

TINJAUAN PUSTAKAAN

**MODEL-MODEL BIMBINGAN PADA
PENDIDIKAN KLINIK DAN RELEVANSINYA
PADA PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN
KESEHATAN DI INDONESIA****Hardisman**

Bagian Anestesiologi dan Reanimasi, dan Bagian Pendidikan Kedokteran
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
E-mail : hardisman@fk.unand.ac.id

Abstrak

Proses pembelajaran klinis menekankan pada integrasi antara ilmu teoritis dan praktek, serta sintesis untuk dapat menemukan alternatif pemecahan permasalahan dari kasus-kasus yang ditemukan. Dalam mencapai sasaran pembelajaran tersebut, dibutuhkan proses bimbingan yang optimal. Dalam tulisan ini dibahas model-model bimbingan yang diterapkan diberbagai institusi pendidikan kedokteran dan kesehatan, serta dilakukan analisa terhadap berbagai model tersebut untuk melihat model yang tepat diterapkan di institusi pendidikan kedokteran dan kesehatan Indonesia. Terdapat dua model yang umum dilaksanakan pada bimbingan klinis, yaitu *supervision model* (model supervisi) dan *preceptorship model* (model preseptorsip). Model supervisi, pembimbing adalah staf dari universitas (institusi pendidikan) dan pembimbing tidak ikut melakukan pelayanan sehingga bimbingan tidak langsung pada saat interaksi dengan pasien. Sebaliknya pada model preseptorsip, pembimbing adalah staf dari rumah sakit atau staf yang juga bertugas di rumah sakit tersebut, sehingga bimbingan dapat dilakukan dengan interaksi langsung dengan pasien dan saat memberikan penatalaksanaan. Namun, pada pelaksanaannya, penerapannya sering dilakukan dengan kombinasi beberapa model atau menerapkan dua model bimbingan atau lebih pada satu proses kepaniteraan klinik. Dengan melihat apa yang telah diterapkan selama ini pada pendidikan kedokteran dan kesehatan di Indonesia, maka penerepan model preceptorship merupakan model yang tepat untuk dilaksanakan, dengan perbaikan kualitas dan kuantitas bimbingan.

Kata Kunci: Pendidikan klinik dan preceptorship

Abstract

Clinical education emphasize on integrated learning between knowledge and skills, and synthesis to solve the problems of the clinical cases. To achieve those learning objectives needs optimal clinical supervision. In this paper will be explored variety clinical supervision models. The models will be analyzed to see the suitable model for Indonesia. The are two models that are frequently implemented in clinical education, namely supervision and preceptorship models. Supervision model employs university staffs as clinical supervisors, and they do

not involve in patient's management. Therefore, supervision cannot be done through direct interaction with the patients. By contrast, in preceptorship model, clinical supervisors are hospital staff or clinicians who are involve in patients' management. However, in practice, implementations of the supervision models are often through combination, or implementing two or more models within one clinical clerkship. Based on experience of medical and health profession education in Indonesia, preceptorship is the right model to be implemented. However, the quality and quantity of supervision need to be improved.

Key Words: Clinical education and preceptorship.

Pendahuluan

Proses pembelajaran pada pendidikan klinis merupakan komponen yang sangat penting dalam mempersiapkan tenaga kesehatan menjadi klinisi yang profesional.⁽¹⁾ Proses pembelajaran melalui pengalaman langsung atau praktek memberikan pencapaian hasil pembelajaran yang lebih memuaskan bagi peserta didik jika dibandingkan dengan pembelajaran di ruang kelas.⁽²⁾ Proses pendidikan klinis fokus pada pengalaman pembelajaran yang sama seperti apa yang akan didapatkan oleh seorang tenaga medis nantinya. Proses pembelajarannya dilakukan secara holistik yang membutuhkan transfer, reorganisasi, aplikasi, dan sintesis dari apa yang telah dipelajari sebelumnya.⁽³⁾

