rely on clerkships to train students in basic clinical skills?. *Medical Education*, 33(8), pp.600-605.

Slameto. 2010. *Belajar dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhinya*. Jakarta: Rineka Cipta.

Smith, B., 2006. *From simulation to reality—breaking down the barriers*. *The Clinical Teacher*, 3(2), pp.112-117.

Spencer, J., Blackmore, D., Heard, S., McCrorie, P., McHaffie, D., Scherpbier, A., Gupta, T.S., Singh, K. and Southgate, L., 2000. *Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students*. Medical education, 34(10), pp.851-857.

Standar Kompetensi Dokter Indonesia. 2012. Konsil Kedokteran Indonesia, Jakarta.

Standar Kompetensi Pendidikan Kedokteran Dasar Indonesia (KIPDI III), (Online), (<http://dokumen.tips/documents/kipdi-iii-29-maret-2006tambahan.html>, diakses 5 Januari 2017).

Stufflebeam, D.L., 2003. *The CIPP model for evaluation*. In International handbook of educational evaluation (pp. 31-62). Springer, Dordrecht.

Suprihatiningrum, J., 2013. *Strategi pembelajaran teori dan aplikasi*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Suryadi E, SU, MHPE, PA(K). 2008. *Pendidikan Di Laboratorium Keterampilan Klinik*, Cetakan pertama, Fakultas Kedokteran – Universitas Gadjah Mada.

Weller, J.M., Nestel, D., Marshall, S.D., Brooks, P.M. and Conn, J.J., 2012. Simulation in clinical teaching and learning. *Med J Aust*, 196(9), p.594.

Whipple, M.E., Barlow, C.B., Smith, S. and Goldstein, E.A., 2006. Early introduction of clinical skills improves medical student comfort at the start of third-year clerkships. *Academic Medicine*, 81(10), pp.S40-S43.

Widyandana, D., Majoor, G. and Scherpbier, A., 2012. Preclinical students' experiences in early clerkships after skills training partly offered in primary health care centers: a qualitative study from Indonesia. *BMC medical education*, 12(1), p.35.

Wijnen-Meijer, Marjo. 2012. Readiness for Clinical Practice : Studies about transitions in medical education, the influence of vertically integrated curricula and the assessment of readiness for practice, p.3-16.

Winataputra, U., S. 1993. *Proses Belajar Mengajar yang Efektif*.

Yang K. dan Miller G. 2008. *Handbook of Research Methods in Public Administration*. Taylor & Francis Group: CRC Press U.S.

Ziv A., Ben-David S., dan Ziv M. Simulation Based Medical Education: an opportunity to learn from errors. *Medical Teacher*, 2005, 27 (3): 193-199.