



FAKULTAS  
KEDOKTERAN



**BUKU PANDUAN**

# Adaptasi Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan di Era Pandemi Covid-19

**EDITOR**

Ardi Findyartini  
Diantha Soemantri  
Nadia Greviana  
Rachmadya Nur Hidayah  
Mora Claramita





FAKULTAS  
KEDOKTERAN



**BUKU PANDUAN**

# Adaptasi Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan di Era Pandemi Covid-19

**EDITOR**

Ardi Findyartini  
Diantha Soemantri  
Nadia Greviana  
Rachmadya Nur Hidayah  
Mora Claramita

# **Buku Panduan Adaptasi Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan di Era Pandemi Covid-19**

**EDITOR:** Ardi Findyartini, Diantha Soemantri, Nadia Greviana, Rachmadya Nur Hidayah, Mora Claramita

**PENULIS:** Ardi Findyartini, Astrid Pratidina Susilo, Aulia Rizka, Cees van der Vleuten, Ciraj Ali Mohammed, Diantha Soemantri, Dwiana Ocviyanti, Em Yunir, Feranindya Agiananda, Fitri Oktaviana, Fundhy Sinar Ikrar, Gandes Retno Rahayu, Jeroen van Merrienboer, Jo Bishop, Judy McKimm, Kirsty Forest, Mora Claramita, Nadia Greviana, Ova Emilia, Petrin Redayani Lukman, Prasetyanugraheni, Rachmadya Nur Hidayah, Syska Widyawati, Vishnupriya Vijayalekshmi, Widyandana

**DESAIN DAN TATA LETAK:** Dewi Anggraeni Kusumoningrum

Dilarang memperbanyak, mengutip, atau menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, tanpa izin tertulis dari penerbit.

**ISBN 978-979-456-899-6**  
**Edisi Pertama, Cetakan Pertama**



# **Buku Panduan Adaptasi Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan di Era Pandemi Covid-19**

**EDITOR:** Ardi Findyartini, Diantha Soemantri, Nadia Greviana, Rachmadya Nur Hidayah, Mora Claramita

**PENULIS:** Ardi Findyartini, Astrid Pratidina Susilo, Aulia Rizka, Cees van der Vleuten, Ciraj Ali Mohammed, Diantha Soemantri, Dwiana Ocviyanti, Em Yunir, Feranindya Agiananda, Fitri Oktaviana, Fundhy Sinar Ikrar, Gandes Retno Rahayu, Jeroen van Merrienboer, Jo Bishop, Judy McKimm, Kirsty Forest, Mora Claramita, Nadia Greviana, Ova Emilia, Petrin Redayani Lukman, Prasetyanugraheni, Rachmadya Nur Hidayah, Syska Widyawati, Vishnupriya Vijayalekshmi, Widyandana

**DESAIN DAN TATA LETAK:** Dewi Anggraeni Kusumoningrum

Dilarang memperbanyak, mengutip, atau menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, tanpa izin tertulis dari penerbit.

**Versi Cetak**

**ISBN: 978-979-456-899-6**

**Versi e-Book**

**e-ISBN: 978-979-4f56-900-9 (PDF)**

**Penerbit Versi Cetak**

UI Publishing

**Penerbit Versi e-Book**

UI Publishing



*Untuk  
pendidikan  
kedokteran  
dan  
profesi kesehatan  
Indonesia  
yang lebih  
baik.*



# KATA PENGANTAR

**Prof. dr. Marcellus Simadibrata, SpPD-KGEH,  
FACG, FINASIM, FASGED**

Ketua Umum Perhimpunan Pengkaji Ilmu Pendidikan Kedokteran  
Indonesia (PERPIPKI)

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.  
Salam sejahtera untuk kita semua.

Pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan merupakan salah satu aspek yang sangat terdampak dalam masa pandemi Covid-19. Seluruh staf pengajar, peserta didik, dan pemerhati pendidikan kedokteran berusaha untuk beradaptasi secara cepat. Keadaan yang tidak menentu membuat banyak institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan harus mengubah seluruh pembelajaran menjadi berbasis daring. Peserta didik di tahap profesi di sebagian besar harus menunda pelaksanaan rotasi klinis, ataupun sangat dibatasi jumlah pelaksanaannya. Seluruh staf pengajar dan pengelola pendidikan juga harus bergegas dalam merencanakan dan mengimplementasikan adaptasi pembelajaran yang dinamis dan fleksibel sesuai perkembangan keadaan pandemi dan berbagai hal lain.

Sehubungan dengan hal tersebut, Perhimpunan Pengkaji Ilmu Pendidikan Kedokteran Indonesia (PERPIPKI) berkolaborasi dengan Medical Education Center (MedEC) IMERI FKUI dan Indonesia Association for Medical and Health Professions Education (I am HPE) menyelenggarakan serangkaian diskusi melalui webinar tentang berbagai topik yang relevan untuk proses adaptasi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di masa pandemi. PERPIPKI sangat mendukung penerbitan buku panduan

ini sebagai upaya lanjutan untuk mendokumentasikan pengetahuan relevan yang telah didiskusikan selama webinar oleh berbagai pembicara dari dalam dan luar negeri yang mendiskusikan aspek teoritis hingga praktis. Semoga buku panduan adaptasi program pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di era pandemi Covid-19 ini dapat memberikan inspirasi sekaligus pemicu untuk mengembangkan berbagai adaptasi yang diperlukan di setiap institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di Indonesia yang memiliki karakteristik masing-masing.

Selamat membaca.

Ketua Umum Perhimpunan Pengkaji  
Ilmu Pendidikan Kedokteran Indonesia

Prof. dr. Marcellus Simadibrata, SpPD-KGEH, FACG,  
FINASIM, FASGE



# KATA PENGANTAR

**Prof. dr. Budu, Sp.M(K), M.Med.Ed, Ph.D**

Ketua Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI)

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur ke hadirat Allah SWT sehingga berkat rahmat dan hidayahnya kita dapat selamat, sehat wal'afiat hingga saat ini, dan berhasil merangkul pembelajaran adaptasi sistem daring, selama pandemi Covid-19. Sungguh peristiwa ini merupakan sejarah dunia dan sekaligus pembelajaran bagi pendidikan kedokteran untuk mengoptimalkan sistem belajar jarak jauh, dengan tetap mengedepankan asas pembelajaran berpusat pada mahasiswa, menggunakan teknologi informasi, dan mengutamakan integritas moral. Semoga buku panduan ini dapat menyumbangkan alternatif solusi bagi fakultas kedokteran dalam merespon pandemi dengan kegiatan belajar-mengajar yang menggunakan daring. Namun seperti kita ketahui, masih sangat minimalnya teori pembelajaran yang terkait tentang adaptasi pembelajaran semacam ini, sehingga kita semua masih harus belajar lebih banyak lagi dari berbagai sumber pendidikan kedokteran yang ada. Semoga yang telah disusun oleh para penulis di bidang pendidikan kedokteran ini dapat bermanfaat.

Ketua AIPKI

Prof. dr. Budu, Sp.M(K), M.Med.Ed,Ph.D



# KATA PENGANTAR

**dr. Mora Claramita, MHPE, Ph.D**

Ketua Indonesian Medical and Health Professions Education College (Iam-HPE)

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, bahwa dengan ridho-Nya, kita dapat mempersembahkan dan membagi sedikit informasi yang dikumpulkan oleh para penulis melalui serangkaian *webinar* dari bulan Maret–Mei 2020, dalam rangka merespon pandemi Covid-19 melalui pembelajaran sistem daring di fakultas kedokteran dan profesi kesehatan di Indonesia. Ilmu Pendidikan Kedokteran telah lama merekomendasikan sistem belajar jarak jauh (*distance-learning*) yang menjadikan “penugasan” dan “umpan balik” sebagai inti pembelajaran. Baru di era *new normal* saat ini, dimana *physical distancing* menjadi kunci pencegahan penularan virus korona, dunia pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan seakan terhenyak, mau tidak mau harus mampu melakukan adaptasi melalui sistem daring untuk keseluruhan kurikulum, evaluasi belajar, hingga akreditasi mutu. Banyak sekali pertanyaan diajukan, berhubungan dengan validitas dan reliabilitas, kepercayaan, hingga teknis penjadwalan, dan kuota internet. Tidak ada seorangpun yang paham akan hal ini sehingga yang dapat kami lakukan hanyalah mengumpulkan pengetahuan dari berbagai pakar, praktisi, dan pemangku kepentingan di bidang pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dari dalam maupun luar negeri, untuk bersama-sama merumuskan rekomendasi yang

terangkum di buku panduan ini. Terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kami berikan bagi Prof. Laksono Trisnantoro yang memberikan kami inspirasi untuk pengelolaan pengetahuan/ *knowledge management* terhadap sesuatu yang kami semua baru belajar tentangnya. Sungguh “belajar sepanjang hayat” adalah intisari dari pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan. Semoga kita semua dapat mengambil manfaat dari isi buku ini.

Terima kasih.

Ketua Iam-HPE

dr. Mora Claramita, MHPE, Ph.D



# KATA PENGANTAR

**Prof. dr. Badriul Hegar, Ph.D, Sp.A(K)**

Direktur Indonesian Medical Education and Research Institute (IMERI)  
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.  
Salam sejahtera.

Pandemi Covid-19 yang melanda dunia menimbulkan disrupsi yang luar biasa pada berbagai aspek kehidupan, termasuk pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Sebagai institut yang mengedepankan inovasi sains dan pendidikan kedokteran untuk menciptakan pelayanan kesehatan dan kualitas hidup manusia yang lebih baik, IMERI tentunya perlu berkontribusi tidak saja dalam penelitian terkait Covid-19, namun juga dampaknya terhadap proses pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan.

Kajian yang diterjemahkan dalam sebuah Inovasi terkait pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dengan mengadaptasi kondisi era pandemi Covid-19 saat ini, sangat ditunggu oleh para praktisi pendidikan dan profesi kesehatan, agar dapat memberikan proses pembelajaran yang tetap terjaga kualitasnya.

Sebagai langkah awal, IMERI melalui klaster Medical Education Centre telah melaksanakan kegiatan *webinar series* selama tiga bulan, sebagai respon cepat terhadap situasi saat ini untuk mendapatkan masukan dari berbagai kajian dan pengalaman para pakar dan praktisi pendidikan dan profesi kesehatan dalam mengadaptasi era pandemi Covid-19. Kegiatan webinar tersebut telah menarik banyak minat dari para praktisi dan pemerhati pendidikan

kedokteran dan profesi kesehatan dari berbagai wilayah di Indonesia dan luar negeri. Pemaparan narasumber, masukan para peserta dan diskusi aktif selama Webinar telah menjadi sebuah *lessons learned* yang penting untuk dijadikan sebuah rujukan proses pembelajaran di era pandemi Covid-19 pada saat ini atau masa mendatang.

Sebagai bentuk *knowledge management*, hasil webinar yang sangat komprehensif tersebut dituangkan ke dalam bentuk kajian tertulis, yaitu “Buku Panduan: Adaptasi Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan di Era Pandemi Covid-19” yang dapat kita baca bersama saat ini.

Kami sangat berharap buku ini dapat dimanfaatkan oleh institusi pendidikan kedokteran, profesi kesehatan, maupun praktisi/pemerhati pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan terutama di seluruh wilayah Indonesia. Adaptasi yang diterapkan selama pandemi ini diharapkan dapat menjadi pemicu bagi kita, untuk bersama-sama memikirkan mengenai pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan yang akan kita selenggarakan di masa mendatang.

Selamat membaca.

Direktur IMERI FKUI

Prof. dr. Badriul Hegar, Ph.D, SpA(K)



# SALAM DARI EDITOR

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Disrupsi pembelajaran akademis dan praktik klinis di masa pandemi mengharuskan berbagai upaya simultan untuk menjaga keselamatan semua pihak dan tetap mengupayakan proses pencapaian kompetensi secara optimal. Di tengah berbagai upaya ini, Medical Education Center (MedEC) IMERI Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia menginisiasi serangkaian webinar “Covid-19 *Pandemic Medical and Health Profession Adaptation Education Series*” yang dimulai pada tanggal 26 Maret 2020. Para ahli dan praktisi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dari dalam dan luar negeri, pengelola pendidikan, staf pengajar kedokteran dan profesi kesehatan dan peserta didik dari seluruh Indonesia bergabung dalam seri webinar ini, saling berbagi pengalaman dan bersama saling mengisi dan saling mendukung dalam interaksi di webinar yang mendiskusikan berbagai topik yang relevan.

MedEC IMERI menyelenggarakan seri webinar berkolaborasi dengan organisasi profesi terkait (I AM HPE, dan PERPIPKI), Departemen Pendidikan Kedokteran FKUI, Departemen Pendidikan Kedokteran dan Bioetik FKK KMK UGM, Medical Education and Research Development Unit (MERSDU) FK UA, dan didukung juga oleh Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia (AIPKI) serta kolaborator di tingkat nasional dan internasional. Webinar sebagai bentuk alih pengetahuan dan diskusi tentang berbagai tantangan perlu ditindaklanjuti dengan upaya dokumentasi pengetahuan yang diperoleh sehingga dapat senantiasa bermanfaat untuk seluruh pihak terkait di bidang pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di Indonesia. Ucapan terima kasih disampaikan kepada dr. Mora Claramita, MMedEd, PhD, Ketua I AM HPE yang mengusulkan pengelolaan

pengetahuan dari hasil webinar ini sehingga diharapkan dapat membawa manfaat seluas-luasnya untuk pengelola, staf pengajar dan mahasiswa pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di seluruh Indonesia.

Buku Panduan ini merupakan gambaran kuatnya semangat belajar dan berkolaborasi dari semua pihak yang saling mendukung untuk pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan yang tetap dapat dijalankan dengan sebaik mungkin di Indonesia. Buku Panduan ini juga merupakan refleksi bersama yang dapat dimanfaatkan untuk “melompat ke depan” (*bounce forward*) sehingga pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di seluruh Indonesia dapat lebih baik lagi di masa mendatang. Masih banyak kekurangan dalam Buku Panduan ini, termasuk masih banyaknya topik yang sebenarnya dapat dirangkum dan direfleksikan. Masukan dan saran dari seluruh pihak akan diterima dengan senang hati untuk perbaikan lebih lanjut.

Selamat memanfaatkan buku panduan ini.

Tim Editor,

**dr. Ardi Findyartini, Ph.D**

dr. Diantha Soemantri, M.Med.Ed, Ph.D

drg. Nadia Greviana, M.Pd.Ked

dr. Rachmadya Nur Hidayah, M.Sc, Ph.D

dr. Mora Claramita, MHPE, Ph.D



# DAFTAR ISI

**1 BAB 1: Konsep pembelajaran dalam jaringan (daring) dan adaptasi pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan di Indonesia merespon *physical distancing* saat pandemi Covid-19**

■ Ardi Findyartini, Rachmadya Nur Hidayah,  
Mora Claramita

**16 BAB 2: Implementasi konsep pembelajaran daring dalam program pendidikan dokter dan profesi kesehatan tahap akademik**

■ Diantha Soemantri, Dwiana Ocvyanti, Syska  
Widyawati, Ardi Findyartini

**30 BAB 3: Pembelajaran daring pendidikan dokter dan dokter spesialis dalam masa pandemi**

■ Diantha Soemantri, Fitri Octaviana, Aulia Rizka  
Prasetyanugraheni Kreshanti, Em Yunir

**48** **BAB 4: Adaptasi asesmen peserta didik kedokteran selama pandemi Covid-19**

Mora Claramita, Diantha Soemantri, Fundhy Sinar Ikrar, Cees van der Vleuten

**76** **BAB 5: Rancangan instruksional untuk adaptasi pendidikan profesi kesehatan dalam pandemi Covid-19: Pendekatan 4C/ID**

Astrid Pratidina Susilo dan Jeroen van Merriënboer

**100** **BAB 6: Adaptasi Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan Berbasis Komunitas di Masa Pandemi Covid-19**

Widyandana, Gandes Retno Rahayu, Vishnupriya Vijayalekshmi, Ciraj Ali Mohammed

**116** **BAB 7: Menjaga *well-being* peserta didik dan staf pengajar pada masa pandemi**

Nadia Greviana, Judy McKimm, Kirsty Forest, Jo Bishop, Feranindhya Agiananda, Petrin Redayani Lukman

**140** **BAB 8: Kepemimpinan dan pengelolaan perubahan di masa adaptasi pembelajaran daring**

Ardi Findyartini, Dwiana Ocviyanti, Ova Emilia, Judy McKimm

**170** **BAB 9: Arti “Kampus Merdeka” dalam tatanan dunia baru pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan di Indonesia**

Mora Claramita, Ardi Findyartini, Diantha Soemantri

**188** **Biografi penulis**



# 1

## Konsep Pembelajaran dalam Jaringan (Daring) dan Adaptasi Pendidikan Kedokteran dan Tenaga Kesehatan di Indonesia Merespon *Physical Distancing* saat Pandemi Covid-19

### PENULIS

**Ardi Findyartini<sup>1,2</sup>, Rachmadya Nur Hidayah<sup>3</sup>, Mora Claramita<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Departemen Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>2</sup> Medical Education Center, Indonesia Medical Education and Research Institute (IMERI), Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>3</sup> Departemen Pendidikan Kedokteran dan Bioetika, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta



Pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan mengalami perubahan paradigma seiring dengan kemajuan teknologi dan perubahan kebutuhan pelayanan kesehatan. Aktivitas pembelajaran tidak lagi didominasi interaksi tatap muka antara pengajar dan siswa, tetapi mengedepankan variasi dan penggunaan teknologi untuk meningkatkan pembelajaran (*technology-enhanced learning*). Konsep pembelajaran menggunakan teknologi yang digunakan dalam pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan berkembang dengan penggunaan berbagai media ajar, pembelajaran dalam jaringan (*daring*), simulasi, hingga *virtual reality*. Dalam masa pandemi yang membatasi interaksi tatap muka, tantangan dalam pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan dapat disiasati dengan pembelajaran *daring*, yang akan menjadi fokus bahasan dalam buku ini. Literasi teknologi dan data merupakan komponen literasi yang sangat penting untuk dokter dan tenaga kesehatan di masa yang akan datang. Dengan demikian, pembelajaran berbasis teknologi yang memungkinkan staf pengajar dan peserta didik beradaptasi dengan pemanfaatan teknologi diharapkan memfasilitasi pencapaian berbagai kemampuan terkait literasi tersebut. *Technology-enhanced learning* menggarisbawahi pentingnya pemanfaatan teknologi untuk memperkuat pencapaian berbagai kompetensi atau capaian pembelajaran di aspek kognitif, afektif/profesionalisme dan psikomotor.

## **World Pandemic - Covid-19: Mengubah paradigma di seluruh sektor kehidupan termasuk pendidikan kedokteran dan kesehatan**

Seorang teknolog, teknokrat, pemimpin perubahan, Bill Gates, sebenarnya sudah sejak 2015 mengingatkan kita bahwa penduduk bumi tidak siap untuk merespon epidemi selanjutnya. Dalam TED Talks nya di 2015, Bill Gates, seorang penemu Microsoft yang pada dasarnya adalah ahli teknologi informasi, menyebutkan bahwa kita sekarang tidak sedang di era ketakutan akan *nuclear weapon*. Melainkan, beliau menggambarkan dengan jelas bentuk virus mirip korona dalam *slide*-nya (Gates B, 2015). Bill Gates kemudian merefleksikan pembelajaran dari berbagai macam epidemi yang ada di dunia dalam dekade terakhir seperti Ebola, SARS, MERS. Beliau mengatakan mengapa Ebola tidak sampai ke perkotaan, adalah hanya karena kita beruntung. Bagaimana bila suatu hari manusia tidak beruntung?

Pada saat Bill Gates mengutarakan idenya melalui TED Talks, tentunya hampir tidak ada orang yang dengan serius menggagas hal ini, tidak juga dari sisi kesehatan dan pelayanan kesehatan karena kita selama ini mungkin lebih banyak mengandalkan keberuntungan. Sebagai seorang yang mempunyai ilmu sangat tinggi, Bill Gates tidak bercenayang. Intuisinya berdasarkan fakta-fakta dan pengetahuan yang didapat sebelumnya. Terbukti pada hari ini, kita semua bekerja dan belajar dari rumah karena pandemi virus korona 19.

Tentang virus SAR-CoV-2 yang menjadi penyebab Covid-19 tidak akan diulas dalam buku ini. Buku ini akan lebih membahas dampak pandemi Covid-19 terhadap sistem belajar-mengajar dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dan dikaitkan dengan pelayanan kesehatan, di dunia pada umumnya, dan di Indonesia khususnya. '*Pandemic*' adalah kata yang hampir tidak pernah digunakan oleh WHO selama berdirinya selama 72 tahun, ternyata diberlakukan bagi seluruh penduduk dunia, saat ini di awal 2020. Dunia kemudian dipaksa berubah, oleh karena kunci melawan pandemi ini, sebelum ditemukannya vaksin adalah dengan *physical distancing* (WHO, 2020). Sebabnya adalah gejala Covid-19 bervariasi antara yang jelas (demam, batuk, sesak napas), pneumonia berat, hingga ada pula yang tidak menunjukkan gejala apa pun (Orang Tanpa Gejala/ OTG). Selain itu, masa inkubasi virus ini mencapai 14 hari atau lebih sehingga memungkinkan orang untuk bergerak keluar rumah, pindah kota, bahkan pindah negara mengetahui dirinya terinfeksi. Dengan demikian dalam tempo dua bulan di awal 2020, epidemi yang terjadi di Wuhan,

Cina Utara, telah menyebar ke seluruh dunia menjadi sebuah pandemi. Yang terlihat sehat, bisa saja menularkan ke orang lain yang rentan (orang tua atau pemilik komorbiditas). Dunia akhirnya sampai kepada satu rekomendasi yang masuk akal dan praktis dijalankan untuk mencegah dan memutus penyebaran rantai infeksi Covid-19 yaitu dengan *physical distancing*.

*Physical distancing* memaksa manusia untuk belajar dan bekerja dari rumah dan membatasi atau meniadakan aktivitas di luar rumah. Hal ini tentunya memiliki implikasi yang sangat besar pada kehidupan sehari-hari, termasuk pada pembelajaran dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Semua yang dulu pernah dilakukan *online*, misal belanja *online*, belajar *online*, yang dianggap semacam hobi yang sangat menyenangkan, karena dilakukan di waktu senggang, memilih-milih hal yang disukai, sekarang menjadi kebutuhan pokok, bukan sekedar sampingan atau aksesoris. Sebelumnya penampilan di depan umum menjadi penting untuk bertemu klien, rapat bersama pimpinan dan karyawan, orasi ilmiah, termasuk mengajar di depan kelas, melakukan diskusi kelompok terfokus bersama masyarakat, saat ini tidak dapat dilakukan dalam waktu lama.

Mendadak dunia pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan termenung. Bagaimana mendidik mahasiswa kedokteran melalui sistem daring dengan lebih baik? Bagaimana mengajarkan keterampilan klinis? Bagaimana dengan pelaksanaan praktikum di laboratorium? Bagaimana mengembangkan dan menilai sikap atau profesionalisme dengan kondisi saat ini? Bagaimana menguji mahasiswa? Apakah valid dan reliabel? Bagaimana pembelajaran berbasis komunitas dapat tetap dilakukan dalam masa pandemi ini? Banyak sekali pertanyaan mengenai bagaimana dunia pendidikan kedokteran dan kesehatan harus menyikapi perubahan paradigma ini. Sebelum kita membahas mengenai berbagai topik di bidang pendidikan kedokteran yang akan diulas di bagian bawah bab ini, maka pertama-tama kita akan mengkaji terlebih dahulu pembelajaran daring.

## **■ Pembelajaran dalam jaringan (daring)**

Pembelajaran elektronik (*e-learning*) di bidang pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan telah diperkenalkan sejak hampir dua dekade lalu. *E-learning* pada prinsipnya adalah pembelajaran yang aktivitasnya dilakukan dengan mediasi digital (Ellaway, 2011). Pembelajaran tidak hanya dilakukan dengan satu jenis teknologi saja, tetapi merupakan gabungan dari berbagai media dan teknik menggunakan komunikasi teknologi informasi yang ada. Walaupun pembelajaran ini dimediasi dengan menggunakan

teknologi, proses belajar tetap merefleksikan teori pembelajaran yang ada (Ellaway and Masters, 2008; Masters and Ellaway, 2008; Ellaway, 2011). *E-learning* menggunakan pendekatan pedagogi yang mengedepankan fleksibilitas, *engagement*, terpusat pada mahasiswa, interaksi tinggi (antar staf pengajar, staf pengajar-peserta didik, antar peserta didik), kolaborasi, dan komunikasi; baik secara *synchronous* (langsung di waktu yang sama) maupun *asynchronous*. Pembelajaran sangat bergantung pada desain aktivitas belajar dan interaksi penggunaannya melalui teknologi yang digunakan. Seluruh aktivitas pembelajaran tetap perlu mempertimbangkan capaian pembelajaran yang dituju, karakteristik mahasiswa dan staf pengajar yang terlibat, serta ketersediaan sistem yang mendukung.