Proses pendidikan klinis juga lebih mengutamakan integrasi antara ilmu-ilmu teoritis (*knowledge based*) dengan praktek (*skill based*) dan reorganisasi ilmu yang telah dimiliki sehingga dapat diaplikasikan dalam memecahkan masalah-masalah klinis langsung pada pasien, yang mencakup prosedur diagnosis dan penatalaksanaan. Melalui pembelajaran klinis yang lebih menekankan integrasi langsung antara ilmu teoritis dan praktek tersebut, peserta didik juga dituntut untuk melakukan sintesis sehingga dapat menemukan alternatif pemecahan permasalahan.⁽⁴⁾

Meskipun proses pembelajaran klinis memberikan manfaat yang sangat besar dan menyenangkan bagi peserta didik, akan tetapi proses ini lebih banyak tantangannya. Sangat berbeda dengan pembelajaran di ruang kelas ataupun ruangan simulasi, pengalaman belajar langsung di rumah sakit mengharuskan peserta didik terlibat langsung dalam melakukan penatalaksanaan pasien dengan staf medis

lainnya yang sering merupakan tugas-tugas klinis yang tak terduga.⁽⁵⁾ Bahkan, tidak jarang peserta didik dalam pembelajaran klinis merasa adanya beban yang berat secara fisik dan psikis.⁽⁶⁾ Oleh karena itu, proses pembelajaran klinis harus ditata dengan baik sehingga memberikan hasil sesuai dengan yang diharapkan.

Oleh karena pembelajaran klinis sangat kompleks, dan keberhasilan sasaran pembelajarannya dipengaruhi oleh berbagai faktor, maka perlu dilihat bagaimana bentuk-bentuk pembelajaran klinis yang diterapkan pada berbagai institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di dunia, sehingga dapat dijadikan komparasi untuk bisa menerapkan bentuk yang sesuai dengan kondisi di Indonesia. Tulisan ini merupakan studi kepustakaan yang menjelaskan berbagai model pembelajaran dan bimbingan klinis yang dapat diterapkan pada kepaniteraan klinis pada pendidikan dokter, praktek klinis pendidikan keparawatan dan kebidanan. Tulisan ini juga melakukan analisa terhadap berbagai model tersebut untuk melihat model manakah yang tepat diterapkan sesuai dengan kondisi pendidikan kedokteran dan pelayanan kesehatan Indonesia.

Peranan Pembimbing Klinis

Apapun bentuk model bimbingan yang dilakukan dalam proses pembelajaran klinis, peranan pembimbing klinis tersebut sangatlah penting.⁽⁶⁻⁸⁾ Terminologi yang sering digunakan untuk pembimbing klinis adalah *clinical educator*, *clinical teacher*, dan *clinical supervisor*.⁽³⁾ Namun, sebagaimana yang ditegaskan oleh McAllister et al⁽³⁾ bahwa terminologi *clinical educator* (pendidik klinis) lebih tepat digunakan. Terminologi ini mempunyai aspek egaliter dan menghargai peserta didik

dalam membangun profesionalitasnya, dan tidak bermakna sebagai pengarah dan pengontrol peserta didik sesuai kemauan pembimbing itu.⁽³⁾

Sama dengan makna *clinical educator* tersebut, di Australia lebih sering digunakan terminologi *clinical facilitator* (fasilitator klinis). Penggunaan terminologi ini juga menekankan bahwa fasilitator mempunyai peranan penting sebagai pembimbing, *role model* (contoh keteladanan), konselor, inspirator, penilai, pengarah, dan pendorong dalam pembentukan karakter profesional.⁽⁷⁻⁹⁾

Bimbingan yang diberikan kepada mahasiswa selama proses kepaniteraan sangat menentukan kesuksesan suatu kepaniteraan itu. Dornan et al⁽¹⁰⁾ melaporkan bahwa pada proses pembelajaran di lingkungan klinis mempunyai banyak tantangan yang sangat berat dihadapi oleh mahasiswa, mulai dari masalah prosedur dan peraturan rumah sakit, pengaturan kerjasama dengan rumah sakit dan staf perawatan serta alasan etika yang muncul sebagai mahasiswa untuk menolong pasien. Kondisi ini menyebabkan mahasiswa sangat memerlukan arahan dalam membentuk kecakapan klinisnya. Oleh karena itu, bimbingan yang optimal sangat dibutuhkan oleh mahasiswa dalam kepaniteraan untuk pencapaian sasaran kurikulum dan kompetensi mereka.⁽¹⁰⁾

Selain itu, proses bimbingan yang diberikan oleh klinisi kepada mahasiswa akan meningkatkan hubungan personal antara mahasiswa dan pembimbingnya. Hal ini juga akan meningkatkan semangat belajar mahasiswa. Mahasiswa akan lebih termotivasi untuk belajar sehingga penerimaan mereka terhadap proses pembelajaran yang berat di kepaniteraan klinik juga menjadi meningkat.⁽¹¹⁾

Selain itu, mahasiswa akan dapat menjadikan klinisi pembimbing sebagai contoh profesional (*role model*) dalam melakukan pendekatan terhadap pasien dan melakukan penatalaksanaan kasus-kasus klinis.^(12,13)

Untuk dapat memberikan bimbingan yang baik dan optimal kepada mahasiswa seorang klinisi pembimbing harus memahami sasaran kompetensi pendidikan dan pentingnya proses kepaniteraan klinik. Untuk menjadi pendidik yang baik, berbagai kepustakaan menyebutkan beberapa karakter yang harus dimiliki seorang pendidik klinis, yaitu mempunyai persiapan yang baik dan terstruktur, mempunyai skill klinis yang baik, percaya diri, bertanggungjawab, mau memberikan penjelasan dan jawaban, dapat dihubungi untuk konsultasi bagi peserta didik, contoh teladan yang baik, tidak menimbulkan ketakutan, memberikan dorongan, antusias proses pendidikan dan pengembangan profesional peserta didik, mau memberikan umpan balik yang konstruktif.^(6,14)

Lebih spesifik, Neher et al⁽¹⁵⁾ menjelaskan untuk menjadi pembimbing klinis yang baik tersebut seorang klinisi harus mempunyai 5 kemampuan yang disebutnya sebagai *micro skill*. Pertama, Seorang klinis harus mempunyai komitmen untuk melakukan tugas-tugasnya sebagai pembimbing mahasiswa dan mensukseskan pendidikan. Kedua, menunjukkan kepada mahasiswa bagaimana melakukan pemeriksaan dan tindakan-tindakan klinis yang benar. Ketiga, mampu dan mau mengajarkan kemampuan dasar yang harus dimiliki oleh mahasiswa. Keempat, memberikan konformasi dan dorongan kepada mahasiswa jika yang dilakukannya adalah suatu yang benar. Kelima, menjelaskan kepada mahasiswa jika

yang dilakukannya tersebut tidak tepat.

Dengan melihat kemampuan yang harus dimiliki oleh pembimbing klinis ini maka seorang pembimbing tidak hanya harus dapat memberikan pengetahuan medis dan klinis dalam bidangnya. Akan tetapi, pembimbing klinis juga harus dapat mengoreksi dengan baik kesalahan yang dilakukan oleh mahasiswa dan menunjukkan letak salahnya. Pada saat yang sama seorang pembimbing harus juga dapat memberikan konformasi (*reinforce*) tindakan-tindakan klinis yang benar yang sudah dilakukan oleh mahasiswa.⁽¹⁵⁾ Bahkan, untuk dapat meningkatkan kompetensi klinis mahasiswa harus dilakukan pendekatan personal kepada setiap mahasiswa karena setiap mahasiswa mempunyai metode dan gaya belajar yang berbeda. Metode pembelajaran ini harus diarahkan agar dapat mencapai sasaran pendidikan dan kompetensi yang diharapkan.⁽¹⁶⁾

Peranan seorang pengajar di Fakultas Kedokteran khususnya pembimbing klinis harus dilakukan dengan langkah-langkah yang nyata. Dalam hal ini, Harden dan Crosby⁽¹⁷⁾ menjelaskan seorang pembimbing harus melaksanakan enam area peranan, yaitu sebagai pengajar dan sebagai pembimbing di ruang kelas dan dalam praktek klinis, sebagai *role model*, sebagai fasilitator, sebagai penilai, sebagai perencana dan sebagai pengembang bahan-bahan pengajaran. Langkah-langkah kongkrit ini dapat dilakukan secara mandiri ataupun berkelompok melalui institusi.