*E-learning* didominasi penggunaan Learning Management System (LMS), Course Management System (CMS), dan Virtual Learning Environment (VLE); yang memungkinkan pembelajaran dilakukan dengan jarak jauh atau dikombinasikan dengan interaksi tatap muka (*blended learning*). Teknologi lain yang digunakan dalam pendidikan kedokteran dan kesehatan antara lain komunikasi daring dengan *web-conferencing*, kolaborasi dengan forum diskusi daring dan kelas virtual, penyediaan materi dengan media aplikasi, game, *simulator (virtual patients)*, *podcast*, serta penggunaan *mobile learning* yang memudahkan akses dan interaksi jarak jauh (Ellaway, 2011). Dalam beberapa tahun terakhir, tren penggunaan *mobile learning* meningkat seiring dengan peningkatan peserta didik yang sebagian besar adalah generasi-Z, di mana menjadi tantangan tersendiri bagi staf pengajar dan institusi untuk cepat mengembangkan aspek *mobile* dalam pembelajaran daring mereka (Masters et al., 2016).

Penggunaan *e-learning* dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di Indonesia bukan hal yang baru. Pembelajaran daring melalui LMS telah dilakukan berbagai universitas, seperti FK-KMK UGM dengan Gajah Mada Medical E-Learning (Gamel) sejak tahun 2009, FK-UI dengan Student Centered E-Learning Environment (SCeLE) atau E-learning Management System (EMAS) sejak 2007 dan FK-UA dengan Airlangga University Application (AULA) atau e-learning UNAIR sejak 2009. LMS digunakan dengan *blended learning* untuk program studi sarjana, profesi, maupun pascasarjana. Penerapan *blended learning* ini diatur di Permendikbud No. 109/2013 (Pasal 2), tentang Pendidikan jarak Jauh/PJJ mengenai proporsi satuan kredit pembelajaran daring dan tatap muka. Hingga tahun 2020 belum ada peraturan yang terkini, dan mayoritas yang diperkenankan untuk *blended learning* adalah 30% daring dan 60% tatap muka. Peraturan ini masih sangat mungkin ditinjau kembali, terkait peningkatan kebutuhan pembelajaran daring dan jarak jauh dalam masa pandemi ini. Berbagai pertimbangan terkait biaya pembelajaran, kebutuhan akomodasi dan biaya hidup, tidak mudahnya perjalanan ke

institusi pendidikan; membuat pembelajaran daring jarak jauh lebih diminati dan dibutuhkan baik oleh mahasiswa maupun institusi. Kajian di Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi masih banyak berupa rencana, slides presentasi, maupun usulan. Belum ada aturan resmi untuk memaksimalkan sistem daring. Mengingat berbagai kompetensi yang harus dicapai dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan penyesuaian *blended learning* perlu mempertimbangkan prinsip pembelajaran dan pentingnya mengakomodasi kesempatan praktik langsung terutama dalam tatanan pembelajaran klinis dengan pasien dan sistem pelayanan kesehatan.

Tentu saja pengembangan sistem pembelajaran daring dan elektronik tidak mudah dilakukan dan memiliki banyak tantangan. Pengembangan LMS yang baik membutuhkan biaya dan sumber daya yang tidak sedikit, dengan uji coba yang baik dan pelatihan untuk dosen dan tenaga kependidikan (Sandars and Lafferty, 2010). Pembuatan konten dan pemanfaatan program/media yang sudah ada untuk kolaborasi dan interaksi dapat dijadikan strategi pembelajaran. Kegiatan kuliah dengan menggunakan *web-conferencing*, diskusi menggunakan *virtual classroom*, dan pembelajaran *clinical reasoning* dengan *virtual patients*, adalah contoh pilihan kegiatan yang telah banyak digunakan untuk pembelajaran daring di bidang kedokteran dan kesehatan. Dengan kondisi pandemi saat ini, cukup banyak penyedia layanan daring memberikan akses gratis dan paket khusus untuk pendidikan. Meskipun demikian, keberhasilan pembelajaran daring sangat tergantung dari desain pembelajarannya (Sandars and Lafferty, 2010) dan perlu diiringi dengan penggunaan yang baik dari peserta didik, staf pengajar, dan institusi (Ellaway and Masters, 2008; Masters and Ellaway, 2008). Hal ini masih menjadi tantangan di Indonesia, di mana paradigma pembelajaran yang terpusat pada mahasiswa dan interaksi tinggi tanpa tatap muka masih sulit diterima oleh semua pemangku kepentingan. Selain itu kendala jaringan internet juga perlu menjadi catatan dalam pengembangan daring di Indonesia.

## **Perubahan paradigma pendidikan kedokteran dan kesehatan menuju “Kampus Merdeka”**

Pada waktu yang hampir bersamaan, Kementerian Pendidikan Republik Indonesia meluncurkan konsep “Kampus Merdeka” juga di awal 2020. Konsep ini membuka pembelajaran daring seluas-luasnya, pembukaan berbagai macam program studi, program

elektif sebanyak 30%. Secara umum konsep “Kampus Merdeka” meliputi:

1. Otonomi perguruan tinggi dalam pembukaan program studi baru yang mengedepankan analisis kebutuhan dan evaluasi performa lulusan, kecuali untuk program pendidikan kedokteran dan kesehatan.
2. Program reakreditasi yang bersifat otomatis untuk seluruh peringkat dan bersifat sukarela, terutama akreditasi di bawah naungan BAN-PT. Evaluasi akreditasi akan memerhatikan kualitas lulusan dari program studi yang bersangkutan. Untuk bidang Kedokteran dan Kesehatan, kebijakan Lembaga Akreditasi Mandiri Perguruan Tinggi Kesehatan atau LAMPTKes masih belum ada penyesuaian.
3. Kebebasan bagi PTN Badan Layanan Umum (BLU) dan Satuan Kerja (Satker) untuk menjadi PTN Badan Hukum (PTN BH). Kemendikbud mempermudah persyaratan PTN BLU dan Satker untuk menjadi PTN BH tanpa terikat status akreditasi.
4. Memberikan hak kepada mahasiswa untuk mengambil mata kuliah di luar program studi dan melakukan perubahan definisi Satuan Kredit Semester (SKS).

Meskipun dalam catatannya Kemendikbud belum membuka peluang tersebut untuk bidang kedokteran, kesehatan, dan pendidikan, akan tetapi tidak ada jalan lain bagi kita dari sektor yang masih dikecualikan tersebut untuk memulainya sejak sekarang. Terutama karena belajar dari rumah adalah solusi di masa *physical distancing* ini yang memakan waktu kemungkinan 1–2 semester ke depan. Antisipasi terhadap berbagai perubahan terutama terkait pembelajaran daring yang memungkinkan penerapan pengambilan mata kuliah dari berbagai institusi oleh peserta didik yang bersangkutan pun memerlukan persiapan sumber daya manusia dan infrastruktur yang adekuat.

Masih beruntung bahwa manusia di era 2020 ini bisa melakukan sistem daring, bila dibandingkan dengan era perang dunia kedua atau era nuklir, dimana seluruh proses pembelajaran dan pendidikan terhenti total selama 1-2 tahun. Sistem daring yang sebelumnya hanya menunjang pembelajaran dan belum dimaksimalkan, di masa pandemi ini menjadi andalan untuk menjalankan program pembelajaran. Adaptasi dilakukan tidak hanya oleh institusi pendidikan, tetapi juga staf pengajar dan peserta didik. Tidak hanya lingkungan belajar yang berubah, tetapi juga desain pembelajaran, konten pendidikan, aktivitas belajar, asesmen atau evaluasi hasil pembelajaran dan interaksi dosen-mahasiswa. Perubahan paradigma pendidikan kedokteran dan kesehatan dengan menekankan pembelajaran pengetahuan, keterampilan, dan profesionalisme menggunakan pembelajaran

jarak jauh dan daring, sejalan dengan konsep mewujudkan “Kampus Merdeka”.

Perubahan merupakan sesuatu yang tidak terhindarkan. Dalam masa pandemi ini, berbagai hal seperti sistem pembelajaran daring yang selama ini menjadi alternatif untuk penguatan pembelajaran harus menjadi pendekatan utama. Perubahan di masa pandemi ini memerlukan respon yang cepat, namun tetap sistematis dan memerhatikan peran pemimpin dan kepemimpinan di institusi (Ashokka B et al, 2020). Perubahan paradigma yang ditindaklanjuti dengan implementasi segera membutuhkan adaptasi dari berbagai pihak: peserta didik, staf pengajar, tenaga kependidikan secara keseluruhan. Aspek ini sering terlupakan dalam perubahan paradigma pembelajaran daring. Peningkatan kapasitas seluruh pemangku kepentingan dan dukungan yang terus-menerus dari institusi sangat diperlukan. Dirupsi dan ‘paksaan’ luar biasa untuk berubah selama masa pandemi ini seharusnya bisa dimanfaatkan untuk program pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan tidak hanya melakukan internalisasi perubahan dalam jangka pendek, namun juga persiapan untuk menghadapi implementasi dengan segala akumulasi pengetahuan dan pengalaman selama masa pandemi untuk perubahan proses pembelajaran yang lebih baik di masa depan.

Buku ini memaparkan perubahan paradigma pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan dalam menuju kampus merdeka, di mana konsep pembelajaran berubah dan beradaptasi dengan tantangan global. Bahasan buku ini disusun berdasarkan prinsip *knowledge management* di mana hasil pembelajaran dari pakar dan pusat-pusat pendidikan kedokteran, di Indonesia dan berbagai negara lain, yang dikumpulkan dari rangkaian webinar selama terjadi *lock down* dan *work from home* di Indonesia mulai Maret-Mei 2020, disertai hasil diskusi bersama peserta webinar. Dari bahasan ini diformulasikan rekomendasi dan panduan pembelajaran yang dapat bermanfaat bagi dunia pendidikan kedokteran dan kesehatan di Indonesia untuk memulai perubahan paradigma ini menuju “Kampus Merdeka”.

## Upaya adaptasi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di masa pandemi

Potensi pembelajaran daring dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan sangat besar dalam memperkuat pencapaian kompetensi pengetahuan, keterampilan dan perilaku profesional. Pada kondisi sebelum pandemi, pembelajaran daring sudah banyak diterapkan dan lebih bersifat sebagai pelengkap dari proses pembelajaran *blended* yang dilaksanakan. Pada kondisi pandemi

seperti saat ini, pembelajaran daring menjadi tulang punggung proses pembelajaran di seluruh tingkat pendidikan, termasuk di pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Adaptasi oleh berbagai pihak terutama staf pengajar, peserta didik, tenaga kependidikan dan sistem secara keseluruhan perlu dilakukan dengan cepat. Di sisi lain, pembelajaran daring dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dengan berbagai teknologi yang ada disadari tidak dapat menggantikan kebutuhan pembelajaran langsung dengan pasien baik di tatanan rumah sakit maupun komunitas.

Adaptasi pemanfaatan pembelajaran daring dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan tahap akademik dilakukan dengan berbagai cara baik untuk pembelajaran kelas besar dan kelompok serta pembelajaran yang bertujuan untuk memfasilitasi pencapaian kemampuan kognitif, psikomotor dan afektif. Selanjutnya, pembelajaran di tahap profesi juga memerlukan adaptasi yang tidak sedikit. Penyesuaian pembelajaran juga dapat diupayakan untuk pembelajaran berbasis komunitas. Beberapa contoh penyesuaian yang dapat dilakukan dicantumkan dalam Tabel 1.

Berbagai upaya adaptasi pembelajaran yang dilakukan selama masa pandemi perlu mempertimbangkan keselamatan seluruh pihak, dan memerhatikan tren perkembangan kasus Covid-19 di wilayah masing-masing. Dengan demikian, tantangan yang perlu dihadapi adalah kesiapan untuk beradaptasi secara cepat oleh semua pihak terkait di satu sisi dan adanya fleksibilitas berbagai pendekatan yang dilakukan dengan mempertimbangkan urgensi di sisi lain. Protokol keselamatan sudah sangat jelas dan menggarisbawahi pentingnya *physical distancing* dan berbagai aspek lain, sehingga upaya memfasilitasi pencapaian kompetensi peserta didik dapat menjadi 'kurang penting dan segera' bila dibandingkan dengan upaya untuk menjamin keselamatan mereka di masa pandemi. Keadaan ini akan berubah terus seiring dengan keberhasilan penanganan pandemi secara umum di wilayah masing-masing. Kemampuan adaptasi secara cepat tidak bisa dijamin langsung dimiliki oleh staf pengajar, peserta didik dan tenaga kependidikan. Dengan demikian, kesungguhan institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan untuk memberikan respon segera dan cepat, tidak hanya dalam pendidikan dan pengajaran, namun juga dalam penelitian, pelayanan kesehatan dan pengabdian masyarakat, perlu dilengkapi dengan upaya memberikan dukungan yang diperlukan oleh semua pihak sehingga dapat beradaptasi dengan baik. Setiap institusi perlu segera mengidentifikasi berbagai kekuatan dan kelemahan yang dimiliki dan menyesuaikan diri dalam kondisi yang sangat disruptif. Kepemimpinan yang responsif dan adaptif sangat diperlukan dalam hal ini.



**TABEL 1.** Contoh berbagai penyesuaian pembelajaran daring dan *blended learning* yang dapat dilakukan di masa pandemi

No	Metode pembelajaran luring	Adaptasi pembelajaran daring	Upaya adaptasi staf pengajar dan peserta didik
1.	Kuliah interaktif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Video conference</i></li> <li>• <i>Flipped classroom</i> (materi video atau bahan bacaan disampaikan sebelum sesi sinkronus, dan sesi sinkronus untuk diskusi)</li> <li>• <i>Webinar</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemanfaatan <i>platform</i> daring, baik yang terintegrasi dalam sistem di institusi atau sumber lain.</li> <li>• Dukungan jaringan internet yang memadai.</li> <li>• Penyampaian materi secara daring dengan baik dan jelas.</li> <li>• “Interaksi” sinkronus dan asinkronus antara staf pengajar dan peserta didik.</li> <li>• Pemberian umpan balik secara sinkronus dan asinkronus.</li> <li>• Alokasi waktu, jadwal, dan penugasan yang berempati pada staf pengajar dan peserta didik.</li> </ul>
2.	Diskusi kelompok kecil (dengan berbagai metode)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diskusi kelompok daring sinkronus dan asinkronus</li> <li>• <i>Video conference</i> dan diskusi daring dengan kelompok</li> <li>• Penggunaan <i>chatroom</i> di berbagai <i>platform</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan jaringan internet yang memadai.</li> <li>• Tersedianya <i>platform</i> diskusi <i>online</i> sinkronus (video dan <i>chat</i>, atau video/<i>chat</i>) yang terintegrasi dalam sistem pembelajaran daring institusi.</li> <li>• Tersedianya <i>platform</i> diskusi <i>online</i> sinkronus (video dan <i>chat</i>, atau video/<i>chat</i>) alternative.</li> <li>• Kemampuan staf pengajar dan peserta didik menavigasi <i>platform</i> yang digunakan.</li> <li>• Kemampuan staf pengajar untuk memoderasi diskusi daring dengan berbagai <i>platform</i> dan mengembangkan dinamika kelompok yang kondusif.</li> <li>• Kemampuan staf pengajar untuk memberi umpan balik secara sinkronus dan asinkronus secara individual dan kelompok.</li> <li>• Alokasi waktu, jadwal dan penugasan yang berempati pada staf pengajar dan peserta didik.</li> <li>• Dokumentasi hasil diskusi dan umpan balik yang adekuat.</li> </ul>
3.	Tutorial keterampilan klinis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Video demonstrasi pemeriksaan atau prosedur yang diunggah di sistem daring.</li> <li>• Latihan mandiri oleh peserta didik dan refleksi diri.</li> <li>• Pemberian umpan balik oleh tutor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan jaringan internet yang memadai.</li> <li>• Tersedianya <i>platform</i> untuk mengunggah video demonstrasi, materi keterampilan klinis dan video latihan peserta didik.</li> <li>• Tersedianya <i>platform</i> diskusi <i>online</i> sinkronus (video dan <i>chat</i>, atau video/<i>chat</i>) alternatif.</li> <li>• Kemampuan staf pengajar dan peserta didik menavigasi <i>platform</i> yang digunakan.</li> <li>• Kemampuan staf pengajar untuk mengobservasi hasil latihan peserta didik dan memberi umpan balik secara sinkronus dan asinkronus secara individual dan kelompok.</li> <li>• Alokasi waktu, jadwal, dan penugasan yang berempati pada staf pengajar dan peserta didik.</li> <li>• Dokumentasi umpan balik yang adekuat (contoh dalam <i>logbook</i> atau <i>portofolio</i>).</li> </ul>

No	Metode pembelajaran luring	Adaptasi pembelajaran daring	Upaya adaptasi staf pengajar dan peserta didik
4.	Presentasi kasus, refleksi kasus dan laporan jaga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Video conference</i></li> <li>• Diskusi daring sinkronus dan asinkronus</li> <li>• Pertimbangan akses pasien sebenarnya dengan risiko rendah atau sesuai kompetensi peserta didik.</li> <li>• Pertimbangan akses data sekunder (contoh dari rekam medik) dengan tetap memerhatikan kerahasiaan data pasien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemanfaatan <i>platform</i> daring, baik yang terintegrasi dalam sistem di institusi atau sumber lain.</li> <li>• Dukungan jaringan internet yang memadai.</li> <li>• Fitur presentasi oleh peserta didik di <i>platform</i> yang digunakan.</li> <li>• Kemampuan staf pengajar untuk mengobservasi hasil latihan peserta didik dan memberi umpan balik secara sinkronus dan asinkronus secara individual dan kelompok.</li> <li>• Alokasi waktu, jadwal dan penugasan yang berempati pada staf pengajar, peserta didik dan pasien (bila ada).</li> <li>• Dokumentasi umpan balik yang adekuat (contoh dalam <i>logbook</i> atau portofolio).</li> </ul>
	<i>Bedside teaching</i> di berbagai tatanan klinis (rawat inap, rawat jalan, gawat darurat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertimbangan akses pasien sebenarnya dengan risiko rendah atau sesuai kompetensi peserta didik.</li> <li>• Pertimbangan akses data sekunder (contoh dari rekam medik) dengan tetap memerhatikan kerahasiaan data pasien.</li> <li>• Pemanfaatan <i>standardized patient</i> atau <i>virtual patient</i> bila perlu.</li> <li>• Diskusi daring dalam kelompok, interaksi dengan pasien difasilitasi tutor.</li> <li>• <i>Bedside teaching</i> secara langsung dengan jumlah peserta didik yang sangat dibatasi dan menerapkan protokol keselamatan selama pandemi, dilanjutkan diskusi secara daring atau luring.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemetaan area yang dapat diakses peserta didik di RS Pendidikan.</li> <li>• Penerapan protokol keselamatan selama masa pandemi.</li> <li>• Pemanfaatan <i>platform</i> daring, baik yang terintegrasi dalam sistem di institusi atau sumber lain.</li> <li>• Dukungan jaringan internet yang memadai.</li> <li>• Fitur video dalam <i>platform</i> yang dapat digunakan untuk mendemonstrasikan prosedur/pemeriksaan.</li> <li>• Kemampuan staf pengajar untuk mengobservasi hasil latihan peserta didik dan memberi umpan balik secara sinkronus dan asinkronus secara individual dan kelompok.</li> <li>• Alokasi waktu, jadwal dan penugasan yang berempati pada staf pengajar, peserta didik dan pasien (bila ada), termasuk mempertimbangkan jumlah paparan kasus yang cukup.</li> <li>• Dokumentasi umpan balik yang adekuat (contoh dalam <i>logbook</i> atau portofolio).</li> </ul>
	Pembelajaran berbasis komunitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemanfaatan media sosial</li> <li>• Pemanfaatan <i>platform chat</i> untuk melakukan aktivitas <i>community engagement</i>.</li> <li>• Akses pada komunitas yang dilayani.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penerapan protokol keselamatan selama masa pandemi.</li> <li>• Pemanfaatan <i>platform</i> daring, baik yang terintegrasi dalam sistem di institusi atau sumber lain.</li> <li>• Evaluasi <i>platform</i> yang dapat diakses daan 'user friendly' untuk anggota masyarakat.</li> <li>• Fitur <i>chat</i> atau media sosial untuk berkomunikasi dengan anggota masyarakat.</li> <li>• Kemampuan staf pengajar untuk memberi umpan balik secara sinkronus dan asinkronus secara individual dan kelompok.</li> <li>• Alokasi waktu, jadwal dan penugasan yang berempati pada staf pengajar, peserta didik dan anggota masyarakat.</li> <li>• Dokumentasi kegiatan secara longitudinal.</li> </ul>

Rangkaian webinar yang dirangkum dalam buku panduan ini bertujuan untuk memberikan dukungan kepada institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dalam beradaptasi secara cepat di masa pandemi, dengan mendiskusikan perubahan

dan berbagai adaptasi yang diperlukan. Uraian dalam webinar dan buku panduan ini memerhatikan konteks di Indonesia dan sekaligus mengulas praktik baik yang ada, sehingga adaptasi yang dilakukan diharapkan tetap berlandaskan pada bukti terbaik dengan tetap memerhatikan kemampulaksanaan di masing-masing institusi.

## “Kampus Merdeka” di era tatanan dunia baru: Pembelajaran berpusat pada mahasiswa

Dengan diberlakukannya masa transisi di dalam Tatanan Dunia Baru, dimana seluruh penduduk dunia, mau tidak mau, perlu berdamai dengan Covid-19, dalam arti menyadari bahwa selama vaksinasi belum ditemukan dan belum disebarluaskan ke berbagai negara, maka kita hidup berdampingan dengan Covid-19. Untuk itu, jaga-jarak, penggunaan alat pelindung diri seperti masker, serta selalu mencuci tangan dan menjaga kesehatan diri, merupakan perilaku yang ampuh untuk mencegah penularan virus tersebut. Masa transisi ini mungkin berlaku hingga akhir tahun 2020, namun kepastiannya tidak ada yang tahu. Dengan demikian, pembelajaran daring akan sangat dibutuhkan di era Tatanan Dunia Baru ini, sehingga baik pendidik maupun peserta didik perlu dilatih untuk dapat menggunakannya dengan baik, sesuai prinsip-prinsip pembelajaran berpusat pada mahasiswa.

Secara sederhana, prinsip daring seharusnya mengakomodasi pembelajaran berpusat pada mahasiswa atau *Student-Centred Learning* (SCL). Sesuai prinsip ini, maka pendidik perlu disiapkan untuk:

1. **Pembuatan modul** yang mengedepankan penugasan bagi mahasiswa, untuk mencapai keluaran belajar/ *outcome* yang ditentukan. Pembelajaran daring bukan semata-mata dosen memberikan kuliah selama 2 jam kali 12 kali pertemuan dalam satu semester, melainkan pentingnya ‘penugasan’ bagi mahasiswa sehingga mahasiswa berkesempatan untuk mengkonstruksi sendiri pemahamannya terhadap suatu bidang ilmu. Modul ini merupakan rangkuman keenam pilar yang kami jelaskan dalam bagian ini. Modul belajar atau *student-guide* yang baik akan memandu mahasiswa dalam menempuh setiap unit dalam kurikulum belajarnya.
2. **Penugasan mahasiswa** merupakan tugas yang harus dikerjakan oleh mahasiswa guna mencapai keluaran belajar yang diharapkan. Misalnya untuk dapat memahami suatu teori, mahasiswa diberikan tugas membaca, tugas berdiskusi kelompok, tugas mencari literature, tugas mengunjungi

- komunitas, dan sebagainya. Dari semua bentuk penugasan, tugas yang lebih bermakna adalah tugas membuat sesuatu/*project-based learning*. Melalui sebuah proyek yang dikerjakan, mahasiswa akan diasah motivasinya, pengetahuannya, keterampilannya, maupun perilaku dan kemampuan kerjasamanya, agar sebuah proyek dapat berhasil dengan baik.
3. Penugasan mahasiswa perlu diiringi dengan **informasi** yang diperlukan yang dapat diakses sewaktu-waktu, misal adanya kumpulan jurnal ilmiah, kumpulan video prosedur, kumpulan video kuliah pakar. Mahasiswa sendiri dapat diberikan daftar pustaka yang perlu ia cari melalui kemampuan *literature searching*, maupun berbagai sesi diskusi dengan teman sebaya (*peer learning*). Penyiapan informasi ini memerlukan waktu yang tidak sedikit oleh pendidik agar dapat ditampilkan dengan baik.
  4. Untuk menyelesaikan tugasnya, **sesi belajar kelompok dan sesi belajar mandiri** sangat penting untuk diberikan waktu yang memadai sehingga mahasiswa dapat menyelesaikan tugasnya. Waktu dalam sesi belajar mandiri menjadi pendamping penugasan itu sendiri, sehingga tugas yang lebih kompleks akan memerlukan waktu yang lebih lama.
  5. Setelah penugasan selesai, mahasiswa dapat diberikan **umpan-balik**, baik dari kelompoknya, maupun dari staf pengajar. Pemberian umpan balik ini memerlukan pelatihan khusus untuk staf pengajar, maupun untuk mahasiswa sehingga dapat terjadi dialog dua arah yang membangun antar kedua belah pihak.
  6. Setelah semua pengalaman belajar ditempuh, maka mahasiswa perlu **merefleksikan** pengalamannya, merenungkan apa yang sudah dapat ia lakukan dengan baik, apa yang masih harus ditingkatkan lagi. Disinilah diperlukan dosen pembimbing akademik atau mentor, yang mendampingi kemajuan belajar mahasiswa. Hal ini juga memerlukan pelatihan khusus, baik untuk mahasiswa melakukan refleksi, misal dalam suatu bentuk **portofolio** (dokumen yang berisi seluruh hasil belajar mahasiswa dan refleksi yang ia lakukan), serta untuk pembimbing dalam memberikan umpan balik dan motivasi belajar.
  7. Kegiatan **evaluasi belajar yang berpusat pada mahasiswa** juga perlu disiapkan dengan seksama, diantaranya melalui sebuah sistem asesmen yang terprogram, yang akan dijelaskan dalam salah satu bab di buku ini. Prinsip *assessment for learning* akan menjadi panduan dalam menyusun sebuah evaluasi belajar yang berpusat pada mahasiswa.