Model Bimbingan Klinis

Berbagai model pendidikan klinis yang diterapkan pada pendidikan kedokteran, keperawatan, dan kebidanan di dunia. Di Australia misalnya ada dua model yang umum

dilaksanakan yaitu *supervision model* (model supervisi) dan *preceptorship model* (model preceptorship).

Model Supervisi

Model supervisi melibatkan fasilitator pembelajaran yang merupakan staf dari universitas kemudian langsung bertanggungjawab dan memberikan bimbingan pada proses pendidikan klinis.⁽¹⁸⁾ Dalam model ini, fasilitator bertanggungjawab terhadap semua proses pembelajaran mahasiswa, termasuk persiapan dan pengarahan sebelum praktek klinis, penilaian kebutuhan pembelajaran, manajemen proses pembelajaran, supervisi dalam praktek klinis, dan melakukan evaluasi proses pembelajaran.

Di Australia, model supervisi juga terdapat dua variasi, dengan menugaskan langsung staf dosen tetap sebagai pembimbing klinis, atau *sessional staff* (staf dosen kontrak sementara) yang khusus ditugaskan sebagai pembimbing.

Staf universitas yang ditugaskan sebagai fasilitator atau pembimbing dalam proses pembelajaran klinis tentulah ditugaskan sesuai dengan bidang keahliannya di bagian mana pendidikan klinis tersebut dilaksanakan. Akan tetapi dengan melibatkan dosen langsung sebagai pembimbing klinis di rumah sakit yang mana ia tidak ikut bertugas dalam pelayanan di rumah sakit tersebut, maka ia akan dilihat sebagai 'orang asing' oleh staf rumah sakit tersebut. Tambahan lagi, dosen pembimbing tidak dapat melakukan bimbingan langsung terhadap penatalaksanaan pasien. Proses bimbingan dilakukan dalam bentuk laporan kasus bukan langsung di ruangan perawatan. Di Australia misalnya, proses ini dilaksanakan dengan dengan satu orang dosen membimbing sekitar delapan maha-

siswa.⁽¹⁸⁾

Sessional Facilitators merupakan fasilitator tidak tetap yang diangkat dari staff khusus dikontrak dan ditugaskan sebagai pembimbing klinis pada priode tertentu pada kepaniteraan klinis.⁽¹⁹⁾ Staf tersebut haruslah mempunyai pengalaman klinis sesuai dengan bidang penugasannya sebagai pembimbing, meskipun kurang mempunyai kecakapan dalam ilmu kependidikan klinis dan kurikulum.⁽²⁰⁾ Sebagaimana halnya dengan dosen tetap yang ditugaskan sebagai pembimbing klinik, fasilitator tidak tetap juga menjadi tamu di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan dimana ia bertugas sebagai pembimbing, sehingga ia perlu beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit tersebut.

Model Preceptorsip

Model preceptorsip melibatkan staf medis (klinisi) yang bertugas di rumah sakit tersebut sebagai pembimbing klinis. Proses pembelajaran pada model preceptorsip sama dengan model supervisi. Akan tetapi, pada model preceptorsip, staf yang bertanggungjawab membimbing mahasiswa tetap melakukan tugas utamanya dalam pelayanan.⁽²¹⁾

Model preceptorsip dilaksanakan dengan memberikan mahasiswa kepaniteraan dengan jumlah tertentu kepada seorang klinisi di rumah sakit yang ditugaskan sebagai preceptor selama kepaniteraan berlangsung. Maksud utama model preceptor ini adalah dengan adanya fasilitasi proses pembelajaran langsung dari klinisi yang bertugas, maka peserta didik lebih dapat menggali ilmu-ilmu klinis secara langsung dari preceptor tersebut, baik ilmu-ilmu teoritis, teknik penatalaksanaan, etika sosial, dan kaidah-kaidah lain di rumah sakit dalam melakukan pelayanan.^(21,22)

Dalam pandangan ilmu pendidikan, model preceptorsip diterima dengan sangat baik.⁽²³⁾ Manfaat model preceptorsip berdampak positif bagi klinisi dan peserta mahasiswa.⁽²⁴⁾

Akan tetapi, peranan klinisi menjadi lebih berat karena mendapat tugas ganda dalam melakukan pelayanan dan memberikan bimbingan.⁽²⁵⁾ Memberikan bimbingan pada mahasiswa sebagai tugas tambahan menyita waktu klinisi tersebut untuk melakukan pelayanan. Pada saat yang sama, preceptor yang ditugaskan tidaklah mempunyai ilmu pengajaran yang cukup seperti yang diharapkan, terutama dalam hal evaluasi dan penilaian. Oleh karena itu, idealnya adalah yang menjadi preceptor di rumah sakit tersebut adalah ada staf pengajar tetap yang juga ditugaskan sebagai klinisi di rumah sakit pendidikan tersebut yang telah mengerti proses pendidikan. Kemudian ia dapat mensosialisaikan bentuk dan proses preceptorsip yang baik, sistem penilaian dan aspek pendidikan lainnya kepada klinisi lain yang juga ditugaskan sebagai preceptor.⁽²¹⁾

Model Fasilitator Pendukung (Seconded Facilitator)

Model fasilitator pendukung hampir sama dengan model preceptor, yakni dengan melibatkan staf medis tetap yang bekerja pusat pelayanan kesehatan yang ditugaskan sebagai pembimbing selama kepaniteraan klinik. Staf yang ditunjuk seperti ini adalah staf senior yang telah berpengalaman, oleh karena itu diharapkan dapat memberikan bimbingan praktis yang baik dalam pendidikan klinis.^(2,26) Sebagaimana halnya dengan fasilitator klinis dari staf dosen tetap, mereka juga bertanggungjawab dalam persiapan proses pembelajaran, memberikan

arahan, melakukan proses pengajaran dan bimbingan, dan evaluasi. Akan tetapi, sedikit berbeda dengan model preceptorsip, pada model fasilitator pendukung, staf yang bertugas sebagai pembimbing dibebastugaskan dalam melakukan pelayanan medis dan klinis selama bertugas memberikan bimbingan.

Sintesis: Relevansi dengan Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan di Indonesia

Dari tiga model bimbingan pada kepaniteraan klinik yang umum dilakukan di berbagai institusi pendidikan kedokteran dan keperawatan di dunia; model supervisi, preceptorsip, dan fasilitator tambahan terdapat dua perbedaan utama dari ketiga model ini.

– Asal pembimbing.

Pada model supervisi, pembimbing adalah staf dari universitas (institusi pendidikan), sebaliknya pada model preceptorsip dan fasilitator tambahan pembimbing adalah staf dari rumah sakit (institusi pelayanan kesehatan).^(18,21,22,26)

– Keterlibatan pembimbing dalam pelayanan.

Pada model supervisi, pembimbing tidak ikut melakukan pelayanan sehingga bimbingan yang diberikan kepada peserta didik tidak langsung pada saat interaksi dan memberikan penatalaksanaan pada pasien. Pada model preceptorsip bimbingan dapat dilakukan dengan interaksi langsung dengan pasien dan saat memberikan penatalaksanaan. Sedangkan pada model fasilitator tambahan, bimbingan dapat dilakukan dengan interaksi dengan pasien karena pembimbing adalah staf rumah sakit tersebut, tetapi karena selama memberikan bimbingan ia dibebaskan dari tugas-tugas pelayanan, maka proses bimbingan

tidak dapat dilakukan saat bersamaan dengan penatalaksanaan pasien.^(18,21,22,26)

Akan tetapi pada pelaksanaannya, seringkali penerapan model bimbingan pada kepaniteraan klinik tidaklah secara tegas menerapkan salah satu model tersebut. Penerapannya bisa saja dengan kombinasi beberapa model atau menerapkan dua model bimbingan pada satu proses kepaniteraan klinik.