Ketujuh prinsip pembelajaran di atas, merupakan pilar untuk pembelajaran daring yang berpusat pada mahasiswa, yang akan

diulas satu persatu dalam berbagai bab di buku ini. Tanpa pilar-pilar tersebut, maka pembelajaran daring, seolah-olah hanya seperti memberikan informasi via media elektronik, dimana mahasiswa tetap dianggap sebagai pembelajar yang pasif. Hal ini akan berakibat mahasiswa bosan, menghabiskan kuota internet, tanpa paham apa yang seharusnya mahasiswa pelajari dan kuasai. Pembelajaran daring yang ideal, sesuai dengan prinsip Kampus Merdeka, masih harus bergerak ke arah proses *transfer-credit* antar program studi, bahkan antar institusi pendidikan, fleksibilitas, keterbukaan, sistem administrasi pendidikan yang kuat, perlu disiapkan untuk mendukung semangat tersebut. Hal ini tidak mudah dilakukan, tidak serta-merta dapat terwujud. Oleh karena itu harus dimulai sejak sekarang.

Pembelajaran berpusat pada mahasiswa dapat diibaratkan bahwa seorang guru; lebih direkomendasikan adalah “tim pengajar”, “membangun sebuah konstruksi jembatan di antara sebuah sungai”. Bila konstruksi jembatan belajar tersebut kuat dan jelas, mahasiswa akan melalui jembatan itu dengan mudah, dan akan menuju ke seberang dengan selamat, serta memahami mengapa ia harus menyeberangi sungai tersebut untuk sampai kepada suatu tempat di mana kemampuan khususnya akan digunakan.

Dalam hal membangun jembatan atau konstruksi belajar, maka persiapan pendidik sungguh luar biasa, diantaranya adalah komitmen waktu persiapan, komitmen kerjasama tim, konten belajar, strategi belajar, strategi evaluasi belajar, dan metode evaluasi program pembelajaran. Dengan demikian pembelajaran daring tidak dapat dilakukan dengan tergesa-gesa, hal ini memerlukan persiapan dan kesiapan baik pendidikan dan mahasiswa dengan sebaik-baiknya. Mahasiswa pun harus memahami bahwa tugas ‘menyeberangi jembatan’ itu harus dikerjakannya sendiri, dengan bantuan kelompoknya, maupun bantuan pendidik, namun ia tidak dapat begitu saja bergantung kepada orang lain untuk ‘menyeretnya sampai ke seberang’. Apabila hal itu terjadi, maka sampai di seberang sungai, ia tidak akan paham bagaimana menggunakan kemampuan khususnya tersebut, agar berguna bagi dirinya sendiri maupun masyarakat luas.

Analogi membangun dan menyeberangi jembatan ini memang terlalu sederhana apabila dibandingkan dengan proses belajar-mengajar itu sendiri. Pembangunan sebuah jembatan mungkin lebih terlihat nyata karena kasat mata dan dapat dihitung dengan teliti setiap sudut komponen jembatan. Namun apabila kita mendiskusikan suatu proses belajar-mengajar, itu adalah hal yang abstrak, tidak kasat mata, akan tetapi akibatnya sama nyatanya dengan apabila seseorang gagal menyeberangi suatu jembatan. “Jembatan” dalam hal ini dapat diibaratkan ‘jembatan menuju kemandirian’, ‘jembatan menjadi pribadi yang unggul’,

‘jembatan menjadi pemimpin perubahan’, atau ‘jembatan menuju kemampuan melayani masyarakat’. Secara singkat, pembelajaran berpusat pada mahasiswa menjanjikan “jembatan menuju kemerdekaan individu, lahir, dan batin”. Dengan demikian proses belajar mengajar berpusat pada mahasiswa, apalagi yang dilakukan melalui daring, memerlukan komitmen yang besar dan perhatian dengan seksama, oleh para pendidik kedokteran dan tenaga kesehatan. Era Tatahan Dunia Baru ini mendorong seluruh pendidik kedokteran dan kesehatan untuk mewujudkan “Kampus Merdeka”.

## **Ringkasan per bab**

Setiap bab dari buku ini mengedepankan isu yang berbeda-beda dalam kerangka pembelajaran dan evaluasi hasil pembelajaran secara daring, dalam konteks pendidikan sarjana, profesi dan pasca sarjana. Seluruh pembahasan menguraikan landasan teori dan praktik baik yang ada, disertai dengan hal-hal penerapan praktis terutama dalam konteks pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di Indonesia. Selain uraian dari narasumber di webinar terkait, buku panduan ini juga merangkum seluruh pertanyaan peserta webinar sehingga dapat menjadi pembelajaran lebih lanjut bagi pembaca.

Bab 1 telah menjelaskan latar belakang pentingnya buku panduan ini di tengah pandemi dan perubahan paradigma pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan.

Bab 2 dari buku ini memaparkan tentang adaptasi pembelajaran daring dan penyesuaian pembelajaran untuk program pendidikan dokter baik tahap akademik maupun profesi.

Bab 3 selanjutnya membahas mengenai berbagai tantangan adaptasi pembelajaran daring dan praktik di rumah sakit pendidikan dari sudut pandang program pendidikan dokter spesialis.

Bab 4 membahas tentang adaptasi asesmen atau evaluasi hasil pembelajaran yang menekankan pentingnya programmatic assessment, termasuk berbagai adaptasi yang dilakukan selama masa pandemi.

Bab 5 mendiskusikan tentang perlunya mempertimbangkan desain instruksional yang tepat untuk pembelaran daring dan penerapan kerangka 4C/ID yang merumuskan “*learning tasks*” “*supportive information*”, “*procedural information*”, dan “*part-task practice*” dalam pembelajaran secara daring.

Bab 6 dari buku ini mendiskusikan tentang pembelajaran berbasis komunitas yang tetap perlu diupayakan bahkan dapat ditingkatkan selama masa pandemi. Pembelajaran berbasis

komunitas dapat meningkatkan peran institusi pendidikan dalam “*community engagement*” dan tetap perlu dilakukan dengan memerhatikan keselamatan semua pihak.

Bab 7 menguraikan aspek kesejahteraan atau *well-being* peserta didik dan staf pengajar kedokteran yang dalam masa pandemi ini dapat menghadapi berbagai tantangan yang memerlukan dukungan dari institusi pendidikan.

Bab 8 membahas secara mendalam tentang kepemimpinan dan pengelolaan perubahan yang sangat penting diterapkan di institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan selama masa pandemi. Kajian teoritis kepemimpinan dan aplikasi praktis berdasarkan hasil refleksi para pimpinan institusi pendidikan kedokteran di Indonesia diuraikan dalam bab ini.

Bab 9 adalah bab penutup yang menggarisbawahi refleksi secara keseluruhan dan berbagai pemikiran penting tentang strategi untuk memanfaatkan pengetahuan dan pengalaman institusi pendidikan di masa pandemi Covid-19 untuk perubahan paradigma dan implementasi perbaikan pendidikan berkelanjutan di masa depan.

## Referensi

1. Ashokka B, Ong SY, Tay KH, Loh NHW, Gee CF & Samarasekera DD (2020). Coordinated responses of academic medical centres to pandemics: Sustaining medical education during Covid-19. *Medical Teacher*, DOI: 10.1080/0142159X.2020.1757634
2. Ellaway, R. and Masters, K (2008). AMEE Guide 32: e-Learning in medical education Part 1: Learning, teaching and assessment. *Medical teacher*, 30(5), pp.455-473.
3. Ellaway, R., 2011. E-learning: is the revolution over?. *Medical teacher*, 33(4), pp.297-302.
4. Gates B (2015). [https://www.ted.com/talks/bill\\_gates\\_the\\_next\\_outbreak\\_we\\_re\\_not\\_ready](https://www.ted.com/talks/bill_gates_the_next_outbreak_we_re_not_ready). Diakses 8 Juni 2020.
5. Masters, K. and Ellaway, R (2008). e-Learning in medical education Guide 32 Part 2: Technology, management and design. *Medical teacher*, 30(5), pp.474-489.
6. Masters, K., Ellaway, R.H., Topps, D., Archibald, D. and Hogue, R.J. (2016). Mobile technologies in medical education: AMEE Guide No. 105. *Medical teacher*, 38(6), pp.537-549.
7. Sandars, J. and Lafferty, N. (2010). Twelve Tips on usability testing to develop effective e-learning in medical education. *Medical teacher*, 32(12), pp.956-960.
8. WHO (2020). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Diakses 8 Juni 2020.



# Implementasi Konsep Pembelajaran Daring dalam Program Pendidikan Dokter dan Profesi Kesehatan Tahap Akademik

## **PENULIS**

**Diantha Soemantri<sup>1</sup>, Dwiana Ocvyanti<sup>3</sup>, Syska Widyawati<sup>4</sup>,  
Ardi Findyartini<sup>1,5</sup>**

<sup>1</sup>Departemen Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>3</sup>Departemen Kebidanan dan Kandungan, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta

<sup>4</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Mata, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta

<sup>5</sup>Medical Education Center, Indonesia Medical Education and Research Institute (IMERI), Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta



## Sumber:

*Webinar title:* Implementasi Konsep Pembelajaran Daring dalam Program Pendidikan Dokter dan Profesi Kesehatan Tahap Akademik – 25 Maret 2020. <https://zoom.us/j/244665884>

Sebagai respon terhadap pandemi Covid-19 dimana diterapkan *physical distancing*, *work from home* dan *study from home*, sebagai upaya untuk menekan laju transmisi Covid-19, pengelola pendidikan perlu melakukan berbagai adaptasi program pembelajaran. Tujuan adaptasi ini adalah agar kegiatan pembelajaran dapat tetap berlangsung seoptimal mungkin dan mahasiswa sedapat mungkin tetap mencapai kompetensi yang diharapkan. Pendekatan utama dalam proses adaptasi ini mengubah moda pembelajaran dari tatap muka ke Pembelajaran Jarak Jauh (PJJ) menggunakan teknologi informasi, mengingat mahasiswa dan staf pengajar tidak dapat berkumpul di satu tempat yang sama. Program pendidikan dokter yang melibatkan pelatihan keterampilan klinis baik dengan alat pemeriksaan tertentu, pasien simulasi dan pasien sebenarnya juga membawa tantangan tersendiri dalam proses adaptasi ini. Dengan demikian bab ini akan dibagi menjadi tiga bagian utama, yaitu prinsip pemanfaatan *technology enhanced learning* dan pendidikan jarak jauh, adaptasi yang sudah dilakukan di FKUI terutama dalam program pendidikan dokter, dan kebijakan umum adaptasi pendidikan di FKUI menghadapi pandemi Covid-19. Bab ini akan diakhiri dengan rangkuman hasil tanya jawab (*Questions & Answers/Q&A*).

## Prinsip pemanfaatan *technology enhanced learning* dan pendidikan jarak jauh

Sebelum menguraikan berbagai prinsip pemanfaatan teknologi dalam pembelajaran, kita perlu memahami dahulu prinsip pembelajaran pada umumnya. Berbagai studi telah menunjukkan bahwa kesuksesan sebuah proses pembelajaran terletak pada beberapa prinsip, sebagai berikut (Brown dkk, 2014):

1. Adanya kesempatan peserta didik untuk menyusun pengertian atau pemahamannya mengenai suatu topik pembelajaran
2. *Diserable difficulties* yaitu tingkat kesulitan yang memang diharapkan sesuai dengan level pembelajaran atau pencapaian pembelajaran yang diharapkan
3. *Retrieval practice* yang merupakan suatu upaya agar mahasiswa

- dapat melakukan pengulangan terhadap materi atau keterampilan secara berkala, sesuai tahap pendidikannya
4. *Interleaving* yaitu kondisi dimana saat staf pengajar mengajak mahasiswa untuk mempelajari suatu substansi, staf pengajar juga memberikan mahasiswa berbagai pilihan untuk mempelajari hal lain yang terkait. Sebagai contoh saat mengajarkan anamnesis pasien sesak, mahasiswa juga dapat diajak mempelajari aspek laboratoriumnya.
  5. *Varied practice* yaitu prinsip dimana staf pengajar perlu menyediakan berbagai cara untuk membantu mahasiswa mencapai kemampuan yang diharapkan, baik itu kemampuan kognitif, psikomotor atau afektif. Sebagai contoh untuk menguasai keterampilan tertentu, ada mahasiswa yang langsung memahami setelah melihat demonstrasi, ada yang harus memperhatikan langsung, ada yang harus melakukannya berkali-kali.

Hal yang menjadi pertimbangan utama dalam pemanfaatan teknologi untuk pembelajaran (*technology enhanced learning*) adalah apakah mahasiswa betul-betul sudah terfasilitasi proses pembelajarannya. Kecenderungan kita saat ini pada saat menyiapkan PJJ adalah kita berharap mahasiswa bisa mengatur sendiri semuanya. Kita perlu perhatikan mahasiswa berada di tahap mana dalam pendidikannya. Misalnya jika mereka adalah pembelajar pemula, mereka butuh bantuan untuk dapat mengetahui mana topik yang paling penting, mana yang perlu dipelajari di awal, dsb. Hal yang harus kita hindari adalah saat kita menerapkan PJJ, kita memberikan materi sebanyak-banyaknya karena kita anggap mahasiswa dapat dan mengakses semuanya, ternyata praktik seperti ini rentan menimbulkan yang disebut sebagai *cognitive overload*, sedangkan untuk mahasiswa yang sudah berada di level yang lebih tinggi, kita dapat mengajak mereka untuk mempelajari lebih banyak kasus yang aplikatif, mengajak mereka untuk berefleksi, dan memberikan mereka kesempatan untuk menilai kemampuan mereka sudah sampai di mana (Bruin dkk, 2015; Kaufman, 2015).

Selain topik bahasan dan level kemampuan mahasiswa, lingkungan pembelajaran virtual juga perlu menjadi perhatian. Salah satu aspek lingkungan pembelajaran virtual yang paling sederhana adalah akses mahasiswa terhadap internet, ada yang berlebih, ada pula yang tidak punya data internet yang memadai, sehingga penting bagi staf pengajar untuk menjaga agar semua mahasiswa mendapat akses yang sama. Pada dasarnya, kata kunci dari *technology enhanced learning* adalah bagaimana staf pengajar memanfaatkan berbagai fasilitas *online* atau sistem yang ada untuk mendukung proses pembelajaran sehingga pertimbangan utamanya adalah tetap *learning process*-nya itu sendiri.

Melalui *technology enhanced learning* staf pengajar dapat mengajak mahasiswa untuk bersama-sama berkolaborasi mempelajari sesuatu dalam sebuah *community of learners* sehingga partisipasi mahasiswa meningkat, dan mahasiswa dapat belajar mengatur proses pembelajarannya sendiri, serta menguraikan materi dengan kecepatan belajar masing-masing. Penting bagi staf pengajar untuk juga memperhatikan kemampuan *self-regulated learning*, yaitu kemampuan mahasiswa untuk mengatur sendiri proses pembelajarannya, mengetahui kelebihan dan kekurangannya, menentukan apakah suatu capaian pembelajaran sudah dicapai atau belum. Walaupun dalam bentuk PJJ, bukan berarti staf pengajar terus memberikan materi atau tugas secara *online*, tanpa memberikan kesempatan untuk mahasiswa melakukan refleksi diri (Bullock & de Jong, 2014).

Penerapan PJJ harus tetap berfokus pada apa yang dipelajari oleh mahasiswa karena tujuan PJJ adalah memberikan proses pembelajaran yang *meaningful* bukan sekedar menggunakan berbagai macam teknologi untuk pembelajaran. Tujuan PJJ bukan terkait teknologinya, namun untuk meningkatkan makna bagi proses pembelajaran. Dalam masa pandemi dimana kita harus bekerja dan belajar dari rumah, maka penyelenggaraan PJJ dan penggunaan teknologi dalam pembelajaran perlu dioptimalkan. Namun kita tidak sekedar hanya menggunakan teknologi yang tersedia, staf pengajar perlu menyaring dan memilih mana teknologi yang akan kita gunakan agar makna pembelajaran bagi mahasiswa dapat dimaksimalkan (Bullock & de Jong, 2014; Dror dkk, 2011).

Pemanfaatan teknologi dalam PJJ bukan tanpa keterbatasan. Saat ini PJJ secara penuh terbatas pada pencapaian domain kognitif. Domain kognitif yang dapat dicapai melalui PJJ tidak hanya *recall*, namun juga mencakup kemampuan berpikir kritis tentunya jika aktivitas PJJ yang diselenggarakan memacu mahasiswa untuk berpikir kritis. Domain afektif seperti kemampuan komunikasi interpersonal juga dapat dilatihkan melalui PJJ, misalnya melalui *interactive role playing* pada platform *online*. Terkait domain psikomotorik, fokus dalam PJJ adalah memberikan landasan pengetahuan yang baik untuk keterampilan psikomotorik tertentu sebelum nantinya dapat dilakukan pelatihan keterampilan langsung (Ghirardini, 2011).

Pendekatan PJJ yang tersedia sangat bervariasi, mulai dari yang sederhana sampai yang interaktif bahkan sampai berbentuk simulasi elektronik. Pemilihan pendekatan ini salah satunya dipengaruhi oleh struktur mata kuliah atau modul yang hendak diadaptasi dan kematangan mahasiswa yang akan mengikuti mata kuliah atau modul tersebut. Pendekatan PJJ tersebut dapat berupa (*online*) *collaborative learning*, *virtual classroom*, *e-tutoring*, *e-coaching*, dan *e-mentoring*. Proses pembelajaran dapat berlangsung secara

*synchronous* di mana suatu proses pembelajaran secara *online* dilakukan bersama-sama dan interaksinya dilakukan pada waktu yang sama, contohnya saat melakukan webinar. Sedangkan sesi *asynchronous* berlangsung jika interaksi tidak berlangsung di waktu yang sama, sehingga mahasiswa dan staf pengajar dapat mengakses materi secara lebih fleksibel dan lebih bebas dalam memberikan pertanyaan/jawaban sesuai dengan waktu masing-masing individu (Ghirardini, 2011).

Kombinasi berbagai metode dan sumber belajar dalam PJJ dapat dilakukan agar PJJ menjadi optimal, dengan memperhatikan siapa mahasiswa kita, aktivitas pembelajaran seperti apa yang akan memaksimalkan proses pencapaian kompetensi, domain apa yang hendak dipelajari, tingkat kesulitan setiap konten yang akan disajikan dalam PJJ, sekuens pembelajaran yang sesuai, strategi instruksional yang cocok, dan moda PJJ apa yang hendak digunakan (Ellaway, 2017). Hal-hal tersebut perlu menjadi pertimbangan agar program studi tetap menyediakan pengalaman belajar yang bermakna atau *meaningful learning experiences*. Selain itu dalam adaptasi program pendidikan menjadi bentuk PJJ, diperlukan empati terhadap kesiapan masing-masing pihak (pengelola program, staf pengajar dan mahasiswa) untuk terlibat dalam PJJ. Penyelenggaraan PJJ perlu memperhatikan antara lain apakah semua staf pengajar sudah siap menggunakan teknologi dan apakah ada akses jaringan internet yang memadai untuk semua.

## **Adaptasi yang dilakukan di program pendidikan dokter FKUI**

Pandemi ini menyebabkan semua pihak dalam institusi pendidikan, baik pengelola program studi, staf pengajar, mahasiswa dan tenaga kependidikan, bergerak untuk beradaptasi. Universitas Indonesia telah memiliki sarana prasarana untuk menunjang PJJ, antara lain platform e-learning yaitu EMAS (E-Learning Management System), Microsoft Teams, dan FKUI pun sudah memberikan setiap program studi akun Zoom Meeting. Pelatihan staf pengajar untuk menyelenggarakan PJJ pun telah diselenggarakan beberapa kali. Sarana prasarana ini didukung oleh motivasi pengelola pendidikan yang luar biasa yang segera bergerak cepat untuk merumuskan cara adaptasi. Dalam upaya adaptasi ini, pengelola pendidikan harus memilih dan memilah materi yang benar-benar penting untuk disampaikan kepada mahasiswa dan bagaimana cara penyampaian yang paling efektif. *Less is more* adalah pegangan pengelola pendidikan dalam menentukan apa yang hendak disampaikan kepada mahasiswa, apakah seluruh isi BRP (Buku Rancangan Pengajaran) modul akan diubah ke dalam bentuk PJJ.

Selain itu semua instruksi dan ekspektasi staf pengajar terhadap mahasiswa perlu dikomunikasikan dengan jelas. Empati terhadap mahasiswa dengan beragam kondisi di rumah masing-masing perlu menjadi salah satu sikap pengelola pendidikan dan staf pengajar dalam penyelenggaraan PJJ di masa pandemi.

Seluruh kegiatan pembelajaran dalam program pendidikan dokter, baik tahap preklinik maupun klinik, dihentikan saat ini dan dialihkan ke bentuk PJJ. Program PJJ terutama berfokus pada domain kognitif, termasuk untuk kompetensi keterampilan klinis, dimana mahasiswa diharapkan paling tidak paham bagaimana cara melakukan keterampilan tersebut. Tentunya aspek psikomotorik dari keterampilan tersebut akan dilatihkan kemudian dalam jadwal khusus untuk pelatihan keterampilan klinik. Pendekatan *asynchronous* dan *synchronous* dapat dikombinasikan dalam PJJ, misalnya kuliah menggunakan pendekatan *asynchronous* berupa video yang diunggah ke EMAS dan tanya jawab melalui forum diskusi di EMAS, ataupun pemberian kuis untuk asesmen formatif, sedangkan diskusi *Problem Based Learning* (PBL) menggunakan pendekatan *synchronous* melalui platform zoom atau Microsoft Teams. Melalui platform *online* ini, staf pengajar dapat memberikan umpan balik kepada mahasiswa, sekaligus mengukur sejauh mana keterlibatan mahasiswa dan antusiasme mereka. Selain itu kemampuan *self-regulated learning* mahasiswa juga dapat dikembangkan melalui pembuatan *personal reflection*. Saat ini disarankan agar lebih banyak menggunakan pendekatan *asynchronous* agar tidak terlalu bermasalah saat jaringan internet mengganggu.

Proses adaptasi termasuk modifikasi kalender akademik di tingkat program studi untuk mengakomodasi hal-hal yang tidak dapat dilakukan melalui PJJ. Sebagai contoh modul terintegrasi di tahap preklinik yang materinya cukup banyak memerlukan instrumen ujian *Multiple Choice Question* (MCQ) dan penyelenggaraan MCQ *online* dengan mahasiswa di rumahnya masing-masing masih menimbulkan persoalan terkait kejujuran akademik, sehingga sampai saat ini ujian MCQ akan diselenggarakan setelah masa *work from home* berakhir. Semua upaya modifikasi ini hendaknya sedapat mungkin melibatkan mahasiswa dan selalu dikomunikasikan kepada mahasiswa. Terbukti mahasiswa FKUI sangat memahami situasi ini dan mereka juga memberikan masukan yang konstruktif.

Khusus untuk keterampilan klinik, sampai saat ini mahasiswa memperoleh muatan kognitif dari keterampilan tersebut, melalui kuliah, diskusi, tutorial, video keterampilan, presentasi kasus dengan pasien simulasi, dan sebagainya. Namun demikian, sedapat mungkin mahasiswa dapat berlatih keterampilan klinik menggunakan sarana yang ada di rumah. Sebagai contoh,

mahasiswa dapat melakukan anamnesis dengan anggota keluarga di rumah dan dosen menilai dengan daftar tilik yang selama ini digunakan serta memberikan umpan balik, ataupun mahasiswa melakukan pemeriksaan mata menggunakan boneka. Pada intinya mahasiswa ingin dapat berlatih dan memperoleh umpan balik sehingga mereka berkreasi memanfaatkan apa yang ada di rumah untuk dapat berlatih seoptimal mungkin. Staf pengajar kemudian dapat menanyakan kepada mahasiswa langkah-langkah yang harus dikerjakan dan bagaimana pemahaman mereka terhadap konsep langkah tersebut serta alat-alat yang digunakan. Mahasiswa pun dapat membuat foto atau video mereka melakukan keterampilan tertentu yang kemudian diunggah sehingga staf pengajar dan teman dapat memberikan penilaian dan umpan balik.