Pada berbagai institusi pendidikan kedokteran, melalui pendekatan simbiotik dengan jalinan kerjasama yang baik,⁽⁸⁾ staf pengajar bagian klinis juga ditugaskan sebagai staf medis di rumah sakit yang menjadi wahana pendidikan. Bahkan pada berbagai institusi pendidikan kedokteran, rumah sakit pendidikan mereka juga merupakan milik universitas yang sama. Sehingga klinisi yang bertugas di rumah sakit tersebut juga merupakan staf pengajar tetap pendidikan kedokteran. Dengan kerjasama seperti ini, proses bimbingan klinis yang diterapkan adalah proses preceptorsip dengan supervisi langsung.

Pada Fakultas Kedokteran di Indonesia, kerjasama formal juga telah terbentuk antara banyak rumah sakit dengan fakultas kedokteran. Penempatan staf pengajar tetap universitas juga dilakukan di Rumah Sakit pendidikan utama, misalnya FK-Unand dengan RS M Djamil Padang, FK-UI dengan RSCM, FK-UGM dengan RS Sardjito dan lain sebagainya. Staf klinis rumah sakit tersebut, sebahagian juga merupakan staf pengajar tetap fakultas kedokteran. Sedangkan staf klinis lainnya juga diangkat sebagai staf pengajar tidak tetap. Bahkan kerjasama juga telah dilakukan antara satu fakultas kedokteran dengan berbagai rumah sakit daerah sebagai wahana pendidikan klinik tambahan (rumah sakit jejaring).

Meskipun pada rumah sakit jejaring tidak ditempatkan staf pengajar tetap sebagai klinisi, namun staf klinis di rumah sakit jejaring juga diangkat sebagai staf pengajar tidak luar biasa yang termasuk dalam paket kerjasama tersebut. Dengan menerapkan kerjasama seperti ini maka model bimbingan pada kepaniteraan klinik yang dilaksanakan adalah model preceptorship.

Akan tetapi, penataan pendidikan klinik pada fakultas kedokteran sangat lambat dilakukan. Proses pembelajaran diserahkan sepenuhnya kepada klinisi dan kurang mempertimbangkan kaidah-kaidah pendidikan yang baik, seperti sasaran pembelajaran dan kompetensi yang kurang dipahami pembimbing, teknik bimbingan yang kurang baik serta aspek penilaian yang tidak tersandarisasi. Terlebih lagi di rumah sakit jejaring, tidak jarang kerjasama yang dilakukan hanya merupakan kerjasama formal antara pihak rumah sakit dan fakultas kedokteran, dan menugaskan klinisi yang bertugas juga sebagai pembimbing tanpa adanya pembekalan sebagai pendidik kepada staf klinis yang bersangkutan. Bahkan dengan kesibukan pelayanan yang dilakukan oleh para klinisi, mahasiswa kurang mendapatkan bimbingan selama menimba pengalaman klinis.

Barulah pada pelaksanaan Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) dengan sistim PBL (*Problem Based Learning*) pada tahapan pre-klinik, kemudian pada tahap kepaniteraan klinik juga dilakukan berbagai perbaikan. Istilah 'Preceptorsip' mulai diperkenalkan. Meskipun sebenarnya, tidak ada kaitannya antara penerapan model preceptorsip pada kepaniteraan klinik dengan sistim PBL pada pre-klinik. Sebenarnya, sejak dahulu pendidikan

kepaniteraan klinik di Indonesia telah menjalankan model preceptorsip, tetapi belum ditata dengan baik. Sejak saat ini, proses bimbingan klinikpun mulai ditata dengan baik, dengan menarapkan model preceptorsip yang sebenarnya yang mengikuti kaidah-kaidah ilmu pendidikan kedokteran, dengan melakukan berbagai kegiatan bimbingan langsung oleh klinisi, seperti *bed side teaching (BST)*, *meet the expert (MtE)*, dan *clinical case presentation/ round table discussion*.

Proses pendidikan klinis pada pendidikan kebidanan dan keperawatan di Indonesia menerapkan model kombinasi antara model supervisi dan preceptorsip. Kerjasama formal juga telah dilakukan oleh institusi pendidikan keperawatan/kebidanan dengan berbagai rumah sakit. Melalui kerjasama ini, proses pendidikan didukung dengan baik oleh institusi pelayanan kesehatan. Bimbingan kegiatan klinis harian dilakukan oleh staf perawat/ bidan senior yang ditunjuk sebagai pembimbing klinis. Bimbingan langsung juga dilakukan oleh staf pengajar tetap yang datang ke wahana pembelajaran secara periodik.^(27,28)

Dengan melihat apa yang telah diterapkan selama ini pada pendidikan kedokteran dan kesehatan di Indonesia serta perbedaan sistim pelayanan kesehatan dan sistim pengangkatan kepegawaian, maka penerepan model preceptorsip merupakan model yang tepat untuk dilaksanakan. Namun, yang perlu ditingkatkan adalah kualitas dan kuantitas bimbingan yang diberikan. Meskipun staf klinis yang bertugas di rumah sakit adalah staf tetap universitas, namun bila penataan proses pendidikan tidak dilakukan dengan baik, maka bimbingan klinis yang diberikan tidaklah optimal. Bahkan bisa jadi, klinisi lebih mengutamakan pelayanan dari pada pendidikan yang

sebenarnya merupakan tugas utama mereka.

Terlebih lagi, jika klinisi tersebut merupakan staf tetap rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan, serta yang diterapkan oleh pendidikan klinik keperawatan dan kebidanan, proses kerjasama formal antara kedua institusi pendidikan dan pelayanan kesehatan dalam menugaskan mereka sebagai preceptor klinik harus disertai pendekatan personal dari institusi pendidikan kepada para klinisi tersebut. Perlu diberikan *reward* yang pantas dalam menjalankan tugas pembimbingan sebagai tugas tambahan. Selain itu perlu diadakan pelatihan-pelatihan terstruktur dan berkala kepada mereka untuk memahami proses dan sistim pendidikan yang dijalankan.

Kesimpulan

Pendidik klinis mempunyai peranan sangat penting dalam mencapai sasaran pembelajaran dalam kepaniteraan klinik. Keberhasilan tersebut ditentukan oleh kompetensi pendidik klinik sebagai praktisi dan sebagai pendidik dalam menciptakan lingkungan pembelajaran yang baik melalui pendekatan yang baik pula dengan bersikap profesional, egaliter, komunikatif, dan mampu memberikan umpan balik yang konstruktif. Selain dari peranan pembimbing secara personal dan profesional, proses bimbingan juga sangat penting. Melihat apa yang telah diterapkan selama ini pada pendidikan kedokteran dan kesehatan di Indonesia, maka penerepan model preceptorsip merupakan model yang tepat untuk dilaksanakan, dengan perbaikan kualitas dan kuantitas bimbingan.

Dalam meningkatkan kelancaran pendidikan klinik, penataan kerjasama yang baik antara institusi pendidikan dan pelayanan kesehatan

harus terus dilakukan untuk menghasilkan dokter dan tenaga kesehatan yang profesional, dengan pemahaman bahwa proses pendidikan tersebut memberikan manfaat bagi kedua institusi.