Kegiatan pembelajaran di tahap klinik sebagian besar akan dijadwalkan ulang karena mahasiswa tetap harus mencapai kompetensi yang ditetapkan. Mahasiswa pun sadar akan perlunya mereka menguasai kompetensi-kompetensi tersebut, sehingga mereka mengharapkan adanya penggantian untuk sesi-sesi belajar yang tidak bisa diadakan melalui PJJ saat nanti sudah kembali beraktivitas di rumah sakit/klinik. Salah satu pengamatan pengelola pendidikan adalah melalui PJJ diskusi staf pengajar dan mahasiswa dapat berlangsung lebih lama daripada biasanya, karena waktu yang tersedia lebih banyak, tidak terganggu atau terpotong dengan kegiatan lain.

Mahasiswa FKUI tidak hanya mengikuti PJJ namun juga melakukan berbagai kegiatan kemanusiaan yang merupakan inisiasi mereka sendiri. Sebagian dari mereka juga mengajukan diri menjadi relawan tentunya untuk melakukan aktivitas yang sesuai dengan kompetensi mereka, misalnya memberikan edukasi kepada masyarakat. Modul tanggap bencana pandemi Covid-19 juga disusun agar dapat membekali mahasiswa dengan pengetahuan yang tepat terkait Covid-19 dan mempersiapkan mereka menjadi relawan. Berdasarkan arahan pimpinan, kegiatan kemanusiaan mahasiswa inipun dapat dimasukkan sebagai kegiatan mahasiswa yang dapat diberikan penilaian.

Masa pandemi ini telah membuat PJJ dibumikan dan tentunya penyelenggaraannya hanya akan berhasil jika terdapat arahan dan dukungan pimpinan serta kerja sama dari semua pihak, termasuk komitmen tinggi dari mahasiswa. Tanggung jawab pengelola pendidikan adalah membantu mahasiswa mencapai kompetensi yang ditetapkan. Kemampuan mahasiswa di satu level menentukan pencapaian kemampuannya di level berikutnya, sehingga staf pengajar perlu memastikan pencapaian mahasiswa di setiap level. Melalui PJJ diharapkan mahasiswa dapat mencapai kompetensinya seoptimal mungkin, mungkin tidak untuk semua domain kompetensi, tetapi sebanyak-banyak yang dimungkinkan sesuai dengan rancangan pengajaran di setiap modul/mata kuliah.

## Kebijakan umum adaptasi pendidikan di FKUI menghadapi pandemi Covid-19

Tugas pimpinan dalam menghadapi pandemi ini adalah menyusun strategi agar berbagai ketidakjelasan perlahan-lahan menjadi jelas. Saat ini seluruh kegiatan pembelajaran di kampus dihentikan, mengacu pada berbagai aturan di tingkat universitas dan pemerintah. *Physical distancing* dan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) membuat semua harus berada di rumah. Arahan bagi mahasiswa adalah mereka belajar dari rumahnya masing-masing dan tidak perlu bingung dengan absensi. Selain itu fakultas juga perlu memperhatikan keberadaan mahasiswanya masing-masing, termasuk mahasiswa yang berasal dari daerah, kita ikut memastikan apakah mereka sudah berada di kampung halamannya.

Kegiatan pembelajaran saat ini dimodifikasi agar dapat dilaksanakan dari rumah, dengan tetap memperhatikan agar mahasiswa tidak dirugikan. Proses evaluasi atau asesmen tetap dilakukan namun secara jarak jauh, untuk memastikan pencapaian kompetensi mahasiswa. Asesmen terutama ditujukan untuk menilai pengetahuan, sedangkan kompetensi keterampilan klinik akan kita tunda saat nanti situasi sudah kembali normal. Pada dasarnya pimpinan memiliki tanggung jawab untuk menerbitkan aturan atau edaran yang memungkinkan level dibawahnya untuk mengambil langkah-langkah yang diperlukan. Secara bertahap berbagai modifikasi diterapkan, salah satunya adalah ujian wawancara calon peserta didik kelas internasional yang dilaksanakan secara *online* menggunakan aplikasi Zoom. Keputusan ini diambil mengingat ada hal-hal yang tidak dapat dinilai melalui tes pengetahuan.

# Q & A

**Q<sub>1</sub>** *Bagaimana adaptasi kegiatan untuk pelatihan keterampilan klinik dan juga aspek keterampilan dalam praktikum biomedik?*

Saat ini fokus kita pada aspek pengetahuan terkait keterampilan tersebut. Adaptasi yang dapat dilakukan sangat terkait dengan karakteristik masing-masing keterampilan. Sebagai contoh keterampilan membaca *slide* patologi anatomi, foto *slide* dapat diunggah untuk kemudian diinterpretasikan oleh mahasiswa. Untuk praktikum anatomi menggunakan kadaver tentunya tidak dapat dilakukan. Keterampilan klinik dasar dapat dipelajari melalui video tutorial yang diunggah di EMAS dan jika keterampilannya cukup sederhana dapat dilatihkan menggunakan sarana yang ada di rumah. Selain itu dapat diadakan diskusi tutorial dengan tutor keterampilan klinik untuk bersama-sama menonton video tutorial dan membahasnya bersama kelompok. Sesi penilaian formatif tetap diadakan dimana satu per satu mahasiswa memperagakan keterampilannya dan dinilai oleh tutor menggunakan borang penilaian serta diberikan umpan balik. Pada intinya kita perlu mengupayakan sebaik mungkin dengan menggunakan resources yang kita miliki dan mempertimbangkan apa yang dapat dilakukan oleh mahasiswa dan staf pengajar dalam kondisi sekarang. Pengembangan kemampuan psikomotor, tidak akan pernah terlepas dari landasan pengetahuan yang diperlukan. Sehingga apabila kita sekarang dapat mengupayakan setidaknya sampai ke level mahasiswa dapat melakukan modeling sendiri, mengetahui indikasi pemeriksaan serta caranya, maka hal tersebut adalah pengetahuan yang sangat diperlukan. Kemudian nanti saat pandemi berlalu maka kita evaluasi kembali pencapaian kemampuan yang diharapkan.

**Q<sub>2</sub>** *Bagaimana pelaksanaan asesmen dalam program PJJ?*

Selama ini sebenarnya kita sudah menyelenggarakan *computer based test*, namun saat ini jika diadakan *computer based test*, salah satu hal yang perlu dipertimbangkan adalah aspek kejujuran karena mahasiswa mengerjakan dari rumahnya masing-masing. Harus dipertimbangkan



apakah hasilnya akan valid. Sehingga pendekatan yang mungkin dapat dikerjakan adalah memperbanyak jumlah asesmen formatif sesuai dengan kompetensi yang diharapkan. Kemudian setelah nanti keadaan membaik, asesmen sumatif dapat dijadwalkan ulang. Untuk domain pengetahuan instrumen asesmen yang digunakan tidak terbatas pada MCQ, metode asesmen lain seperti *project* dapat menjadi alternatif.

Untuk pendidikan tahap klinik, restrukturisasi jadwalnya akan lebih masif karena mahasiswa tetap perlu melakukan pelatihan keterampilan klinik langsung pada pasien walaupun pembekalan pengetahuan dapat dilakukan secara *online*. Termasuk asesmen yang melibatkan pasien tentunya akan dijadwalkan ulang. PJJ yang diselenggarakan saat ini ditujukan untuk memaksimalkan pembelajaran pengetahuan dan keterampilan yang sifatnya tidak motorik. Pengetahuan ini menjadi dasar dari keterampilan klinis dan asesmen saat PJJ dapat ditujukan untuk menilai pengetahuan. Sedangkan keterampilan psikomotorik akan dijadwalkan ulang, dan mungkin akan dioptimalkan pada fase pre-internship atau bahkan dititipkan saat internship.

Pengalaman dari National University of Singapore (NUS) di mana mereka mengerjakan OSCE dan MCQ dengan tetap mendatangkan mahasiswa ke kampus. Namun dengan pengawalan ketat terkait pemeriksaan suhu, *physical distancing* dan berbagai upaya lain, yang kemungkinan besar akan sangat sulit diterapkan di konteks kita di Indonesia sehingga dengan keterbatasan yang kita punyai maka kita harus mengoptimalkan apa yang dapat kita kerjakan yaitu asesmen formatif. Tentunya dalam kondisi seperti sekarang perlu ada beberapa pertimbangan atau kelonggaran yang diberikan kepada mahasiswa namun tentunya kita tidak dapat meluluskan begitu saja. Kita menegaskan bahwa akan tetap ada asesmen, namun dilakukan secara bertahap. Adaptasinya pun mungkin tidak hanya pada bentuk evaluasi atau asesmennya, namun juga capaian pembelajarannya jika dirasa perlu.

### Q3 *Bagaimana pengambilan data penelitian mahasiswa di masa pandemi ini?*

Adaptasi terkait penelitian juga diperlukan saat ini, kita perlu melihat lagi apakah ada tujuan dan metode penelitian yang bisa disesuaikan. Penelitian skripsi mahasiswa S1 mungkin perlu berfokus pada

tahapan menyusun pertanyaan penelitian dan proses pengumpulan data. Mungkin kualitas datanya sendiri tidak penting, namun prosesnya mulai dari menyusun pertanyaan penelitian sampai pengambilan datanya adalah hal yang paling penting dipelajari oleh mahasiswa.

#### **Q 4** *Apakah mungkin melakukan OSCE secara online?*

Terkait dengan penyelenggaraan OSCE, terdapat pilihan untuk menjadwalkan ulang sampai nanti situasi kondusif. OSCE di prodi S1 FKUI menguji komponen “*shows how*” dan dalam kondisi saat ini OSCE belum memungkinkan untuk dikerjakan. Dengan demikian terdapat kemungkinan capaian dalam modul Keterampilan Klinik Dasar (KKD) pada semester ini diturunkan, dan kemudian target capaian yang belum dapat dicapai tersebut dipindahkan ke semester berikutnya. Beberapa keterampilan mungkin tetap dapat diujikan seperti misalnya konseling keluarga berencana. Penguji dapat menjadi pasien yang perlu diberikan edukasi dan konseling oleh mahasiswa. Mahasiswa dapat menjelaskan misalnya bagaimana cara meminimum pil KB secara *online* kepada penguji yang memerankan peran sebagai pasien. Namun keterampilan prosedural akan lebih sulit untuk dinilai melalui OSCE *online*. Kembali diingatkan bahwa asesmen ada yang bersifat formatif dan sumatif. Asesmen formatif lebih dapat dilakukan melalui berbagai cara, sehingga PJJ dapat dimanfaatkan untuk mengoptimalkan asesmen formatif sehingga mahasiswa dapat memperoleh umpan balik dan staf pengajar dapat mengetahui sejauh mana kemampuan mahasiswa.

#### **Q 5** *Bagaimana adaptasi di tahap kepaniteraan klinik?*

Kepaniteraan klinik tidak sepenuhnya dapat digantikan oleh PJJ sehingga target pembelajaran dalam masa adaptasi ini adalah domain kognitifnya saja. Praktek kliniknya sendiri kemungkinan besar harus ditunda, diundur atau dimasukkan ke semester atau tahap berikutnya. Bahkan dapat menjadi catatan khusus saat lulusan kita nanti harus mengikuti internship atau melakukan *Continuing Professional Development* (CPD). Jadi kita tidak terbatas pada semester ini semester ini tapi melihatnya secara keseluruhan. Hal yang kedua adalah kita perlu mengikutsertakan mahasiswa sejak awal karena mereka dapat diajak untuk mengukur

diri mereka sendiri. Selanjutnya mahasiswa dapat mengusulkan materi apa yang perlu mereka pelajari. Mahasiswa sebenarnya sangat khawatir kalau mereka tidak dapat mencapai kompetensi yang seharusnya, sehingga dari sejak awal kita perlu melibatkan mereka.

**Q<sub>6</sub>** *Apakah sudah terjadi cognitive overload pada peserta didik, mengingat semua pembelajaran berpindah ke daring secara mendadak?*

Dalam melakukan proses adaptasi, kita juga harus memikirkan apa yang realistis untuk dikerjakan. Sebagai ilustrasi, biasanya diskusi dilakukan *face to face* dan kita bisa lihat langsung ekspresi mahasiswa, sekarang semuanya pindah ke *online*, dimana menjadi lebih *effortful* sehingga kita sangat mungkin mengalami kelelahan. Menggunakan pendekatan *online* pun dapat membuat waktu diskusi memanjang. Mahasiswa ternyata punya waktu lebih banyak untuk berpikir sehingga mereka lebih aktif dan banyak bertanya sehingga kita sebagai tutor atau fasilitator perlu merespon dan mengajak mereka untuk memikirkan sama-sama. *Cognitive overload* dapat juga terjadi pada staf pengajar. Mungkin tidak ada ukuran kuantitatifnya untuk apa yang disebut sebagai *cognitive overload*. Namun apabila kita minta mahasiswa dan staf pengajar *online* sepanjang hari tentu sangat melelahkan. Mahasiswa juga sempat bertanya apakah mungkin tugas dikurangi dan sesi diskusi *synchronous* dapat dipilih (tidak semuanya *synchronous*). Lebih sedikit sesi *synchronous* mungkin lebih baik, sehingga kita memberi ruang kepada mahasiswa untuk mengatur kesempatan pembelajarannya sendiri. Nanti kita dapat ukur pencapaian mahasiswa, misalnya dengan kuis.

**Q<sub>7</sub>** *Bagaimana penyesuaian kalender akademik, rotasi tahap profesi dan BRP?*

Jika sebelumnya sudah ada panduan atau BRP, maka dilakukan modifikasi terhadap panduan dan BRP tersebut, mana materi yang akan dipindah ke dalam bentuk *online* dan aktivitasnya apa. Terkait kehadiran mahasiswa dalam sesi pembelajaran, jika kegiatan *synchronous* maka mahasiswa dapat memperlihatkan kehadirannya dan kita dapat mencatatnya. Jika dalam bentuk forum diskusi *asynchronous* maka mahasiswa diajak menjadi pembelajar dewasa: jika butuh dapat ikut serta; jika tidak merasa butuh, tidak apa-apa tidak

ikut. Staf pengajar harus dapat menerima situasi dimana peserta didik dapat memilih ikut sesi pembelajaran atau tidak.

Lama kegiatan modul saat ini disesuaikan, misalnya modul 6 minggu menjadi 4-5 minggu dimana 4-5 minggu tersebut diisi dengan penguasaan pengetahuan. Kemudian minggu ke-5 dan/atau 6 dipindahkan ke belakang (setelah masa pandemi selesai) untuk ujian-ujian sumatif dan revisiting materi (kapita selekta) serta pelatihan keterampilan. Begitupun modul praktik klinik menjadi 2-3 minggu karena fokus pada pengetahuan. Nanti saat kembali ke rumah sakit, semua modul praktik klinik diulang kembali dalam sisa waktu yang ada, dengan penekanan pada pelatihan keterampilan dan pengalaman interaksi dengan pasien.

**Q<sub>8</sub>** *Bagaimana kalau nanti kita harus meluluskan dengan kondisi seperti sekarang – dengan kompetensi yang mungkin belum optimal?*

Pada intinya upaya kita saat ini adalah memaksimalkan apa yang ada dan dapat dilakukan saat ini dan tetap membekali mahasiswa dengan pengetahuan yang diperlukan. Sementara praktek kliniknya perlu kita jadwalkan ulang. Dokter seharusnya adalah *lifelong learner* sehingga dokter perlu menyadari kekurangannya dan jika ada hal yang sangat terpaksa belum dikuasai dalam masa pendidikannya, kekurangannya tersebut dapat ditambahkan kemudian.

**Q<sub>9</sub>** *Bagaimana dukungan sistem teknologi informasi untuk penyelenggaraan PJJ?*

Sudah ada Learning Management System (LMS) yang disiapkan oleh universitas dan dimanfaatkan oleh seluruh program studi di semua level di UI. LMS ini berbasis Moodle, awalnya bernama Student Centered e-learning Environment (SCeLE) dan sekarang berubah nama menjadi EMAS (e-learning Management System). Sudah banyak pelatihan dan sosialisasi untuk staf pengajar dalam 5-6 tahun terakhir. Kondisi PJJ saat ini mengharuskan UI untuk menambah kapasitas agar kegiatan belajar dari banyak program studi dalam satu waktu yang sama tidak terlalu membebani LMS tersebut. Sebagai contoh sistem LMS pernah mengalami masalah karena saat ujian terlalu banyak mahasiswa mengakses LMS dalam waktu yang sama. Agar tidak

terlalu membebani LMS UI, maka untuk keperluan diskusi synchronous FKUI sudah membeli akun Zoom Meeting yang diberikan ke setiap prodi. Sebelumnya ditunjuk pengelola akun Zoom dari setiap program studi. Tentunya selain Zoom, terdapat alternatif platform lain. Jika mahasiswa atau staf pengajar memiliki keterbatasan dalam kuota internet, kami mendorong mereka untuk melaporkan hal tersebut sehingga dapat dibantu tanpa menimbulkan stigma tertentu. Tentunya meminimalkan sesi *synchronous* akan dapat mengurangi kebutuhan kuota internet yang besar.

Demikian bab ini menguraikan adaptasi pendidikan dokter di masa pandemi Covid-19. Adaptasi dilakukan dengan tujuan mengoptimalkan proses pembelajaran mahasiswa dan pencapaian kompetensinya. Program PJJ tetap memiliki keterbatasan sehingga kesadaran semua pihak akan keterbatasan PJJ diperlukan agar dapat dirancang kegiatan yang efektif, tidak membebani staf pengajar dan mahasiswa secara berlebihan, namun tetap dapat mencapai kompetensi seoptimal mungkin. Kompetensi yang tidak dapat dicapai melalui PJJ perlu dijadwalkan ulang setelah situasi kembali normal. Keterlibatan mahasiswa sejak awal dalam upaya adaptasi akan meningkatkan penerimaan mahasiswa terhadap modifikasi berbagai kegiatan pembelajaran.

## Referensi

1. Brown PC, Roediger III HL, McDaniel MA (2014). *Make it stick: the science of successful learning*. Harvard University Press, Cambridge MA
2. Bruin ABH, Sibald M, Monteiro S (2015). *The science of learning*. In Swanwick T, Forest K, O'Brien BC (eds). *Understanding medical education: Evidence, theory and practice*. 3<sup>rd</sup> edition. Oxford: Wiley-Blackwell
3. Bullock A, de Jong PGM (2014). *Technology-enhanced learning*. In Swanwick T, Forest K, O'Brien BC (eds). *Understanding medical education: Evidence, theory and practice*. 3<sup>rd</sup> edition. Oxford: Wiley-Blackwell
4. Dror I, Schmidt P, O'Connor L (2011). A cognitive perspective on technology enhanced learning in medical training: great opportunities, pitfalls and challenges. *Medical Teacher* 33(4):291-6
5. Ellaway RH (2017). Using digital technologies. In: Dent JA, Harden RM, Hunt D (eds). *A practical guide for medical teachers*, 5th edition. London: Churchill-Livingstone Elsevier, p. 152-161.
6. Ghirardini B (2011). *E-learning methodologies: a guide for designing and developing e-learning courses*. Food and Agriculture Organization of the United Nations.
7. Kaufman DM (2015). *Teaching and Learning in Medical Education: How theory can inform practice*. In Swanwick T, Forest K, O'Brien BC (eds). *Understanding medical education: Evidence, theory and practice*. 3<sup>rd</sup> edition. Oxford: Wiley-Blackwell



# Pembelajaran Daring Pendidikan Dokter dan Dokter Spesialis dalam Masa Pandemi

## **PENULIS**

**Diantha Soemantri<sup>1,2</sup>, Fitri Oktaviana<sup>3</sup>, Aulia Rizka<sup>4</sup>,  
Prasetyanugraheni<sup>5</sup>, Em Yunir<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Departemen Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>2</sup>Medical Education Center, Indonesia Medical Education & Research Institute, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>3</sup>Departemen Neurologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta

<sup>4</sup>Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta

<sup>5</sup>Departemen Ilmu Bedah, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta

## Sumber:

*Webinar title:* Adaptasi Pemanfaatan Teknologi dan Pembelajaran Jarak Jauh dalam Pendidikan Dokter Spesialis pada Masa Darurat Pandemi Covid-19 – 9 April 2020. <https://zoom.us/j/565992689>

Prinsip umum adaptasi program pendidikan dalam masa pandemi telah dijabarkan dalam bab sebelum ini. Selanjutnya Bab 3 ini akan menguraikan secara khusus adaptasi program pendidikan dalam pendidikan dokter spesialis. Pendidikan kedokteran saat ini berbasis kompetensi, termasuk pendidikan dokter spesialis. Sesuai dengan standar program pendidikan dokter spesialis yang diterbitkan oleh World Federation of Medical Education (WFME, 2015) maka program pendidikan dokter spesialis perlu disusun berdasarkan kompetensi yang akan dicapai oleh peserta didik (residen) dan pencapaian kompetensi tersebut akan dinilai menggunakan berbagai instrumen asesmen. Pandemi yang terjadi saat ini tentunya akan mendisrupsi pendidikan di klinik mengingat jumlah pasien yang menurun, variasi kasus yang tidak seperti biasa, dan paparan residen terhadap kegiatan di rumah sakit berkurang karena pengaturan jadwal kerja. Mencari keseimbangan yang tepat antara upaya menjaga kesehatan dan keselamatan peserta didik, staf pengajar dan semua yang terlibat dalam pendidikan, dengan upaya pemenuhan kompetensi peserta didik, adalah tantangan terbesar dalam masa pandemi ini. Terdapat dua pokok bahasan utama dalam bab ini, yaitu adaptasi pendidikan di tingkat program studi pendidikan spesialis (bidang medis dan bedah) serta adaptasi rumah sakit pendidikan.

## Adaptasi pendidikan di tingkat program studi pendidikan spesialis

### A. Kebijakan umum

Fakultas sudah berproses untuk melakukan perubahan yang diperlukan dalam proses pendidikan. Perubahan ini diterapkan dengan prinsip tidak boleh merugikan mahasiswa (Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis/PPDS) dan sedapat mungkin tidak memperpanjang masa studi mereka. Peraturan pendukung yang diterbitkan oleh pimpinan pada prinsipnya memberikan keleluasaan untuk para pengelola pendidikan di tingkat program studi untuk memodifikasi kegiatan pembelajaran agar tetap berjalan dengan lancar dengan tetap mematuhi syarat dan ketentuan yang berlaku. Peraturan pendukung ini tentunya mengacu pada

peraturan-peraturan di atasnya. Salah satunya adalah surat edaran Menteri Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud, 2020), yang berisi penundaan penyelenggaraan kegiatan yang mengundang banyak peserta dan diubah ke dalam bentuk *video conference* yang dapat diikuti dari tempat masing-masing. Selain itu terdapat edaran bahwa semester yang sedang berjalan dapat diperpanjang sampai satu semester dan tidak dihitung sebagai penambahan semester (Dirjen Dikti, 2020). Surat edaran mulai dari Rektor sampai MKKI (Majelis Kolegium Kedokteran Indonesia) telah menyatakan perlu modifikasi kegiatan pembelajaran di setiap level pendidikan. Bentuk modifikasi antara lain mengubah metode pengajaran atau mengurangi/memadatkan beberapa modul pembelajaran. Penelitian yang tertunda dan perpanjangan semester jangan sampai merugikan peserta PPDS salah satunya adalah harus membayar tambahan biaya pendidikan.

Modifikasi diterapkan pada semua kegiatan, termasuk seleksi calon PPDS. Wawancara calon peserta PPDS dapat dilakukan secara jarak jauh dengan butir penilaian sesuai program studi masing-masing. Proses penerimaan peserta baru disesuaikan dengan kalender akademik yang mundur akibat adanya pandemi ini. Pembelajaran bagi peserta PPDS semester satu yaitu MDU (Materi Dasar Umum) dimungkinkan untuk dialihkan ke bentuk *online* karena berisi konten domain pengetahuan, seperti biostatistik dan metodologi penelitian. Berdasarkan data yang telah dikumpulkan menunjukkan bahwa sampai ini program studi spesialis telah menggunakan 9000 jam untuk pembelajaran jarak jauh. Asesmen peserta PPDS pun disesuaikan sesuai pertimbangan program studi. Segala perubahan yang dilakukan harus dikomunikasikan antara Ketua Program Studi, Komkordik (Komite Koordinasi Pendidikan) dan Dekan, termasuk jika ada program studi yang menarik peserta PPDS dari rumah sakit jejaring untuk memperkuat pelayanan di RSCM.

Penelitian akhir yang harus dilakukan oleh peserta PPDS juga disesuaikan, misalnya mengurangi jumlah sampel penelitian yang harus dikumpulkan, mengubah bentuk penelitian menjadi semacam Evidence Based Case Reports (EBCR), dan lain-lain. Data kasus Covid-19 juga dapat dijadikan bahan penelitian peserta PPDS dan kemudian dipublikasikan. Pimpinan fakultas juga telah berkoordinasi dengan kolegium dan pimpinan fakultas tidak menjadikan ujian *board* sebagian syarat, hal ini berarti bahwa jika syarat kelulusan peserta PPDS sudah dipenuhi, tanpa menunggu ujian *board*, yang bersangkutan dapat lulus. Berbagai peraturan yang dibuat untuk mengantisipasi pendidikan dalam masa pandemi tentunya akan disesuaikan saat kondisi telah berubah. Proses adaptasi ini terus dievaluasi agar senantiasa dapat diperbaiki beberapa kekeliruan yang mungkin telah terjadi.



## B. Adaptasi program pendidikan bidang medis

Pada program pendidikan dokter spesialis peserta PPDS mendapatkan target jumlah kasus dan tindakan sesuai ketentuan kolegium, untuk mencapai kompetensi yang disyaratkan kolegium. Dalam masa pandemi ini upaya mencapai target tersebut akan banyak terhambat karena terdapat pembatasan jam kerja, pembatasan perpindahan antar unit kerja untuk menghindari *cross infection*, dan terdapat pula beberapa peserta PPDS yang harus dirumahkan (*self-isolation*) karena ada riwayat kontak erat dengan PDP (Pasien Dalam Pengawasan) dan akhirnya menjadi ODP (Orang Dalam Pengawasan). Selain itu, terjadi penurunan jumlah pasien dengan sendirinya sehingga mempengaruhi kompetensi peserta.

Pilihan untuk menyelenggarakan pembelajaran saat ini hanya melalui daring atau *online*, baik itu kuliah, diskusi, *journal reading*, presentasi kasus sampai asesmen. Program studi memanfaatkan E-Learning Management System yang dipunyai oleh UI yaitu EMAS di mana staf pengajar dapat menyampaikan berbagai literatur, bahan kuliah, bahkan kuis pada sistem ini. Selain itu dapat dilakukan *telemedicine*, karena melalui *telemedicine* ini peserta PPDS dapat mempelajari keterampilan klinik, minimal dalam melakukan anamnesis dan *follow up* pasien dengan penyakit kronik, namun demikian pendekatan ini tidak dapat digunakan untuk pelatihan *procedural skills*.

Sebagai gambaran di program studi Neurologi FKUI, saat ini rotasi modul agak kami pisahkan antara komponen pendidikan dan pelayanan. Peserta PPDS tetap menjalani pendidikan sesuai modulnya secara keilmuan; mereka tetap diputar sesuai jadwal rotasi dan menyelesaikan tugasnya sesuai modul yang dijalani. Peserta PPDS tetap melakukan presentasi kasus di bidang neuro-infeksi jika mereka berada di stase tersebut. Namun perbedaannya adalah walaupun mereka tidak melakukan *visite* pasien yang dirawat pada stase tersebut, mereka tetap mengikuti perkembangan pasien yang berkaitan pada modul tersebut secara tertulis (berdasarkan rekam medik). Peserta didik mengikuti perkembangan pasien yang di-*visite* oleh teman satu level berdasarkan rekam medik pasien tersebut.

Pelayanan pasien tetap harus berjalan sehingga peserta PPDS (residen) dilebur ke dalam suatu sistem pelayanan sesuai level kompetensinya, tidak lagi terkotak-kotak misalnya residen A merawat pasien stroke, residen B hanya merawat pasien infeksi. Peserta PPDS menjalani *visite* pasien termasuk pasien rawat jalan dan rawat inap dan setiap tim di level kompetensi yang sama dibagi menjadi dua tim, tim A dan B, tim A untuk dinas pagi dan tim B untuk jaga malam sehingga terdapat waktu bebas satu minggu untuk menjaga kebugaran dan kesehatan setiap residen. Supervisi

melalui ronde virtual yang terdiri dari ronde divisi dan ronde besar departemen. Ronde divisi dilakukan oleh divisi di mana residen yang sedang berada dalam divisi tersebut merangkum seluruh pasien yang dirawat pada divisi tersebut walaupun yang bersangkutan tidak melakukan *visite* tiap hari, namun tetap di-ronde-kan sekali seminggu pada tiap divisi sehingga setiap residen pada divisi tersebut dapat mengikuti perkembangan pasien bersama dengan DPJP-nya (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan). Setiap minggu satu kali dilakukan ronde besar departemen dimana seluruh divisi bergabung dalam satu pertemuan dan membahas pasien-pasien sulit. Keuntungannya adalah semua DPJP dapat melihat pasien yang bukan merupakan pasien divisi tersebut. Dalam ronde ini residen merangkum perkembangan pasien dalam format PowerPoint, juga memvideokan pemeriksaan fisis sehingga seluruh residen dapat melihat pemeriksaan fisis pada pasien tertentu terutama pada kasus-kasus yang langka. Selain itu ditampilkan juga hasil pemeriksaan penunjang diagnosis seperti laboratorium, hasil *imaging*, dll.

Selain ronde virtual terdapat juga ronde *face-to-face*, dimana ronde *face-to-face* ini ada yang disebut ronde divisi dan ronde generik. Ronde divisi adalah satu orang DPJP divisi me-ronde-kan pasien perawatan tiap divisi dengan PPDS yang bertugas *follow up* walaupun tidak stase pada divisi tersebut pada hari tertentu, sedangkan ronde generik adalah satu orang DPJP me-ronde-kan seluruh pasien perawatan pada hari tertentu. Dalam ronde *face-to-face* ini kita membatasi hanya beberapa residen dengan satu DPJP dengan menerapkan *social distancing* dan penggunaan APD lengkap.

Bagaimanapun yang terlibat pada sistem belajar mengajar ini adalah staf pengajar dan peserta didik sehingga proses pengajaran dan pembelajaran perlu difasilitasi seoptimal mungkin dan walaupun jumlah kasus menurun diharapkan level kompetensi tetap dicapai sehingga upaya memperoleh umpan balik dari seluruh peserta PPDS dan staf pengajar sangat diperlukan. Era seperti ini memang memaksa kita untuk mengubah sistem pembelajaran menjadi daring dan kita tetap harus bergerak secara dinamis untuk memilah berbagai pilihan dan membuat inovasi yang paling efektif.

### C. Adaptasi program pendidikan bidang bedah

Selaras dengan adaptasi di program studi lain program studi bedah plastik juga melakukan pengaturan jadwal dan pola kerja residen. Pengaturan jadwal kerja residen adalah salah satu upaya mengatasi dampak Covid-19 terhadap program residensi; dua aspek yang lain adalah aspek supervisi dan *support*, serta dampak spesifik terhadap kegiatan pembelajaran (Murphy, 2020). Tujuan pengaturan jadwal

kerja residen adalah agar residen tidak terlalu lelah sehingga imunitas diharapkan tetap bisa baik serta mencegah residen saling bertemu dan berpotensi menularkan. Program studi membagi residen dalam tiga tim dengan salah satu tim akan bekerja di Unit Gawat Darurat selama 24 jam. Residen yang bekerja saat jam kerja dibagi di poliklinik dan ruangan, di cleft craniofacial center dan unit luka bakar. Ada satu residen yang hanya bekerja di zona merah dan diharapkan tidak kontak dengan residen lain. Program studi melarang residen menggunakan jas putih dan *name tag* sehingga dibuatkan baju kerja yang sudah tertera nama dan divisinya, serta meminta residen untuk selalu menggunakan masker dan sepatu tertutup. Program studi memastikan residen mempunyai APD (Alat Pelindung Diri) yang sesuai dan mendapatkan suplemen berupa vitamin serta tambahan gizi yang cukup. Program studi melakukan pemantauan terhadap residen dengan melakukan absensi melalui grup WhatsApp dan menanyakan apakah ada masalah atau kesulitan. Selain itu, terdapat grup WhatsApp lain yang beranggotakan residen yang sedang diobservasi karena berkontak dengan PDP atau menjadi ODP. Setiap hari program studi memantau kondisi mereka.

Kegiatan pembelajaran seperti *journal reading*, laporan jaga, dilakukan secara daring. Setiap program studi telah difasilitasi oleh akun Zoom Meeting *unlimited* oleh fakultas. Keuntungan cara ini seluruh residen dapat mengikuti, baik yang sedang *off duty*, maupun yang berada di RSCM, dan staf pengajar yang berpartisipasi pun lebih banyak karena dapat diikuti dari mana saja dan dapat sambil mengerjakan pekerjaan lain. Program studi juga menyelenggarakan *coaching* di mana residen menyampaikan hasil belajarnya kemudian dikonfirmasi dan mendapatkan umpan balik dari staf pengajar. *Coaching* dilakukan oleh setiap bagian keseminatan. Setiap keseminatan diberi kebebasan untuk melakukan segala hal yang dianggap perlu untuk meningkatkan pengetahuan masing-masing residen. Melalui *online coaching* ini, staf pengajar dapat memastikan partisipasi dan pencapaian pengetahuan residen dan kegiatan ini dapat disesuaikan dengan kebutuhan residen, walaupun memang dampak negatifnya adalah membutuhkan waktu ekstra.

Sebagian asesmen hasil pembelajaran dapat dilakukan, misalnya Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise) secara *online* di mana peserta PPDS melakukan anamnesis kepada staf pengajar yang berperan sebagai pasien. Untuk pemeriksaan fisis, staf pengajar menampilkan foto klinis kemudian residen dapat mendeskripsikan, seperti menghitung luas luka bakar, menilai kedalaman, dsb. Jika ada hal yang tidak dapat diperiksa secara langsung dapat dijelaskan bagaimana cara melakukannya. Cara ini dapat menilai domain kognitif residen, namun aspek psikomotor belum dapat dinilai apakah benar residen tersebut

dapat melakukannya. Peserta PPDS juga dapat divideokan saat melakukan pemeriksaan atau anamnesis dan staf pengajar dapat menilai dari video tersebut.

Tantangan lain adalah dalam pelaksanaan DOPS (Direct Observation Procedural Skills) yang merupakan salah satu persyaratan naik tahap. Sesuai arahan pimpinan fakultas maka saat ini residen dinilai dalam domain kognitifnya terlebih dahulu; mereka diminta untuk memaparkan teknik-teknik keterampilan atau operasi tertentu. Setelah selesai masa pandemi praktik operasinya baru dapat kita nilai. Asesmen DOPS secara formatif tetap dilakukan secara jarak jauh, sedangkan DOPS sumatif saat ini dinilai pada aspek kognitifnya saja. Modifikasi DOPS sumatif dilakukan secara tertulis dan di-*submit* ke dalam platform *e-learning*. Ujian akhir stase juga dikerjakan menggunakan MCQ di platform *e-learning*, rencananya waktu pengerjaan ujian akan dibatasi setiap nomornya, tidak bisa kembali ke pertanyaan sebelumnya atau melihat pertanyaan sebelumnya dan urutan pertanyaan akan diacak. Hal ini diharapkan mengurangi potensi kecurangan dalam mengerjakan ujian tersebut.

Selama masa pandemi pembelajaran residen dapat difokuskan pada pencapaian domain kognitif yang relatif lebih mudah dilaksanakan secara daring. Namun demikian kompetensi mencakup tidak hanya domain kognitif, namun juga psikomotor dan afektif, dimana kedua domain terakhir dicapai melalui praktik di rumah sakit dan interaksi dengan pasien, sejawat dan tenaga kesehatan lain sehingga perpanjangan masa pendidikan dapat dimungkinkan untuk memenuhi kompetensi klinik yang belum tercapai sehingga kemampuan residen dan lulusan tetap sesuai dengan standar yang ditetapkan sebelumnya (WFME, 2015).

## **Adaptasi RSCM sebagai rumah sakit pendidikan**

Bagian ini akan menguraikan bagaimana RSCM beradaptasi dalam mengelola hal-hal terkait program pendidikan dokter spesialis selama masa pandemi melalui Komite Koordinasi Pendidikan (Komkordik). Pokok bahasan meliputi strategi RSCM dalam pengelolaan pendidikan, penyediaan APD dan strategi RSCM dalam penanganan masalah kesehatan dan masalah lainnya. Saat ini terdapat 1186 peserta didik spesialis 1 (Sp1) dari 28 program studi, 159 peserta didik spesialis 2 (Sp2) dari 6 program studi, dan 434 peserta didik program pendidikan dokter yang sedang stase di RSCM.

## A. Strategi rumah sakit dalam pengelolaan pendidikan

Sebelum masa pandemi ini rumah sakit sudah secara rutin mengukur kepatuhan cuci tangan peserta didik, sebagai salah satu KPI rumah sakit, di seluruh unit pelayanan di rumah sakit, namun capaiannya belum 100%. Pada masa pandemi ini, tidak dapat ditawar lagi bahwa kepatuhan cuci tangan peserta didik harus 100% mengingat *hand hygiene* ini merupakan salah satu kunci memutus penularan Covid-19. Penyediaan APD untuk berbagai zona di rumah sakit juga menjadi tantangan dan hal ini terjadi di banyak RS di Indonesia. Selain itu diupayakan agar semua peserta didik dapat memiliki keterampilan baru terkait Covid-19 mengingat Jakarta adalah salah satu kota dengan insidens yang tinggi dan morbiditas dan mortalitas tenaga medis juga cukup tinggi.

Center for Disease Control (CDC) mengeluarkan suatu panduan yaitu “Hospital Preparedness Checklist” yang berguna untuk mengevaluasi apakah rumah sakit siap atau tidak mengelola pasien Covid-19. Dalam dokumen tersebut disampaikan setidaknya delapan komponen yang harus diperhatikan oleh rumah sakit terkait penanganan Covid-19: pembuatan protokol terkait penanganan pasien, komunikasi internal antara seluruh orang yang bekerja di RS, komunikasi eksternal terkait persediaan logistik, APD, dll., cara identifikasi dan manajemen pasien sakit, pengaturan akses dan pergerakan dalam rumah sakit, peran kedokteran okupasi membantu RS untuk memberikan tatalaksana pada pegawai yang sakit termasuk peserta PPDS, perencanaan kapasitas RS apabila telah melebihi yang sudah biasa dikelola sehari-hari, dan pendidikan dan pelatihan terkait penanganan Covid-19 (CDC, 2020).

RSCM sudah membentuk satuan tugas percepatan penanganan Covid-19 yang di dalamnya terdiri atas sejumlah tim yang mengatur secara rinci kedelapan aspek di atas. Komkordik juga telah menerbitkan panduan internal teknis pelaksanaan pendidikan program studi spesialis dan subspecialis FKUI di unit pelayanan RSCM selama masa pandemi. Panduan ini bersifat umum karena setiap program studi memiliki karakteristik yang berbeda dengan sumber daya manusia yang beragam, sehingga variasi pelaksanaan di lapangan pasti terjadi. Panduan berisi upaya meminimalisasi kegiatan tatap muka, modifikasi stase agar tidak berpindah-pindah unit kerja sehingga mengurangi paparan, serta aturan mengenai perlengkapan kerja peserta didik yang perlu dibawa selama pandemi. Selain itu, panduan tersebut juga berisi uraian tentang bagaimana rumah sakit dan departemen berkolaborasi untuk menyediakan APD, bagaimana pengelolaan kesehatan peserta didik yang sakit selama masa pandemi ini, dan bagaimana Komkordik mengevaluasi apabila ada peserta didik

yang kontak dengan pasien yang terkonfirmasi. Selain panduan umum terdapat pula panduan khusus yang mengatur secara teknis hal-hal apa saja yang harus dilakukan peserta didik pada saat mereka berada di stase unit-unit tertentu misalnya UGD, ruang rawat, dan tempat-tempat lainnya (RSCM, 2020).

Dalam panduan CDC disebutkan bahwa rumah sakit harus memiliki perencanaan mengenai pendidikan dan pelatihan yang akan dikerjakan seperti apa, kemudian membuat tim perencana pendidikan dan pelatihan yang dalam hal ini dikelola oleh bagian Diklat (Pendidikan dan Pelatihan), Komkordik, dan ICTEC (Indonesian Clinical Training and Education Center – pusat pelatihan berbasis simulasi di RSCM) untuk mengidentifikasi tujuan pembelajaran dan kedalaman materi. Selain itu perlu ada proses audit terhadap kepatuhan cuci tangan. Saat ini sedang dikembangkan modul pelatihan *online* yang bersifat wajib untuk seluruh peserta didik mengingat ada kompetensi tambahan yang harus dikuasai oleh semua orang dalam waktu singkat. Modul tersebut terdiri atas tujuh bagian yaitu diagnosis dan tata laksana, tips bekerja aman di tempat infeksius, penggunaan APD, teknik keterampilan *swab*, skrining dan triase, edukasi pada pasien dan keluarga terduga, dan bagaimana menjaga motivasi dan semangat kerja. Materi ini juga ditambahkan ke dalam materi orientasi rumah sakit untuk peserta didik baru karena perlu dijamin bahwa siapa saja yang berada di rumah sakit sudah menguasai materi dengan baik.

## B. Upaya pemenuhan kebutuhan APD bagi residen

Kemampuan kita memproduksi APD tidak sebanding dengan kebutuhannya; meskipun daya beli tinggi, kemampuan produksinya rendah. Kemampuan untuk memproduksi dan inovasi APD itu tidak berbanding lurus dengan kebutuhan APD; walaupun daya belinya tinggi, kemampuan produksinya mungkin tidak berbanding lurus. RSCM bukan merupakan rumah sakit rujukan untuk Covid-19, namun kasus terus berdatangan dan membutuhkan perawatan. Di sisi lain, gejala Covid-19 sering tidak khas sehingga jika kita menetapkan zonasi dengan sistem skrining yang sebaik apapun, tetap terdapat risiko bahwa pasien tidak dikenali sejak awal. Selain itu pasien yang datang ke RSCM sering disertai dengan komorbiditas. Panduan telah dibuat secara lengkap sampai sembilan halaman untuk mengatur secara detail bagaimana APD di setiap lokasi yang ada di RSCM. Selain itu dibuat video-video edukasi untuk *hand hygiene* dan APD yang dibagikan kepada seluruh peserta didik karena terkait APD, bukan hanya masalah penyediaannya yang penting, namun juga bagaimana memakai dan melepasnya.

### C. Upaya pengelolaan kesehatan peserta didik

Aspek berikutnya adalah pengelolaan kesehatan peserta didik yang berada di RSCM. Terdapat strategi pasif di mana RS hanya meminta atau menunggu peserta didik melaporkan. Kelemahannya, kalau ada yang tidak melaporkan maka kita tidak akan tahu. Strategi kedua adalah *enhanced passive strategy* di mana terdapat pelaporan dua arah: peserta didik melaporkan kepada kita dan rumah sakit secara aktif mencari siapa saja yang sakit. Strategi aktif adalah semua orang yang bekerja di RS setiap pagi saat mau bertugas diminta untuk menilai dirinya sendiri apakah ada gejala dan diperiksa suhunya. Jika ada yang tidak melaporkan kesehatannya maka rumah sakit akan melakukan *follow up* (CDC, 2020). Pilihan strategi mana yang digunakan bergantung pada kemampuan RS.

Salah satu yang dikembangkan untuk peserta PPDS FKUI di RSCM adalah adanya formulir observasi mandiri pasca mereka kontak dengan pasien terduga Covid-19 dan formulir tersebut diisi setiap sehari selama 14 hari pasca kontak pertama. Strategi yang dilakukan di RSCM adalah *enhanced passive strategy* di mana ada suatu tim pengelola kesehatan peserta PPDS yang bekerja sama dengan PPDS program studi tersebut untuk melakukan surveilans harian. Berdasarkan hasil surveilans harian ini maka akan disusun sistem prioritas terkait siapa yang perlu mendapatkan pemeriksaan Polymerase Chain Reaction (PCR) ataupun dilakukan pemeriksaan lanjutan.

Sebaliknya dari PPDS ke tim juga terdapat jalur melalui Google Form dimana mereka dapat melaporkan kejadian kontak dan dapat berkonsultasi ke tim PINERE 24 jam karena sudah dibagi jadwalnya sehingga kapan saja residen dapat menghubungi dan meminta saran. Residen akan mengisi formulir observasi harian selama 14 hari berturut-turut dan akan diverifikasi serta ditentukan siapa yang perlu pemeriksaan lanjutan. Rumah sakit juga akan melakukan *contact tracing* jika menemukan pasien positif Covid-19, siapa saja peserta PPDS yang kontak erat dengan pasien tersebut, dan akan disusun prioritas untuk pemeriksaan lanjutan. Bantuan sistem teknologi informasi diperlukan untuk mengolah data yang banyak karena jumlah petugas dan peserta PPDS yang banyak di RS. Sistem akan membantu mengidentifikasi peserta PPDS yang berstatus OTG, ODP, PDP, atau terkonfirmasi dan juga melakukan *reminder* kepada tim untuk melakukan *follow up* serta selanjutnya direncanakan kebutuhan *swab* dan pemeriksaan lanjutan. Saat ini kriteria yang berlaku untuk peserta didik yang harus menjalani karantina mandiri adalah: mereka yang berstatus ODP, PDP, dan terkonfirmasi; mereka yang kontak erat dengan pasien terkonfirmasi tanpa APD yang sesuai; dan alasan lain sesuai pertimbangan tim PINERE dan ketua program studinya masing-masing yang dikoordinasikan dengan Komkordik.



Selain kesehatan fisik, Departemen Psikiatri RSCM FKUI juga mengembangkan program dukungan kesehatan mental yang dapat dimanfaatkan oleh siapa saja yang bekerja rumah sakit termasuk peserta PPDS. Awalnya dilakukan *needs assessment* dan disediakan juga konseling psikologis *online* untuk menentukan apakah perlu konseling tatap muka. Selain itu, masalah akomodasi selama bertugas juga perlu dipikirkan oleh rumah sakit, begitupun suplementasi nutrisi. Komunikasi yang rutin dengan semua pihak diperlukan agar dapat bersama-sama menyelesaikan masalah dalam masa pandemi ini.

## Q & A

**Q1** *Apakah ada perbedaan antara kebijakan untuk koas dan residen?*

Untuk koas atau mahasiswa tahap klinik dihentikan dahulu semua kegiatan pembelajaran tatap muka karena peran mereka di rumah sakit lebih banyak membantu. Selain itu, terdapat keterbatasan APD sehingga ditakutkan akan menjadi masalah kalau koas tetap masuk.

**Q2** *Bagaimana kebijakan untuk peserta PPDS yang maju di garda depan?*

Dekanat bekerjasama dengan Komkordik untuk pengaturan pembelajaran dan penugasan peserta PPDS. Saat ini fokusnya pada pelayanan. Komkordik berkoordinasi dengan KPS untuk mengubah *tour of duty* (stase), misalnya beberapa *tour of duty* dinomorduakan. Hal penting lainnya adalah mengisi kebutuhan tenaga di garda depan, dengan jumlah residen yang mencukupi, waktu istirahat yang memadai dan beban kerja terbagi rata. Terdapat beberapa program studi yang sangat besar perannya dalam penanganan langsung pasien-pasien Covid-19. Teknik pengaturan jadwal kerja residen sangat tergantung pada jumlah peserta didik yang dimiliki oleh program studi dan juga jumlah peserta didik yang sehat karena tentu dari *frontliners* ini mungkin saja ada yang harus karantina mandiri. Oleh karena itu, pembagian shift menjadi sangat fleksibel. Hal ini juga terkait dengan lama pemakaian APD. Ada program studi yang *shift*-nya dalam kelipatan 4 jam, 8 jam atau 12 jam, tergantung



jumlah peserta didik dan banyaknya *outlet* yang harus dilayani.

**Q 3** *Bagaimana pencapaian kompetensi pada peserta PPDS tahap awal?*

Sebelum pandemi berlangsung, mata kuliah dasar umum untuk peserta PPDS tahap awal telah berlangsung kira-kira 50-60%. Materi yang tersisa adalah biostatistika dan metodologi penelitian dan kegiatan belajar untuk materi ini dimodifikasi secara daring. Sampai saat ini, evaluasi menunjukkan bahwa belum ada masalah berarti terkait modifikasi kegiatan ini. Terkait asesmen, diserahkan ke masing-masing penanggung jawab modul untuk memodifikasi metode asesmen.

**Q 4** *Bagaimana pengaturan stase peserta PPDS di rumah sakit jejaring khususnya di daerah, padahal di saat yang sama membutuhkan tenaga mereka?*

Sehubungan dengan meningkatnya kebutuhan tenaga residen di RSCM, beberapa program studi menarik residennya kembali ke RSCM. Surat edaran Dekan telah menyatakan bahwa jika program studi akan menarik residen harus terlebih dahulu berkoordinasi dengan Komkordik rumah sakit setempat dan dekanat. Beberapa program studi memang telah menunda penugasan residennya di rumah sakit jejaring, namun masih terdapat residen di RSPAD Gatot Subroto, RSUP Persahabatan dan bahkan di Natuna. Jika residen tidak dibutuhkan di RSCM dan masih mau berada di rumah sakit jejaring, dipersilahkan, dan nanti saat kembali ke RSCM harus lapor kepada Komkordik terlebih dahulu.