KEPUSTAKAAN

1. Williams PL, Webb C. Clinical supervision skills: a Delphi and critical incident technique study. *Medical Teacher* 1994; 16: 139-55.
2. Lambert V, Glacken M. Clinical education facilitators: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14: 664-673.
3. McAllister L, Lincoln M, McLeod S, Maloney D. *Facilitating Learning in Clinical Settings*. Cheltenham: Stanley Thornes, 1997.
4. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: learning and teaching in the clinical environment. *British Medical Journal* 2003; 326: 591-594.
5. Dean J, Kenworthy N. The principles of learning. In Nicklin P.J. and N. Kenworthy. eds. *Teaching and Assessing in Nursing Practice: An Experiential Approach*. Edinburgh: Bailliere Tindall. 2000.
6. Dent JA. Bedside teaching. In Dent JA & Harden RM (Editors). *A Practical Guide for Medical Teachers*. 2nd Edition, London: Elsevier-Churchill Livingstone, 2005: 77-85.
7. Andrews M. Supporting student nurses learning in and through practice: the role of the clinical guide. *Nurse Education Today* 2003; 23 (7): 474-81.
8. Prideaux D, Worley P, Bligh J.

- Symbiosis: a new model for clinical education. *The Clinical Teacher* 2007; 4: 209-212.
9. Andrews M, Chilton F. Student and mentor perceptions of mentoring effectiveness. *Nurse Education Today* 2000; 20(7): 555-562.
 10. Dornan T, Hadfield J, Brown M, Boshuizen H, Scherpbier A. How can medical students learn in self-directed way in the clinical environment? Design-based research. *Medical Education* 2005; 39: 356-364.
 11. Killcullen NM. The impact of mentorship on clinical learning. *Nursing Forum* 2007; 42 (2): 95-104.
 12. Collin JP, Harden RM. AMEE medical education guide no. 13: Real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Medical Teacher* 1998; 20(6): 508-525.
 13. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: learning and teaching in the clinical environment. *British Medical Journal* 2003; 326: 591-594.
 14. Beitz JM, Weiland D. Analysing the teaching effectiveness of clinical nursing faculty of full- and part-time generic BSN, LPN-BSN and RN-BSN nursing students. *Journal of Professional Nursing* 2005; 21(1): 32-45.
 15. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step "Microskills", Model of clinical teaching. *Journal of the American Board of Family Practice* 1992; 5: 419-424.
 16. Meyer JHF, Cleary EG. An exploratory students learning model of clinical diagnosis. *Medical Education* 1998; 32: 574-581.
 17. Harden RM, Crosby J. AMEE guide no 20: the good teacher is more than a lecturer-the twelve roles of teacher. *Medical Teacher* 2000; 22 (4): 344-347.
 18. McKenna L, Wellard S. Discursive influences on clinical teaching in Australian undergraduate nursing programs. *Nurse Education Today* 2004; 24: 229-235.
 19. Napthine R. Clinical education: a system under pressure. *Australian Nursing Journal* 1996; 3(9): 20-24.
 20. Packer J. Education for clinical practice: an alternative approach. *Journal of Nursing Education* 1994; 33(9): 411-416.
 21. Myrick F, Barrett C. Selecting clinical preceptors for basic baccalaureate nursing students: a critical issue in clinical teaching. *Journal of Advanced Nursing* 1994, 19(1): 194-198.
 22. Pellatt GC. The role of mentors in supporting pre-registration nursing students. *British Journal of Nursing* 2006; 15(6): 336-340.
 23. Kavaini N, Stillwell Y. An evaluative study of clinical preceptorship. *Nurse Education Today* 2000; 20: 218-226.
 24. Grant E, Ives G, Raybould J, O'Shea M. Clinical nurses as teachers of nursing students. *Australian Journal of Advanced Nursing* 1996; 14(2): 24-30.
 25. Edmond CB. A new paradigm for practice education. *Nurse Education Today* 2001; 21(4): 251-259.

-
26. Melander S, Roberts C. Clinical teaching associate model: creating effective BSN student/faculty/staff nurse triads. *Journal of Nursing Education* 1994; 33(9): 422-425.
 27. Pusdiknakes Depkes RI. Pedoman Penatalaksanaan Instruktur/Pembimbing Lapangan Pendidikan Tenaga Kesehatan. Jakarta: Depkes, 1999.
 28. Pusdiknakes Depkes RI. Konsep Pengelolaan Pembelajaran Tuntas Kemitraan. Jakarta: Depkes, 1999.