**Q 5** *Bagaimana rekomendasi modifikasi kegiatan praktikum keterampilan klinik dasar (KKD) untuk mahasiswa preklinik?*

Modifikasi yang telah dilakukan di FKUI adalah pembelajaran KKD difokuskan untuk semua yang terkait dengan pengetahuan termasuk pengetahuan prosedural. Selain itu, pembelajaran dapat dilakukan melalui video demonstrasi, ataupun berupa pelatihan menggunakan model simulasi tertentu, misalnya melakukan anamnesis dengan anggota keluarga, melakukan pemeriksaan fisis pada boneka, dll. Sesi-sesi yang memerlukan manekin

atau latihan langsung harus dijadwalkan ulang saat nanti sudah kembali ke kampus.

**Q 6** *Bagaimana dengan perizinan untuk memvideokan pemeriksaan fisis pasien untuk ditampilkan dalam ronde virtual?*

Dalam kondisi kesempatan residen terpapar dengan pasien tidak banyak, jika ada pemeriksaan fisik yang khas, kami akan memvideokan pemeriksaan tersebut dengan kami meminta ijin terlebih dahulu kepada pasien apakah berkenan untuk divideokan. Selain itu, kami juga tanyakan apakah ada preferensi pasien untuk direkam oleh pasien sesuai gendernya. Sampai saat ini, kami tidak meminta ijin secara tertulis, mungkin ke depannya akan kami buat *informed consent* tertulis untuk divideokan.

**Q 7** *Jika pada ronde generik dan ronde besar ada perbedaan pendapat antar DPJP, siapa yang mengambil tanggung jawab?*

Setiap pasien adalah tanggung jawab dokter penanggung jawab utama. Walaupun saat itu DPJP sedang tidak visit namun untuk keputusan terkait pasien tetap diserahkan kepada DPJP dan divisinya. Ronde generik tidak meniadakan ronde *face-to-face* dari divisi. Ronde virtual dan ronde *face-to-face* dilakukan agar tetap terjadi supervisi dan tatalaksana pasien tidak terlambat. Sedapat mungkin tidak terlalu banyak dokter yang meronde-kan pasien sehingga mengurangi risiko terjadinya *cross infection*.

**Q 8** *Adakah kebijakan bantuan paket data internet untuk residen?*

Sampai saat ini belum ada alokasi dana. Namun sudah didiskusikan bahwa kemungkinan akan diperlukan bantuan paket data internet tidak hanya untuk residen, namun juga staf pengajar. Bantuan ini dapat diambil dari alokasi dana program studi masing-masing.

**Q 9** *Apakah kegiatan stase tetap bergulir seperti biasa?*

Program studi Spl Neurologi tetap berlangsung walaupun jumlah kegiatan tatap muka dengan pasien

jauh berkurang. Begitupun dengan program studi bedah plastik, kegiatan dengan fokus domain kognitif tetap berlangsung secara *online*.

**Q 10** *Bagaimana modifikasi kegiatan pembelajaran procedural skills?*

Tentunya saat ini kegiatan pembelajaran *procedural skills* akan terbatas mengingat jumlah pasien juga berkurang, seperti misalnya pemeriksaan elektrofisiologi di neurologi. Selain itu, tindakan lumbal pungsi juga dibatasi sedapat mungkin karena berisiko. Sedapat mungkin diagnosis sudah dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan penunjang yang tidak invasif. Ke depannya untuk mengkompensasi jumlah pasien yang berkurang saat ini, mungkin dapat diselenggarakan berbagai *workshop* di luar jam pendidikan dan pelayanan untuk memenuhi target residen.

**Q 11** *Selain Zoom, apakah program studi memanfaatkan platform lain?*

Terdapat banyak pilihan platform pembelajaran *online* untuk model pembelajaran yang *synchronous*. Universitas Indonesia sudah memiliki platform Microsoft Teams, selain menggunakan Zoom yang banyak dipakai selama ini. Platform mana yang digunakan tergantung seberapa familiar pengguna dengan berbagai platform tersebut. Zoom cukup mudah digunakan walaupun tentunya kita harus sangat memperhatikan keamanannya dengan menggunakan fitur *waiting room* dan *password*. Di bedah plastik, Google Meet digunakan untuk rapat staf karena *host* tidak dapat mematikan audio peserta sehingga semua dapat berbicara dengan nyaman saat rapat.

**Q 12** *Bagaimana melakukan evaluasi ujian tertulis untuk peserta PPDS?*

Program studi neurologi sudah menggunakan sistem *e-learning* untuk ujian tulis MCQ dan juga tugas tertulis sebelum pandemi terjadi sehingga kami sudah familiar dengan sistem ini. Program studi bedah plastik akan menggunakan sistem *e-learning* untuk melakukan ujian MCQ dan menyerahkan laporan atau tugas

tertulis. Namun terdapat juga aplikasi ClassMarker yang saat ini sedang dipelajari untuk melakukan ujian MCQ.

**Q 13** *Bagaimana respons terhadap masalah bahwa saat ini residen lebih sedikit terpapar pada pasien non-Covid-19?*

Saat ini kunjungan pasien baik ke rawat jalan maupun rawat inap berkurang secara signifikan, kira-kira 40% tingkat penurunannya di RSCM. Setelah keadaan kembali normal tentunya harus dibuat strategi untuk residen dapat mencapai targetnya.

**Q 14** *Apakah ada pedoman untuk syarat kelulusan peserta didik sesuai kondisi saat ini?*

Dekanat memberikan panduan umum dan program studi dapat memodifikasi sistem asesmen sesuai kebutuhan. Hal penting adalah program studi mengomunikasikan perubahan tersebut kepada pimpinan fakultas. Program studi dapat menambahkan adendum terkait kriteria kelulusan pada buku kurikulum program studi atau rancangan pengajaran modul sehingga semuanya terdokumentasi secara tertulis.

**Q 15** *Apakah diperlukan skrining dengan rapid test untuk peserta PPDS sebelum swab dan bagaimana dengan keluarga residen tersebut?*

Saat ini rumah sakit menggunakan kedua modalitas tersebut dengan membagi peserta didik sesuai kriteria, mana yang melalui *rapid test*, mana yang langsung ke pemeriksaan *swab*. Kendalanya adalah pemeriksaan *swab* yang membutuhkan waktu lama dan hasil *rapid test* pun sering *false negative* atau *false positive*. Peserta PPDS dengan *rapid test* positif bergejala, *rapid test* positif tidak bergejala dan *rapid test* negatif bergejala harus melakukan pemeriksaan *swab*, namun mereka dengan *rapid test* negatif tidak bergejala akan dilakukan pemeriksaan ulang *rapid test* 7-10 hari kemudian. Jika peserta didik positif Covid-19, RS berkoordinasi dengan dinas kesehatan yang akan melakukan *contact tracing* sesuai prosedur. Anggota keluarga peserta didik yang positif dapat tertular dari peserta didik/pasien ataupun dari jalur transmisi lain

mengingat Jakarta adalah zona merah. Komkordik pun sudah meminta nama *Person In-Charge* (PIC) Covid-19 dari tiap program studi sehingga PIC ini bertanggung jawab untuk *tracing* teman-temannya yang kontak dengan orang lain termasuk keluarga. Program studi secara rutin melaporkan kepada Komkordik data-data dari residen yang kontak dengan pasien maupun dengan keluarga.

**Q 16** *Apakah peserta PPDS penunjang yang membantu di garda depan bersifat wajib atau sukarela?*

Jadi sebetulnya untuk menjalankan kebutuhan pelayanan Covid-19 ini tidak hanya program studi yang secara langsung terkait dengan perawatan tetapi juga dibutuhkan banyak program studi lain misalnya patologi klinik, THT, forensik dan lain lain. Rumah sakit juga membuka kesempatan untuk siapa saja yang tertarik menjadi relawan melayani pasien Covid-19, tentunya berkoordinasi dengan ketua program studi dan Komkordik.

**Q 17** *Bagaimana feasibility untuk dilaksanakan asesmen domain psikomotorik secara live atau melalui rekaman video?*

Program studi bedah plastik melakukan Mini-CEX *online* di mana staf pengajar melihat residen melakukan keterampilan klinis secara *online* (menggunakan video). Operasi elektif masih ditunda sedangkan untuk operasi yang *emergency* atau *urgent* diawasi oleh staf pengajar sehingga staf pengajar dapat sekaligus melihat dan memberikan penilaian.

**Q 18** *Apakah semester yang sedang berlangsung ini tidak dihitung sebagai masa pembelajaran?*

Sampai saat ini kami masih menyelenggarakan semester sesuai dengan kalender akademik yang ada, namun jika pandemi memanjang, maka semester juga dapat diperpanjang tanpa menambah masa studi. Hal ini sesuai dengan edaran Mendikbud.

**Q 19** *Bagaimana pelaksanaan MCQ secara online?*

Di UI sudah ada EMAS (*e-learning system*) yang dapat digunakan untuk menyelenggarakan MCQ

*online*. Kita dapat mengacak soal dan membatasi waktu pengerjaan tiap soal, dan hasilnya pun dapat langsung diperoleh. Selain itu, ada platform lain, yaitu ClassMarker, untuk melaksanakan MCQ *online*.

**Q 20** *Apakah masih ada pelantikan atau angkat sumpah dokter secara online?*

Angkat sumpah dokter diadakan secara *online*, termasuk rohaniawan lengkap dari 5 agama juga berada secara *online*.

**Q 21** *Bagaimana rencana penerimaan calon peserta PPDS periode yang akan datang?*

Pada prinsipnya tidak ada penundaan. Kebetulan SIMAK mandiri sudah selesai, begitupun hasil ujian TPA dan TOEFL. Kegiatan yang belum adalah wawancara calon peserta didik, yang jika tidak memungkinkan untuk tatap muka, maka akan dilakukan secara *online*. Jika penerimaan ditunda, dikhawatirkan akan ada efek domino ke tahapan-tahapan berikutnya.

**Q 22** *Apakah perubahan yang dilakukan perlu persetujuan Senat Akademik?*

Untuk mempermudah disepakati bahwa ketua program studi hanya mencatat semua perubahannya, tidak perlu pengesahan dari pimpinan fakultas. Umumnya perubahan terjadi pada metode belajar namun capaian-capaian pembelajaran dan kurikulum secara garis besar sebetulnya tidak ada perubahan karena ada standar kompetensi dan yang lain-lainnya. Penyesuaian metode belajar dan asesmen harus dilaporkan ketua program studi ke pimpinan fakultas agar dapat didokumentasikan. Keleluasaan diberikan kepada program studi untuk memodifikasi cara pembelajaran namun tetap harus dilaporkan agar perubahan bersifat legal.

**Q 23** *Apakah memungkinkan untuk melakukan seleksi wawancara tatap muka dengan mengundang kandidat dalam kelompok-kelompok kecil, mengingat seleksi wawancara dibutuhkan untuk menilai secara komprehensif?*

Pengaturan seperti itu memungkinkan tentunya dengan memperhatikan aturan yang berlaku, misalnya menjaga jarak, menggunakan masker, dsb. Tentunya harus diperhatikan *risk and benefit* dari mengundang calon ke kampus untuk wawancara. Jika masih dapat diselenggarakan secara *online*, mungkin lebih baik dilakukan secara *online*, mengingat kondisi saat ini.

Demikian bab 3 ini telah menguraikan berbagai upaya modifikasi atau adaptasi program pembelajaran, bahkan seleksi calon peserta didik, di masa pandemi ini. Rumah sakit pendidikan dan program studi pendidikan dokter spesialis tidak hanya perlu memodifikasi kegiatan pembelajaran menjadi PJJ, namun harus juga memperhatikan kesehatan dan keselamatan peserta PPDS, menyediakan APD yang sesuai serta mengatur pembagian tugas peserta PPDS agar tidak terlalu berat dan panjang sehingga dikhawatirkan dapat menurunkan imunitas peserta PPDS.

### Referensi

1. CDC. 2020. Comprehensive hospital preparedness checklist for Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). Center for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services.
2. Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi (Dirjen Dikti). 2020. Surat edaran terkait masa belajar penyelenggaraan program pendidikan No. 302/E. E2/KR/2020. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia.
3. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud). 2020. Surat Edaran Menteri Pendidikan dan Kebudayaan: Pembelajaran secara daring dan bekerja dari rumah dalam rangka pencegahan penyebaran Corona Virus Disease (Covid-19) No 36962/MPKA/HK/2020. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia.
4. Murphy B. 2020. Residency in a pandemic: how Covid-19 is affecting trainees. American Medical Association. <https://www.ama-assn.org/residents-students/residency/residency-pandemic-how-Covid-19-affecting-trainees>
5. RSCM. 2020. Panduan internal teknis pelaksanaan pendidikan program studi dokter spesialis dan subspecialis FKUI unit layanan RSUPN Cipto Mangunkusumo selama Pandemi Covid-19, 16 Maret 2020 (versi 1).
6. World Federation of Medical Education (WFME). 2015. Postgraduate medical education: WFME Global Standards for Quality Improvement. Denmark, University of Copenhagen, WFME Office. [www.wfme.org](http://www.wfme.org)

# 4

## Adaptasi Asesmen Peserta Didik Kedokteran Selama Pandemi Covid-19

### **PENULIS**

**Mora Claramita<sup>1</sup>, Diantha Soemantri<sup>2</sup>, Fundhy Sinar Ikrar<sup>3</sup>, Cees van der Vleuten<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Departemen Pendidikan Kedokteran dan Bioetika, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>2</sup>Departemen Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>3</sup>Medical Education Research & Staff Development Unit – Departemen Anatomi & Histologi, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya

<sup>4</sup>School of Health Professions Education, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands



### Sumber:

Webinar title: *Assessment adaptation in health professions education during Covid-19 pandemic* – 16 April 2020. <https://zoom.us/j/185860691>

“Presiden Rep. Indonesia: Joko Widodo dalam pidato tanggal 24 Maret 2020 terkait dengan “*physical distancing*” selama pandemi Covid-19 mengumumkan “... Ujian Nasional ditiadakan”.

Seungguhnya istilah “pandemi” belum pernah digunakan oleh WHO sejak berdirinya selama 72 tahun. Dengan diberlakukannya istilah tersebut di seluruh dunia, di awal 2020, menandakan bahwa penyebaran dan akibat yang ditimbulkan oleh Covid-19 berdampak sangat nyata dan sangat luas di seluruh sendi kehidupan manusia, mulai dari kesehatan, ekonomi, sosial, dan tentunya pendidikan.

Di dunia pendidikan, berbagai bentuk pengumpulan peserta didik dan staf pengajar, harus dihindari karena akan menjadi tempat penyebaran virus korona. Termasuk proses belajar-mengajar, jadwal belajar mengajar, jadwal praktikum, dipaksa untuk diubah menjadi tak tanggung-tanggung: 100% *online*. Pelaksanaan kurikulum secara daring ini bahkan secara otomatis seolah-olah mengabaikan peraturan “*blended learning*” di perguruan tinggi yang selama ini baru mengakomodasi pembelajaran dengan 40% *blended learning* - 60% tatap muka. Meskipun, sebenarnya Direktorat Jenderal Perguruan Tinggi telah memfasilitasi Penyelenggaraan Pendidikan Jarak Jauh (*distance learning*) (DIKTI, 2019):

Para pendidik di Indonesia, dari mulai di pendidikan dasar (SD, SMP, SMA dan yang sederajat), maupun di perguruan tinggi dan tak ketinggalan adalah fakultas kedokteran dan profesi kesehatan, dipaksa merespon cepat situasi pandemi ini, termasuk di dalamnya adalah sistem evaluasi belajar. Seperti sudah dijelaskan di bab-bab sebelumnya, adaptasi pembelajaran lebih banyak dilakukan melalui media daring. Banyak sekali pertanyaan seputar

persiapannya yang mendadak dan jadwal tatap muka yang lalu diubah menjadi daring sehingga menjadi sangat padat. Terdapat istilah “Setiap hari Zoom/Webex Meeting dari pukul 07 hingga 15” sehingga kurang memberikan ruang bagi peserta didik untuk belajar mandiri dan mengkonstruksi sendiri pemahamannya. Peserta didik pun bosan dengan media daring bila tetap berisikan informasi tanpa melibatkan peserta didik dalam interaksi belajar-mengajar. Selain itu, peserta didik juga mengalami masalah kehabisan kuota internet karena sistem tatap muka dengan daring memerlukan *bandwith* yang tidak sedikit.

Dengan “kepanikan” yang ada di awal diberlakukannya sistem daring di fakultas kedokteran, staf pengajar kedokteran kembali mendapat tantangan tatkala mendekati akhir semester genap 2020, dan harus melakukan evaluasi belajar peserta didik. Berbagai pertanyaan muncul seputar asesmen-daring, validitas, reliabilitas, dan kepercayaan terhadap alat ukur penilaian hasil belajar, staf pengajar, maupun terhadap peserta didik sendiri.

Sesuai dengan penjelasan mengenai sistem daring dan pembelajaran berpusat pada peserta didik di Bab 1, staf pengajar kedokteran diharapkan dapat berpikir kreatif dan inovatif dalam melaksanakan sistem daring sehingga idealnya, kondisi lebih banyak penugasan, pemberian umpan balik, dan waktu bertemu melalui sistem *online* dimanfaatkan bukan sekadar untuk memberikan informasi, melainkan untuk membantu peserta didik dalam menyusun konsep pengetahuan mereka. Bagaimanapun, konsep asesmen (*conception of assessment*) atau yang dikenal sebagai evaluasi hasil belajar (*assessment of learning*) sangat terkait dengan konsep pembelajaran (*conception of teaching and learning*). Selama konsep belajar-mengajar oleh staf pengajar fakultas kedokteran masih hanya untuk pemberian informasi, maka hal ini merupakan tantangan bagi para staf pengajar untuk mengenal sistem asesmen yang baru yaitu “evaluasi untuk pembelajaran” (*assessment for learning*). Sistem penilaian baru ini akan kami perkenalkan dalam bab ini, yang harapannya tidak hanya bermanfaat selama adaptasi pandemi, melainkan untuk evaluasi belajar selanjutnya. Hal ini akan sejalan dengan konsep pembelajaran berpusat pada peserta didik (*student-centered learning*).

Sebelum kita masuk lebih jauh mengenai sistem evaluasi belajar yang baru ini, kami sarankan Bapak/Ibu pembaca merenungkan prolog di atas dan apa yang selama ini menjadi “*concern*” atau kepentingan Bapak/Ibu tentang sebuah ujian yang berlangsung dalam satu waktu, secara serentak, atau nasional? Kalau kita ingat kembali saat kita semua sewaktu menjadi calon dokter mengikuti ujian yang hanya berlangsung dalam satu waktu seperti ujian nasional, apa saja yang terpikirkan saat itu? Mungkin Bapak/ Ibu sejawat yang memiliki reputasi belajar baik tidak akan merasakan sesuatu, seperti misalnya kecemasan. Apalagi yang

berasal dari sebuah institusi yang memiliki sistem pendidikan baik. Meskipun demikian, salah satu kemungkinan pertanyaan peserta didik – staf pengajar dalam menghadapi ujian nasional adalah: “Apakah proses belajar yang selama ini saya lakukan sudah benar sehingga saya dapat lulus ujian nasional?”, “Apakah sistem pendidikan yang saya berikan selama ini sudah baik, sehingga peserta didik-siswi saya dapat 100% lulus?”; “Bagaimana kalau saya/ peserta didik-siswi saya sakit pada hari itu, atau ada kemalangan keluarga, adakah waktu ujian lainnya?”; “Bagaimana kalau saya tidak lulus?”; “Apakah soal yang dibuat sudah benar-benar valid dan reliable untuk menentukan kelulusan?”; atau mungkin terdapat banyak pertanyaan lainnya terkait sebuah ujian yang dimaksud adalah sebuah *‘high-stakes’ assessment*.

## Masalah seputar “ujian akhir” atau “ujian blok” atau “ujian modul” atau “ujian semester”

### A. Kecukupan data untuk pengambilan keputusan LULUS/ TIDAK

Jika kita berbicara tentang penilaian, kita berbicara tentang pendekatan yang biasanya sangat tradisional. Pendekatan konvensional untuk pendidikan adalah bahwa kita memiliki sistem yang sangat modular tetapi sangat berorientasi kepada penguasaan pengetahuan di mana pada akhir pendidikan kita menguji sesuatu. Ketika peserta didik lulus atau gagal, ia melanjutkan ke modul berikutnya. Penilaian modul yang sangat sumatif ini memiliki sejumlah kelemahan. Ujian akhir yang sering disebut sebagai “standardisasi” atau “*Big-bang*” (ujian akhir di mana kita sangat berorientasi pada nilai). Dalam banyak situasi penilaian atau evaluasi hasil belajar klasik seperti itu dan membandingkan dengan beberapa referensi yang ada di bidang *student-assessment*, salah satu keawatiran pertama adalah bahwa kita harus sangat berhati-hati dengan banyaknya konsekuensi dari penilaian tunggal. (van der Vleuten dan Scuwirth, 2015). Kita dapat melihat banyak dari penelitian ilmiah tentang realibilitas, salah satunya adalah pada Tabel 1. Setidaknya reliabilitas 0,84 dan dengan reliabilitas 0,80 pun harus disadari masih dapat dibuat sekitar 20 % keputusan positif palsu dan negatif palsu. Kita dapat melihat bahwa untuk mencapai reliabilitas sedemikian tinggi maka tes harus dilakukan dalam waktu 4-8 jam.

**TABEL 1.** Metode ujian dan reliabilitas terkait dengan fungsi dan waktu dimodifikasi dari Van der Vleuten, CP & Schuwirth, LW, 2005

Testing in hours	MCQs	Case-based/ Short essay	Problem solving test	Oral Exam	Long Case	OSCE	Mini-CEX	Video-practice assessment	In-cognito Sps
1	0.62	0.68	0.36	0.50	0.60	0.54	0.73	0.62	0.61
2	0.77	0.81	0.53	0.67	0.75	0.70	0.84	0.77	0.76
4	0.87	0.89	0.69	0.80	0.86	0.82	0.92	0.87	0.86
8	0.92	0.94	0.82	0.89	0.92	0.90	0.96	0.93	0.93

Beberapa waktu atau frekuensi pengujian diperlukan untuk mendapatkan hasil yang dapat diAndalkan. Dengan demikian, keputusan yang berisiko tinggi berdasarkan pada pengukuran apa pun jenisnya, harus dilakukan dengan ekstra hati-hati. Sebagian besar tes dan praktik semacam ini sebenarnya tidak begitu dapat diAndalkan. Meskipun demikian, dalam Tabel 1 juga dijelaskan bahwa ujian yang sangat objektif seperti pilihan ganda/MCQs tidak lebih dapat diAndalkan daripada penilaian subjektif seperti *long-case* atau ujian lisan. Hal ini berarti bahwa banyak penilaian subjektif tetap dapat diAndalkan dengan mengumpulkan data-data yang cukup.

## B. Efek samping dari ujian dengan tujuan sumatif

Hal kedua yang sangat mengkhawatirkan adalah efek samping dari penilaian terhadap pembelajaran. Literatur tentang dampak negatif pembelajaran akibat dari sistem penilaian sumatif membahas tentang akibatnya pada gaya belajar peserta didik yang buruk, peserta didik mencari nilai, adanya *reductionism*—hubungan yang tidak sejalan dengan tujuan kurikulum, hasil penilaian tidak bermakna dalam memberikan evaluasi belajar yang lebih luas—, jauh dari keberlanjutan belajar, dan memberikan ruang untuk “menebak” dalam misal pilihan ganda (Cilliers, 2012). Umpan-balik yang diberikan dalam sistem sumatif ini sangat sedikit. Kita harus menyadari bahwa “nilai” adalah bentuk umpan balik yang paling buruk. Suatu umpan-balik tidak dinyatakan dengan baik apabila diberikan dalam bentuk “nilai”.

Budaya penilaian, seperti sebagian besar penilaian kita selama ini, mendorong peserta didik belajar sepotong pengetahuan dan kemudian mereka cenderung melupakannya. Mereka yang lulus akan bergembira dan melupakannya, demikian pula mereka yang tidak lulus, mereka akan bersedih atau marah, tetapi mereka juga akan melupakannya. Bila kita berbicara tentang konteks penilaian sumatif, sangat sedikit peserta didik yang akan belajar atau merenung tentang bagaimana mereka dapat belajar lebih baik di kemudian hari. Banyak bukti dalam literatur yang menunjukkan

bahwa hanya belajar dalam kesempatan tertentu akan memiliki efek pembelajaran minimal atau berakibat pada rendahnya ingatan atau rendahnya penguasaan pengetahuan (Harrison, 2017). Kita tentunya berharap peserta didik kita mengingat semua masalah kesehatan yang kita ajarkan, hingga harapannya sampai setidaknya 20 tahun kemudian setelah mereka lulus. Dengan demikian, kita harus mempersiapkan kurikulum maupun sistem evaluasi belajar yang mendorong terbentuknya ingatan jangka panjang tersebut, dan bukan hanya mendorong peserta didik sekedar untuk lulus ujian.

### C. Kurikulum berbasis kompetensi – upaya pencapaian *soft-skills*/keterampilan lunak

Masalah yang ketiga adalah pendidikan kedokteran secara global berubah dari program yang berorientasi pada pengetahuan menjadi program yang lebih berbasis kepada kompetensi (*competency-based curriculum*). Bila kita cermati kurikulum berbasis kompetensi di seluruh dunia maka terdapat tiga kerangka kerja kompetensi. Sebagian besar kompetensi yang disebutkan justru tidak berorientasi pada pengetahuan. Ketiga kerangka kerja tersebut sangat sesuai untuk mengamati tingkah laku, dimana keterampilan kompleks tersebut terdiri dari keterampilan “komunikasi”, “profesionalisme”, “kepemimpinan”, “kerjasama tim”, dan “pembelajaran sepanjang hayat” (CAN-MED, Pellegrino 2012, SKDI 2012). Mencoba untuk memasukkan keterampilan kompleks tersebut ke dalam ceklis atau daftar tilik tunggal sangatlah sulit. Tantangan yang sama dihadapi dalam mengevaluasi “profesionalisme”. Meskipun kita memiliki gagasan yang sama tentang hal tersebut, menuangkannya ke dalam daftar tilik akan sangat sulit.

Gerakan kurikulum berbasis kompetensi ini sejalan dengan Teori Piramida Miller (Miller, 1984), terutama di bagian puncak piramida: *the Does*, dimana staf pengajar lebih banyak mengamati perilaku peserta didik dan memberikan umpan balik pada tatanan pendidikan berbasis tempat kerja/klinik. Staf pengajar kedokteran saat ini telah cukup baik dalam melakukan penilaian terstandar untuk level piramida di bawahnya yaitu: *Knows, Knows-How, Shows-How*, dengan tes pilihan ganda dan OSCE dengan membuat setiap penilaian seobjektif mungkin (Gambar 1).

Namun demikian, dalam situasi berbasis tempat kerja/ pendidikan klinik, penilaian subjektif justru diperlukan. Hal ini bukan berarti mempraktikkan *like* atau *dislike* secara personal, tetapi kita perlu menilai dalam situasi otentik dalam pendidikan, dalam situasi pembelajaran, atau informasi otentik di tempat kerja. Dengan demikian, kita perlu melakukan penilaian atau pengumpulan data lebih banyak. Terdapat banyak metode



**GAMBAR 1.** Modified from Miller's Pyramid (1990)

dan teknologi dalam melakukan penilaian standar melalui pengamatan secara langsung, misalnya *multisource feedback*, catatan lapangan, atau catatan performa di tatanan klinis. Semua jenis instrumen tersebut cukup menarik dan masih terus berkembang. Implikasi untuk penilaian adalah bahwa pendekatan yang lebih klasik yang mengharuskan staf pengajar berlatih untuk membuat soal ujian atau membuat ujian terstandarisasi menjadi kurang bermakna untuk pembelajaran peserta didik yang lebih mendalam dibandingkan dengan pendekatan penilaian yang lebih modern.

Kurikulum berbasis kompetensi dengan banyak penekanan pada penilaian keterampilan kompleks harus berorientasi pada pemberian umpan balik. Staf pengajar kedokteran dapat belajar melakukan komunikasi yang baik dengan peserta didik dengan melakukannya dalam praktik nyata dan kemudian mendapatkan umpan balik dari peserta didik. Khususnya pada keterampilan yang lebih kompleks, umpan balik kuantitatif memiliki keterbatasan dan umpan-balik kualitatif lebih banyak dibutuhkan. Narasi atau uraian kata dalam penilaian, memiliki efek lebih besar terhadap pembelajaran peserta didik daripada informasi kuantitatif. Apabila kita cermati, beberapa rapor siswa sekolah dasar, dalam beberapa tahun terakhir ini, sudah berupa rapor naratif dan bukan lagi penilaian dengan angka. Dengan demikian, deskripsi yang jelas tentang seorang anak adalah unik dan tidak dapat dibandingkan dengan anak yang lainnya.

Penilaian yang baik tidak hanya bersifat modular tetapi harus berkelanjutan, yang merupakan kegiatan yang berkelanjutan dengan melihat perkembangan kompetensi dari waktu ke waktu. Dengan demikian, maka berdasarkan semua bukti ilmiah di atas, kami merekomendasikan untuk beralih dari sistem yang didasarkan pada satu ujian nasional/"big-bang" modular, ke sistem dengan lebih banyak memberikan umpan balik yang berkelanjutan. Sistem

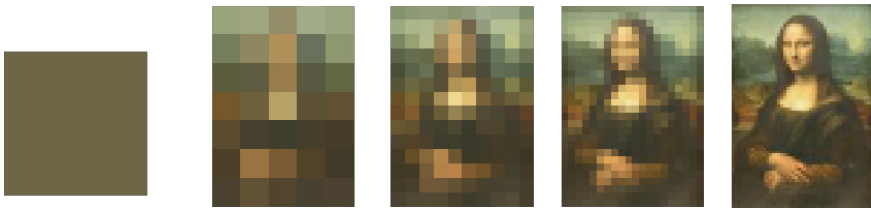
“Evaluasi Belajar Terencana” yang akan kami perkenalkan di bawah ini, kami yakini akan banyak membantu fakultas kedokteran yang saat ini meminimalisir pertemuan dengan peserta didiknya; baik itu untuk tujuan pembelajaran maupun evaluasi belajar.

## **Programmatic assessment atau evaluasi belajar terencana**

Model yang disebut sebagai *Programmatic Assessment* (PA) atau Evaluasi Belajar Terencana adalah penilaian yang dilakukan dengan cara yang sangat berbeda. Dalam PA setiap penilaian individu hanyalah merupakan satu titik data. Berbasis pada teori Piramida Miller, delta di belakang titik data tersebut dapat berupa metode apa pun. Jenis pengukuran tersebut tergantung pada justifikasi kita untuk menggunakan metode tersebut pada suatu titik waktu tertentu. Selama terdapat banyak variasi metode penilaian maupun penilai, memberikan peserta didik untuk menulis, mengungkapkan ide, mempertahankan ide dan seterusnya, maka seluruh proses tersebut akan membuat pendidikan menjadi bermakna. Setiap penilaian individu dalam sistem PA tidak dimaksudkan untuk pengambilan keputusan.

Pengambilan keputusan lulus/gagal dilakukan di akhir suatu tahap oleh sebuah komite asesmen yang mengumpulkan seluruh data dari berbagai titik observasi, sedangkan setiap titik data observasi individu ditujukan untuk pemberian umpan balik dan bukan untuk pengambilan keputusan. Jadi pada satu titik data pengukuran individu, tidak banyak yang dipertaruhkan, tidak ada keputusan yang memihak, dan berisiko kecil. Tetapi untuk pengambilan keputusan berisiko tinggi, misalnya untuk kenaikan tingkat ke tahun selanjutnya, dibutuhkan banyak kumpulan titik data. Satu titik data tunggal observasi seharusnya murni berorientasi pada umpan balik dan memberikan arti bagi pembelajaran, bukan suatu keputusan yang berorientasi pada lulus atau gagal. Setelah kurikulum berjalan setengah tahun, mungkin diperlukan keputusan terkait perkembangan kemajuan peserta didik, identifikasi kemampuan terbaik dari seorang peserta didik, dan kemampuan yang perlu dikembangkan lebih lanjut. Dengan demikian kita akan membutuhkan lebih banyak titik data yang dimanfaatkan untuk membuat ‘diagnosis’ atau evaluasi belajar. Jika pengambilan keputusan didasarkan pada berbagai informasi atau titik data, keputusan tersebut seharusnya tidak mengejutkan karena sepanjang jalan peserta didik telah mendapatkan informasi (berupa umpan balik).

Analogi yang dapat digunakan adalah menggunakan “piksel” untuk mengumpulkan data peserta didik. Jadi piksel tersebut adalah setiap titik data individu (Gambar 2). Dengan banyaknya data atau “piksel” maka perlahan-lahan dapat terlihat gambar dan ketika gambar itu jelas maka kita dapat mengambil keputusan lebih baik. Penerapan *programmatic assessment* bersifat generik dan tidak terbatas pada pendidikan/pelatihan sarjana atau pascasarjana. Dengan demikian hanya dengan “memotret” satu kali atau menyelenggarakan ujian akhir satu kali, maka data diperoleh tidak dapat diandalkan untuk membuat keputusan.



**GAMBAR 2.** Metafora kumpulan data atau piksel yang bervariasi

Sumber: *free source internet* ([https://www.google.com/search?q=monalisa+pixel+images+free&tbn=isch&ved=2ahUKEwj2t\\_\\_RtdjpAhWHPCsKHSIMBHAQ2-cCegQIABAA&oq=monalisa+pixel+images+free&gs\\_lcp=CgNpbWcQAIc4fliYhgFglYcBaABwAHgAgAFiiAG-A5IBATWYACgAQcAQqAQmd3Mt-d2l6LWltZw&scient=img&ei=LqjQXvboH4f5rAGpmJGABw&bih=561&biw=1280&safe=strict](https://www.google.com/search?q=monalisa+pixel+images+free&tbn=isch&ved=2ahUKEwj2t__RtdjpAhWHPCsKHSIMBHAQ2-cCegQIABAA&oq=monalisa+pixel+images+free&gs_lcp=CgNpbWcQAIc4fliYhgFglYcBaABwAHgAgAFiiAG-A5IBATWYACgAQcAQqAQmd3Mt-d2l6LWltZw&scient=img&ei=LqjQXvboH4f5rAGpmJGABw&bih=561&biw=1280&safe=strict))

Sebagai contoh, di University of Maastricht, terdapat tugas blok, tetapi juga banyak tugas longitudinal dan penilaian longitudinal. *Progress-test* melalui pemberian ujian tertulis empat kali dalam setahun dengan soal yang sama untuk semua peserta didik dilaksanakan. Peserta didik tidak diberikan waktu untuk persiapan, hanya perlu melakukannya dan mendapatkan informasi umpan balik. Idealnya peserta didik di tingkat yang lebih senior mendapatkan nilai yang lebih baik (bila penguasaan pengetahuannya lebih baik). University of Maastricht juga melakukan banyak penilaian sejawat secara longitudinal (*team-teaching*) sehingga perilaku profesional dapat dikembangkan secara longitudinal dan semua penilaian bersifat informatif dengan keputusan risiko rendah sehingga tidak hanya menghasilkan “lulus atau gagal” pada penilaian individu.

Portofolio adalah instrumen utama untuk staf pengajar maupun peserta didik mengumpulkan semua yang diketahui dalam portofolio elektronik yang pada akhirnya akan diberikan umpan balik dan juga dipandu (Dreissen et al., 2007). Setiap peserta didik juga terhubung dengan konselor atau mentor. Mentor akan memandu di sepanjang proses belajar, memiliki akses ke portofolio elektronik, dan mengadakan diskusi secara berkala dengan peserta didik tentang perkembangannya. Pada akhir tahun, keputusan kelulusan atau kenaikan tingkat ditetapkan oleh komite asesmen,



dan bukan oleh pembimbing atau staf pengajarstaf pengajar , berdasarkan semua informasi dalam portofolio.

University of Maastricht juga menghabiskan banyak waktu dan usaha untuk melatih staf pengajar memberikan umpan balik dan melatih peserta didik. Peserta didik dapat masuk ke dalam sistem dan melihat skor tes kemajuannya dari waktu ke waktu (contoh dari *progress-test*) dan kemudian melihat bagaimana hubungannya dengan kelompok lainnya baik terkait dengan nilai keseluruhan ataupun skor ilmu dasar. Peserta didik dapat melihat skor dari waktu ke waktu dalam bidang pengetahuan apa pun dan melihat seberapa baik peserta didik dalam hubungannya ke seluruh kelompok peserta didik.

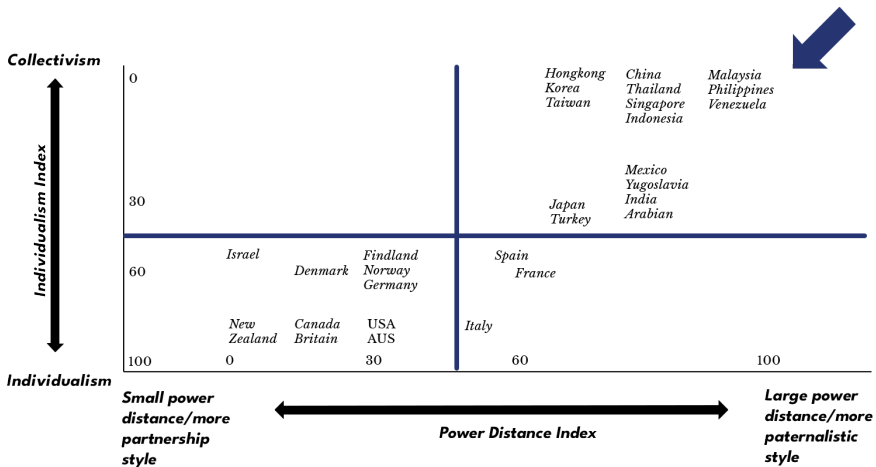
Staf pengajar juga memiliki fungsi yang sangat penting dalam portofolio elektronik ini yang mengatakan “*generated me all the narrative feedback*” dan semua informasi naratif pada peserta didik tersebut dapat diperoleh. Informasi tersebut dapat disaring lagi sesuai dengan kompetensi dan peserta didik dapat mendapatkan gambaran umum kinerja secara individu dengan sangat cepat. Pada akhirnya bahwa pembinaan peserta didik juga terus-menerus dilakukan oleh mentor dan hal ini sangat penting untuk proses belajar. Kita semua mungkin telah mengenal bahwa University of Maastricht banyak menggunakan strategi pembelajaran *problem-based learning* dan *self-directed learning*. Strategi tersebut membutuhkan banyak pengarahan, pemberian umpan balik dan sistem pendampingan. Para mentor biasanya memiliki hubungan yang erat dengan peserta didik dan mereka akan bertemu secara berkala.

Pengambilan keputusan kelulusan peserta didik dilakukan oleh komite, konselor, dan *external reviewer* melalui diskusi dan kesepakatan dan berdasarkan data performa peserta didik. Hal ini tidak memakan banyak waktu. Pada kenyataannya 95% hasil dari peserta didik dapat diputuskan secara cepat karena proses belajarnya sudah terlihat di dalam portofolio mereka. Banyak waktu dibutuhkan hanya pada saat tim berhadapan dengan sejumlah kecil peserta didik yang memerlukan pertimbangan. Proses tersebut adalah pengambilan keputusan yang valid.

Apakah pendekatan *programmatic assessment* ini “lebih dapat bertahan” terhadap dampak pandemi Covid-19? Dengan lebih sedikit mengandalkan ujian eksternal yang dilaksanakan sekali waktu (*high-stakes assessment*), kita memiliki lebih banyak data berkelanjutan yang mendukung proses pengambilan keputusan secara valid. Dalam periode pandemi ini semua ujian nasional telah dibatalkan, namun bagaimanapun juga dengan penerapan program ini, masih terdapat data kinerja masa lalu semua peserta didik dan semua elemen lain dari sistem penilaian. Banyaknya informasi kemajuan belajar dari peserta didik tersebut merupakan informasi yang memadai untuk membuat keputusan.

## Intisari evaluasi belajar adalah umpan balik yang membangun

Telah dijelaskan di atas bahwa umpan balik sangatlah penting. “Umpan balik yang membangun” adalah kunci dari penilaian itu sendiri dan bertujuan untuk membantu peserta didik berkembang menjadi individu yang lebih baik. Dalam kondisi Indonesia, kita memiliki nilai budaya yang sangat berbeda dengan budaya barat. Teori dimensi budaya yang diajarkan oleh Professor Geert Hofstede—yang ternyata juga berasal dari Maastricht University—mempelajari bagaimana orang dari budaya dan negara yang berbeda melakukan kegiatan bisnis (Hofstede, 2010). Hofstede mengelompokkan negara-negara tersebut menjadi 6 dimensi budaya. Sekitar 50 negara di dunia adalah kelompok negara–negara dengan penerimaan yang tinggi terhadap adanya jarak sosial antar orang dan termasuk kelompok negara-negara kolektifis dalam pengambilan keputusan. Kita lihat yang termasuk dengan negara–negara ini adalah Malaysia, Filipina, Hong Kong, Singapura, Korea, Thailand, Jepang, termasuk perwakilan Asia, atau ASEAN, yang memiliki budaya seperti Indonesia, sedangkan negara–negara barat terletak pada bagan kiri bawah. Negara–negara barat memiliki jarak sosial antar perorangan yang lebih kecil atau mereka punya hubungan kemitraan, namun mereka punya individualisme yang tinggi dalam hal pengambilan keputusan (Gambar 3).



**GAMBAR 3.** Perbedaan budaya  
Sumber: Hofstede G, 1986

Dalam *website* <https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/> terdapat perbedaan beberapa negara berdasarkan dimensi budaya yang disusun oleh Hofstede, contohnya Indonesia, Belanda, dan Amerika Serikat. Indonesia memiliki jarak sosial sangatlah tinggi dengan angka 78 dari skala 100, dan untuk Belanda dan Amerika Serikat mereka relatif lebih rendah, sehingga lebih banyak menerapkan relasi kemitraan. Namun dalam hal mengambil keputusan Indonesia memiliki skor yang rendah dengan skor 14 dari skala 100 sehingga orang Indonesia dikatakan cenderung tidak bisa mengambil keputusan untuk diri kita sendiri, melainkan harus bertanya dulu kepada keluarga dan komunitasnya. Hal ini sangat berbeda dengan masyarakat dari Belanda dan Amerika Serikat yang bergantung kepada pengambilan keputusan mandiri.

Dari 6 dimensi budaya oleh Hofstede, 2 dimensi budaya paternalistik dan kolektivistik akan dibahas lebih lanjut, karena dua dimensi tersebut akan mempengaruhi hubungan dokter-pasien, guru dan murid, dan juga orang tua dan anaknya. Ciri khas dari negara-negara yang menerima adanya jarak sosial di dalam masyarakat adalah implikasi terhadap minimalnya dialog dua arah. Komunikasi dalam budaya tersebut mempunyai tendensi satu arah, dari orang yang dianggap memiliki hirarki yang lebih tinggi (misal, guru, orang tua, dokter). Banyak bukti ilmiah berbasis penelitian di Indonesia yang telah dipublikasi secara internasional, bahwa terjadi komunikasi satu arah antara dokter-pasien, guru-murid, orang tua-anak, bahkan murid senior-murid junior. Penelitian seperti ini sudah dilaksanakan di berbagai profesi tenaga kesehatan, tidak hanya dokter namun perawat, apoteker, bidan (Claramita et al., 2013; Susilo, et al., 2013; Nugraheni et al., 2017). Jurnal lain oleh Suhoyo mengulas tentang konteks pendidikan klinis di Indonesia dan bagaimana persepsi staf pengajar dan peserta didik dalam menerima umpan balik di budaya dengan kolektivisme. Semua penelitian yang dilakukan oleh anak bangsa dalam konteks pendidikan klinis ini merupakan bukti bahwa ada hirarki dan ada kolektivisme dalam pengambilan keputusan klinik, maupun keputusan belajar dalam budaya Indonesia. Jadi menjadi sulit bagi masyarakat Indonesia secara umum untuk memulai umpan balik yang bersifat konstruktif, berupa dialog dua arah yang merupakan inti dari *programmatic assessment*.

Kelanjutan dari umpan balik yang membangun juga terletak di kemampuan refleksi peserta didik. Apakah peserta didik dapat merenungkan “dengan penuh keinsafan” (renungan dengan penuh keinsyafan adalah ungkapan Ki Hadjar Dewantara di 1920), informasi yang telah diterimanya untuk meneruskan proses belajarnya ke tingkat yang lebih baik. Ilmu *programmatic assessment* memberikan banyak ruang bagi peserta didik untuk melakukan

refleksi, apalagi bila difasilitasi dengan umpan balik yang baik, dan kesempatan mengumpulkan portfolio.

Terlepas dari tantangan yang berasal dari pandemi saat ini maupun budaya yang ada di Indonesia, bagaimanapun juga ketika sampai pada penilaian sumatif maka refleksi/perenungan oleh peserta didik akan sangat minimal. Umpan balik dan refleksi dalam praktik belajar-mengajar sehari-hari, adalah bagian dari pengumpulan bukti belajar setiap hari oleh setiap peserta didik, yang dapat digunakan untuk memberi informasi dan memberi tahu para peserta didik di mana kelebihan dan kelemahan masing-masing dan cara untuk meningkatkannya. Semua proses berkelanjutan tersebut dilakukan bersama dengan para peserta didik untuk melibatkan mereka dalam pembelajaran mereka sendiri. Akan tetapi mungkin sudah waktunya bagi kita; meskipun sangat sulit dan karena juga mempertimbangkan sistem kesehatan negara kita dan keterbatasan kita dalam jumlah dokter, jumlah konsultan, dan jumlah peserta didik; kita sebaiknya mulai menyeimbangkan “*high-stakes assessment*” yang selama ini seolah-olah menjadi satu-satunya tiket kelulusan dokter, dengan metode “*low-stakes assessment*” berupa umpan balik berkelanjutan dan pendampingan peserta didik selama proses belajarnya.

Anda tidak dapat menerima seorang calon dokter, lalu meninggalkannya selama 6 tahun proses belajar, kemudian menunggunya di akhir dalam sebuah ujian nasional. Dalam proses belajarnya ia membutuhkan bimbingan anda terus menerus dan anda dapat melihatnya sehari-hari tumbuh dan berkembang.

**Cees van der Vleuten, 2016**

Ilustrasi di atas menggambarkan bagaimana melaksanakan kurikulum berbasis kompetensi yang ternyata perlu lebih banyak menerapkan evaluasi di level *does* dalam Piramida Miller, dan tidak bisa hanya dengan satu ujian tunggal di akhir yang menentukan pengambilan keputusan. Berikut adalah beberapa strategi untuk meningkatkan penggunaan umpan balik yang membangun seperti: dialog antara peserta didik dan guru, bukti dari praktik sehari-hari,

teknik-teknik memberikan umpan balik, teknik merefleksikan kinerja peserta didik dan bagaimana membuatnya lebih baik, bagaimana peserta didik melakukan penilaian sendiri seperti portofolio, dan juga penilaian sejawat atau teman sebaya (*peer-assessment*). Beberapa teknik pemberian umpan balik sebenarnya sudah sering dilatihkan di berbagai kegiatan pengembangan staf pengajar kedokteran di Indonesia, misalnya: *Pandelton rules of feedback*, *Ask-Tell-Ask feedback*, *One Minute Preceptorship*, dan *Mini Clinical Examination*. Berbagai teknik tersebut pada intinya adalah (1) Pertama, selalu menggali persepsi peserta didik atas apa yang sudah dilakukannya terlebih dahulu, menggali refleksi peserta didik apakah dia puas dengan hasil belajarnya; (2) Kemudian menggali alasan mengapa peserta didik memikirkan hal tersebut (kelebihan maupun kekurangannya) sehingga staf pengajar dapat mendorong peserta didik untuk melakukan *self-assessment*; (3) Baru kemudian diikuti laporan catatan observasi dari staf pengajar. Staf pengajar dapat menambahkan hasil evaluasi diri yang telah dilakukan peserta didik dan bila perlu menambahkan informasi berdasarkan catatan observasi yang dibuatnya; (4) Selanjutnya, staf pengajar mendorong peserta didik untuk memunculkan rencana perubahan, apa yang sebaiknya ia lakukan dan ia pelajari lebih lanjut berdasarkan data yang ia peroleh, bagaimana ia dapat memperbaiki dirinya, dan; (5) Bila perlu, staf pengajar memberikan arahan, termasuk informasi dan motivasi. Dari urutan dialog di atas, kesempatan pertama selalu diberikan kepada pelaku perbuatan, dalam hal ini adalah peserta didik untuk mengevaluasi hasil belajarnya sendiri. Prinsip ini sesuai dengan prinsip "*catharsis*" dalam ilmu konseling, yang meyakini bahwa bila seseorang sudah menumpahkan apa yang dia rasakan, entah itu perasaan senang, sedih, malu, takut, atau lainnya, maka ia telah siap menerima informasi baru (dalam hal asesmen ini, informasi baru adalah informasi dari staf pengajar atau umpan balik). Ilmu komunikasi menekankan bahwa apabila kepentingan dari (dalam hal ini) peserta didik, didengarkan terlebih dahulu oleh pembimbingnya, maka peserta didik tersebut akan siap merespon informasi baru.

Sementara itu, di Indonesia fenomena di mana staf pengajar memberikan nasihat panjang lebar dan murid menjawab "Ya, Dokter" sangat sering terjadi. Perlu diketahui bersama bahwa "Ya, Dokter" bukanlah sebuah persetujuan, melainkan bahwa peserta didik menghormati staf pengajar yang dianggap berada di hirarki yang lebih tinggi sehingga yang bersangkutan merespon dengan kesopanan sebagai "Ya." Dalam ilmu komunikasi berbasis budaya Indonesia, "Ya" bukan merupakan kepastian untuk dilaksanakan. Jadi saat staf pengajar merasa peserta didiknya melakukan banyak kekurangan, sebenarnya bukan nasihat panjang lebar yang peserta didik butuhkan, melainkan pertanyaan yang memicunya untuk mengevaluasi diri. Sebagai seorang pembelajar dewasa (*adult*

*learner*), peserta didik akan berubah menjadi yang lebih baik apabila ia mulai berpikir. Peserta didik mulai berpikir bila staf pengajar bertanya. Namun bila staf pengajar banyak berkata-kata, akan sulit bagi peserta didik untuk mendengarkan dengan baik. Apalagi bila staf pengajar bukan memberikan nasehat melainkan kata-kata yang menyakitkan perasaannya. Disinilah tantangan terbesar pemberian umpan balik yang membangun di budaya Indonesia. Namun apakah kita akan menyerah pada budaya buruk? Tentu saja tidak. Selain itu, kita mungkin merasa pemberian umpan balik akan sangat memakan waktu lama. Pada kenyataannya, mungkin lama di awal ketika peserta didik belum terlibat sepenuhnya dalam proses *programmatic assessment*. Bila peserta didik telah paham sepenuhnya, pemberian umpan balik selanjutnya dapat berupa “*chit-chat*” atau obrolan ringan karena kemitraan telah terbangun dengan baik, menuju kerja sama tim yang solid antar tenaga medis.

Guru besar kita, yang juga adalah Menteri Pendidikan pertama di Indonesia, Ki Hajar Dewantara (KHD), telah mengajarkan pada kita semua, mengenai “*Tut Wuri Handayani*” (TWH). Mengapa TWH menjadi simbol Kementrian Pendidikan di Indonesia sejauh Indonesia merdeka 72 tahun ini dan bukan “*Ing Ngarso Sung Tulodho*”—di depan memberikan contoh—? Karena TWH mengandung arti memfasilitasi belajar yang sebenarnya. Seorang *pedagog* yang berasal dari bahasa Yunani adalah “seorang budak yang bertugas mengamati-amati seorang anak kecil agar anak itu dapat belajar dari kesalahannya sendiri dan dapat berkembang sesuai kodratnya menjadi insan yang mandiri di kelak kemudian hari.” Apakah staf pengajar kedokteran dalam membimbing peserta didik dan calon-calon dokter di masa depan berkenan menjadi seseorang *pedagog*? TWH berarti “*to follow the students to achieve their utmost potential.*” “*Tut wuri*” adalah “*to follow*”. selalu mengikuti dan mendahulukan kepentingan murid yang berada dalam pengawasannya dengan penuh tanggung jawab. Bila KHD telah memunculkan filosofi ini di tahun 1920-an bahkan sebelum adanya tren di pendidikan kedokteran global yang disebut “*student-centered learning*” saat ini, mengapa kita semua ragu untuk melaksanakan Evaluasi Belajar Terencana, dengan umpan balik yang membangun sebagai intinya?

## Tantangan dan dilema teknis pelaksanaan “*low-stakes assessment*” di saat dan paska pandemi

Pandemi ini adalah bencana atau peluang? Bila kita mempersiapkan lulusan profesi dokter berikutnya yang lebih baik, maka mereka masih perlu belajar dalam kondisi seperti ini dan berharap bahwa ada sedikit kesempatan untuk membuat perubahan ke arah Indonesia yang lebih baik. Bila sistem penilaian yang digunakan tetap seperti sekarang, maka akan ada banyak lulusan yang tidak kompeten di masa depan. Dilema ini membuat kita perlu belajar bagaimana membuat sistem evaluasi belajar dengan lebih baik lagi. Ternyata untuk menilai ranah afektif dan psikomotorik secara daring akan sangat sulit yang selama ini dengan metode tatap muka juga sudah sulit.

Setiap sekolah perlu memiliki beberapa platform pembelajaran dan juga ujian *online* untuk peserta didik mereka yang mudah diakses dan tidak membutuhkan banyak biaya tambahan. Seperti kita ketahui, sistem *online* memerlukan *bandwith* besar, dan itu sulit dilakukan peserta didik yang berada di tempat terpencil. Dengan demikian kita perlu merancang ulang sistem asesmen dari awal. *Programmatic assessment* mungkin tidak mudah dilakukan di setiap unit atau setiap unit waktu, tetapi bahwa paradigma penilaian itu sendiri adalah pembelajaran itu sendiri, itulah yang perlu kita pahami. Setiap penilaian yang kita gunakan dalam program pendidikan harus mempertimbangkan keandalan, validitas, dampak pendidikan, penerimaan, dan biaya sehingga pertanyaan besarnya adalah, “*Apa alat uji paling umum saat ini di fakultas kedokteran kita?*” Sebagai contoh di Universitas Airlangga kami menggunakan soal pilihan ganda, juga menggunakan esai, ujian lisan, proyek, dan lain-lain, tetapi itu adalah bagian yang sangat kecil dari penilaian kami. Pertanyaan berikutnya adalah, “*Apakah alat-alat penilaian tersebut bekerja dengan baik untuk keperluan itu?*” Sangat sulit untuk mengatakannya. Kita tidak punya kuasa untuk menghentikan pandemi sehingga kita perlu merancang sistem yang baru. Jadi di tengah-tengah “perjuangan” ini, pertanyaan selanjutnya adalah, “*Apakah ujian online itu mencerminkan prestasi peserta didik?*” Kadang-kadang perlu beberapa pertimbangan untuk mengambil keputusan kembali, merevisi hasil, atau mungkin yang lain. Kita juga perlu memiliki beberapa protokol atau metode untuk mendeteksi beberapa jenis kecurangan dalam ujian, sehingga melalui sistem *online* pun kita dapat memberikan ujian yang lebih baik bagi peserta didik kedokteran.

Di Universitas Indonesia, kami mengganti pendekatan pendidikan yang ada, dengan aktivitas *online*, yang biasanya dilakukan untuk pengetahuan dan beberapa keterampilan

seederhana. FK UI telah melakukan pengajaran keterampilan klinis *online* tetapi hanya untuk keterampilan sederhana, keterampilan yang dapat mereka lakukan di rumah peserta didik sendiri tanpa peralatan canggih yang terlibat dan kemudian mereka dapat membagikan video para peserta didik yang melakukan keterampilan klinis dan kemudian mereka dapat mengirimkannya kepada tutor dan para tutor kemudian dapat memberikan umpan-balik pada mereka. Tantangan untuk mengalihkan penilaian tradisional ke penilaian *online* adalah kemungkinan kita tidak menilai kemampuan peserta didik yang sebenarnya dalam asesmen menggunakan teknologi. Teknologi itu sendiri dapat memperkenalkan masalah baru maka kita tidak menilai apa yang kita harapkan untuk dinilai tetapi kita menilai hal yang berbeda, seperti kemampuan mereka dalam menggunakan teknologi dan sebaliknya. Misalnya masalah dapat terjadi ketika peserta didik tidak lulus ujian bukan karena dia tidak menguasai konten tetapi karena dia memiliki masalah dengan teknologi, contohnya koneksi internet yang buruk, perangkat yang tidak kompatibel, dll. Hal ini adalah situasi yang sangat relevan di negara kita di mana tingkat penetrasi internet di wilayah Indonesia masih bervariasi dan beberapa bagian Indonesia masih cukup rendah walaupun dapat diperkirakan peserta didik kedokteran telah memiliki akses ke internet karena mereka perlu memiliki akses ke internet untuk mengakses sumber pembelajaran dan sebagainya. Tetapi data pada kecepatan koneksi internet di Indonesia menunjukkan angka yang cukup rendah dibandingkan dengan negara lain dan bahkan di bawah rata-rata di seluruh dunia. Penilaian-penilaian berbasis daring memiliki faktor-faktor lain yang perlu kita pikirkan tidak hanya penguasaan, atau kemampuan untuk menguasai konten tetapi juga aspek teknologi sehingga dalam situasi ini kita perlu lebih fleksibel, mengingat banyak peserta didik yang aksesnya ke teknologi tidak sebaik yang lain, sehingga ketika seorang peserta didik, tidak dapat menyelesaikan misalnya penilaian MCQ *online* di platform, kita seharusnya dapat membuat penilaian baru atau format penilaian yang berbeda. Fleksibilitas semacam ini sangat penting saat ini sehingga peserta didik tidak gagal bukan karena mereka layak gagal tetapi karena faktor lain.

Dalam kepaniteraan klinis dan program residensi tidak sesederhana itu. Goh and Sandars (2020) berpendapat bahwa adaptasi sistem pendidikan klinik di era pandemi Covid-19 merupakan tantangan besar bagi pendidik klinis; bagaimana cara mereplikasi pengalaman pertemuan klinis menjadi sebuah simulasi. Kita semua sepakat bahwa dalam program kepaniteraan klinis dan residensi, pengalaman klinis bertemu dengan pasien, dengan tenaga kesehatan lain, dengan sejawat dokter lainnya sangat penting. Sementara itu, rendahnya jumlah dokter dan petugas kesehatan di Indonesia, skala penyebaran Covid-19 yang



terus meningkat dan bahkan beberapa orang mengatakan kita belum sampai pada puncak infeksi, membuat sistem pelayanan kesehatan sangat terbebani sehingga dalam waktu dekat, fokus dari semua petugas kesehatan dan juga peserta didik profesi kesehatan terutama mereka yang berada di tahap klinis dapat dialihkan untuk berperan mengatasi Covid-19. Saat ini peserta didik kedokteran dalam fase kepaniteraan diminta untuk menjadi sukarelawan tentunya dengan tugas yang sesuai dengan tingkat kemampuan yang bersangkutan. Konteks situasinya juga adalah banyak rumah sakit pendidikan sekarang menjadi rujukan rumah sakit untuk Covid-19 sehingga asumsinya bahwa akan ada keterbatasan sejumlah guru dan dokter yang dapat mengajar secara aktif karena kebanyakan dari mereka berada di garis depan dan mereka secara aktif bekerja untuk memberikan layanan klinis dengan jadwal kerja yang diatur bergantian.

Jadwal kerja bergantian tersebut dan juga karena residen merupakan bagian dari tim layanan kesehatan dan beberapa bahkan berada di garis depan dan mereka juga memiliki jadwal kerja alternatif di rumah sakit, sehingga kesempatan residen mendapat pengajaran dan pengawasan yang tepat pada saat ini dapat menjadi sangat terbatas dan kita juga harus mempertimbangkan keamanan fisik dan psikologis semua orang yang terlibat, kolega kita, guru dokter kita, peserta didik kita, dan residen kita saat ini. Presiden telah menetapkan kejadian ini sebagai bencana nasional. Keselamatan fisik dan psikologis semua orang dalam bahaya dan tentu saja hal ini lebih relevan bagi para tenaga kesehatan yang berurusan dengan pasien setiap harinya.

Dalam perencanaan asesmen di kondisi konvensional kita perlu memikirkan kapan melakukan asesmen, apa yang akan kita nilai, mengapa kita melakukan asesmen, dimana kita melakukan asesmen dan siapa yang terlibat dalam proses asesmen, serta bagaimana menetapkan standar kelulusan asesmen tersebut, dll. Namun di tengah-tengah pandemi seperti ini ada pertanyaan lain yang perlu kita ajukan, apakah kita perlu melakukan asesmen sekarang. Pertanyaan ini sangat penting karena kita harus menentukan apa prioritas kita sekarang dan apakah mungkin ada hal-hal yang bisa kita tunda dalam masa pandemi ini. Selain itu kita perlu bertanya, apakah data yang ada terkait kinerja peserta didik sudah memadai atau cukup digunakan untuk membuat keputusan. Hal ini akan membantu kita untuk memikirkan lagi apakah kita perlu menilai sekarang atau kita dapat menunda penilaian atau kita tidak menilai sama sekali. Tentu saja konsekuensi penilaian juga perlu menjadi pertimbangan, jika kita menilai peserta didik tahun terakhir di mana taruhannya tinggi, kita perlu sangat berhati-hati dan mempertimbangkan konsekuensinya, baik jangka pendek, maupun jangka panjang, tentu saja terhadap kesehatan masyarakat yang akan dilayani. Jika kita menilai bukan peserta

didik kedokteran tahun terakhir, mungkin kita dapat berpikir untuk menunda karena mereka masih memiliki waktu dan tentu saja itu juga tergantung pada seberapa banyak data yang kita miliki tentang kinerja setiap peserta didik. Sangat penting untuk juga dipikirkan jenis dukungan apa yang dapat institusi berikan baik untuk peserta didik dan residen, atau juga staf pengajar, jika kita tetap bersikeras melakukan OSCE misalnya. Dapatkah kita memastikan keselamatan semua orang yang terlibat, dapatkah kita memastikan keselamatan staf pengajar kita yang akan hadir di sana, dan kita memastikan keamanan peserta didik yang harus menghadiri OSCE. Begitupun dengan dukungan adanya platform *online* serta dukungan psikologis untuk semua orang yang terlibat, sangat penting di era pandemi ini.

Secara keseluruhan kita perlu memikirkan kembali cetak biru asesmen kita. Setelah kita membentuk kembali cetak biru penilaian seperti apa yang akan kita inginkan sekarang, perspektif keberlanjutan penilaian dalam *programmatic assessment* ini cukup membantu bagi kita dari mulai mengajukan pertanyaan tentang apa yang kita ketahui, tentang peserta didik kita, seberapa yakin kita tentang kinerja mereka, dan kemudian setelah itu kita mencoba mengeksplorasi apa yang perlu kita ketahui dari peserta didik kita tentang kinerja mereka, tentang pengetahuan mereka, tentang profesionalisme mereka, tentang sikap mereka, dan sebagainya. Kita pikirkan lagi apa yang mungkin perlu kita lakukan untuk mendapatkan lebih banyak data, mungkin untuk meningkatkan kepercayaan diri kita untuk meluluskan peserta didik dan kemudian kita memikirkan bagaimana perasaan peserta didik, orang tua, maupun kepentingan publik. Di era pandemi ini di mana semua orang mungkin berjuang untuk tetap hidup untuk tetap sehat, kita harus memikirkan perasaan orang lain dan apa konsekuensi yang akan terjadi pada semua orang termasuk staf pengajar, peserta didik, administrator sekolah dan semua pemangku kepentingan. Kita perlu mempertimbangkan setiap konsekuensi yang mungkin terjadi pada semua orang yang terlibat, sebelum memutuskan apa yang harus kita lakukan atau kita bisa lakukan dalam hal penilaian. Cetak biru asesmen seperti apa yang layak dan masih relevan untuk memberikan data yang dibutuhkan, serta risiko asesmen yang dapat muncul juga merupakan salah satu pertimbangan.

Pelajaran yang sangat penting yang dapat kita pelajari saat pandemi ini adalah jangan mengandalkan satu metode asesmen saja. Kita perlu memiliki *programmatic assessment* di mana kita memiliki beberapa titik data yang berasal dari banyak kasus, berbagai konteks, banyak penguji, dan hal ini menyediakan data yang memadai bagi kita untuk membuat keputusan tentang kinerja peserta didik dan residen. Portofolio menjadi lebih penting karena berisi bukti pembelajaran dan kemajuan peserta didik dan ini dapat

mencakup segala sesuatu yang telah mereka pelajari, semua yang telah mereka perbaiki setiap kemajuan dari kinerja yang sederhana menuju ke kinerja lebih baik. Dengan demikian kita dapat lebih percaya diri dalam membuat keputusan. Di dalam portofolio kita dapat melihat bagaimana peserta didik telah merefleksikan kinerja mereka, bagaimana mereka menilai diri mereka sendiri, bagaimana mereka dapat mencari umpan balik serta menanggapi umpan balik dengan benar. Kemudian peserta didik juga dapat merumuskan rencana aksi rencana pembelajaran berdasarkan hasil refleksinya dan ini merupakan sebuah siklus pembelajaran. Portofolio tidak hanya berguna untuk menyimpan semua bukti pembelajaran dan kemajuan peserta didik, tetapi juga merupakan alat yang sangat berguna untuk mendidik peserta didik belajar. Bila kita memiliki semua data dari proses belajar sebelumnya maka berdasarkan seluruh informasi tersebut, keputusan dapat diambil berdasarkan data yang sah (*informed decision making*).

## Q & A

### Q1 *Apa yang penting dalam pelaksanaan kurikulum daring?*

Maastricht University selama ini terkenal dengan sistem pembelajaran berbasis *online*, bahkan sebelum sistem daring mendunia. Seperti juga *Magister in Health Professions Education* yang sejak 1998 sudah berlangsung secara jarak jauh. Demikian juga dengan program *S3 Health Professions Education*. Program jarak jauh berdasarkan “penugasan” yang berarti bahwa Anda harus mempelajari beberapa literatur dan kemudian menerapkannya pada situasi tertentu di mana Anda harus menulis sebuah makalah yang Anda kirimkan kepada staf pengajar Anda dan Anda mendapatkan umpan balik tentang hal itu. “Penugasan” dan “pencarian literatur” adalah inti dari pembelajaran jarak jauh, bukan pada pemberian informasi. Selama ini proses pembelajaran daring di Indonesia mungkin lebih banyak digunakan untuk memberikan informasi di mana peserta didik sebenarnya dapat ditugaskan untuk mencari literatur sendiri dan mengerjakan proyek (*project-based learning*). Sangat penting dalam bekerja seorang peserta didik atau staf pengajar mempunyai rekan kerja yang dekat (*peers* atau teman sebaya) sehingga Anda dapat meminta

umpan balik kepada rekan kerja terlebih dahulu sebelum mengirimkan pekerjaan Anda kepada pembimbing.

**Q<sub>2</sub>** *Berapa banyak “pixel” atau data akan cukup untuk mengukur kompetensi seseorang?*

Jumlah data untuk mengukur kompetensi seseorang tergantung pada jenis saturasi yang kita temukan dalam informasi. Biasanya yang dilakukan adalah Anda memiliki banyak piksel, Anda melihat konsistensi, Anda melihat triangulasi informasi dan jika Anda melihat pola tertentu maka Anda cukup yakin bahwa Anda memiliki poin data yang cukup. Dalam *programmatic assessment*, masalahnya bukan tentang memiliki poin data yang cukup, melainkan lebih banyak tentang kualitas poin data individu, tentang nilai informasi dari poin data individu. Jika Anda memiliki banyak data yang tidak bermakna, tidak berharga poin data tersebut sehingga Anda tidak bisa melakukan banyak hal. Oleh karena itu, mendapatkan umpan balik yang baik merupakan masalah yang sulit karena Anda tahu umpan balik membutuhkan waktu dan keterampilan staf pengajar, terutama jika kita berbicara tentang keterampilan yang kompleks.

**Q<sub>3</sub>** *Bagaimana contoh umpan balik?*

Umpan balik sebagian besar tentang keterlibatan staf pengajar dalam diskusi dengan peserta didik Anda dan mengajukan pertanyaan untuk memulai dialog reflektif. Jadi jika staf pengajar telah mengamati seorang peserta didik pada saat ia melayani pasien, seorang pasien, maka Anda duduk dan mengajukan pertanyaan, kepada peserta didik bukan? Anda mengajukan pertanyaan seperti, “Apa yang Anda pikirkan?” “Kenapa kamu memikirkan itu?” “Apa lagi yang bisa Anda pikirkan?” “Apakah Anda tahu respon pasien ketika Anda mengatakan ini?” “Bagaimana Anda bisa melakukan hal tersebut secara berbeda di lain waktu, dengan lebih baik?” Mungkin bagi budaya Indonesia umpan balik terdengar seperti pendekatan satu arah tetapi tidak, itu adalah dialog dengan peserta didik.

**Q 4** *Bagaimana memulai percakapan dalam budaya Indonesia yang minim dialog?*

Kuncinya adalah program pelatihan dengan klinisi tentang bagaimana cara memberikan “*feedback*”, berbagai pertanyaan yang mereka gunakan adalah kemampuan yang mirip dengan keterampilan komunikasi dokter-pasien. Mengajukan pertanyaan terbuka, memeriksa informasi yang telah dipahami, menanyakan tentang perasaan-perasaan tertentu dengan meringkas. Keterampilan dialog dalam umpan balik sangat mirip dengan keterampilan dokter-pasien Anda.

**Q 5** *Berapa banyak peserta didik yang harus diurus oleh mentor?*

Sekitar 10 peserta didik dalam kasus kami namun hanya itu hanya karena masalah sumber daya manusia dan finansial.

**Q 6** *Bagaimana dengan ujian nasional yang telah ada di Indonesia?*

Kita perlu memastikan bahwa sekolah kedokteran dapat melakukan evaluasi belajar yang terencana seperti *programmatic assessment* dengan umpan balik atau dialog dua arah antara guru dan murid sebagai kuncinya. Selain itu kita perlu mengembangkan portofolio dan hal itu cukup menantang, sebuah tantangan bagi staf pengajar untuk menyediakan waktu untuk melihat apa yang peserta didik telah refleksikan dan mereka perlu punya waktu untuk memberikan umpan balik. Banyak staf pengajar tidak melihat portofolio ini sebagai sesuatu yang penting, mereka tidak melihat umpan balik ini sangat penting karena masih berfokus pada sumatif, misal melalui ujian MCQ. Dimulai dari kita sebagai staf pengajar, kita akan mengirim pesan tidak tertulis kepada peserta didik tentang apa yang penting. Jika umpan balik dianggap penting, berikan kepada mereka umpan balik reflektif sehingga mereka dapat melihat bagaimana umpan balik bekerja untuk kemajuan mereka sendiri. Apakah sekolah-sekolah cukup berani untuk memiliki lebih banyak poin data, penilaian yang lebih formatif yang tidak terlalu mengandalkan pada akhir semester atau akhir blok sehingga data dihasilkan dengan cara yang tepat dan juga kesiapan untuk menyediakan lebih

banyak pembimbing yang dapat memberikan umpan balik?

Penerapan metode asesmen formatif akan memakan waktu yang lama karena staf pengajar perlu memahami mengapa mereka harus berubah dan fokus penilaian saat ini yang masih banyak pada akuisisi pengetahuan, misal pilihan ganda. Ujian nasional hanya dapat fokus pada pengetahuan terstandar, mungkin penilaian OSCE, tapi itu saja sudah mencerminkan fakta bahwa pendidikan kedokteran berbasis kompetensi membutuhkan lebih dari hal-hal yang mereka dapat nilai dengan cara terstandar. Bagaimana dengan ujian buku terbuka? Karena pada dasarnya saat ini pengetahuan dapat diakses melalui ponsel kita semua jika kita membutuhkannya. Itulah yang seharusnya kita lakukan. Mengapa kita perlu memaksakan begitu banyak pengetahuan pada peserta didik kedokteran, sementara ilmu pengetahuan saat ini sedang berkembang terus dan dapat kita akses melalui perangkat *gadget*? Kita mungkin membutuhkan banyak waktu sebelum kita bergerak menjauh dari pendekatan tradisional seperti modul pemberian informasi, menguji peserta didik, dan seterusnya. Apakah kita dapat meyakinkan para pemangku kepentingan untuk bergerak bersama dan memahami mengapa mereka harus berubah? Alasan mengapa kita harus memulai sekarang adalah jika kita tidak memulai sekarang maka kita tidak akan mulai.

## **Q7** *Bagaimana kita tahu bahwa peserta didik menguasai keterampilan medik?*

Kecenderungan kita untuk menjauh dari pendekatan klasik yaitu dengan pelatihan keterampilan dan kemudian Anda mengadakan uji keterampilan atau OSCE pada akhir tahun. Kita harus bergerak dari pemikiran tradisional tersebut. Dalam *programmatic assessment*, kita lakukan pembagian kelompok tahun, dalam kelompok-kelompok yang lebih kecil, dan masing-masing kelompok yang lebih kecil ini memiliki pengajar keterampilan tertentu. Begitu peserta didik telah mempelajari keterampilan klinis tertentu dan siap untuk diamati, peserta didik dapat mencatatkan diri kepada staf pengajar untuk mendapatkan sesi umpan balik tentang keterampilan klinis tersebut. Jadi, dalam hal ini, peserta didik lah yang lebih aktif untuk mengajukan diri ke staf pengajar untuk mendapatkan umpan balik.

Dalam situasi pandemi ini, sangat sulit, karena staf pengajar dan peserta didik dalam jarak yang jauh. Misalnya, untuk keterampilan auskultasi, setiap peserta didik memiliki stetoskop mereka sendiri sehingga beberapa keterampilan dapat dilakukan dengan sistem *online*, tetapi beberapa dari mereka tidak punya. Jadi untuk wilayah yang tidak dalam zona merah dalam situasi pandemi, beberapa inovasi harus dilakukan. Sebagai contoh jika pemerintah kita sekarang hanya membuat pertemuan hingga 10 orang maka kita dapat menjadwalkan peserta didik ke dalam kelompok yang lebih kecil. Atau, mereka *role-play* dengan anggota keluarga yang berkenan, misal kakak atau adik. Selain itu, sebenarnya keterampilan sederhana itulah yang sering digunakan dalam praktik medik sehari-hari, yang sangat mendukung penegakkan diagnosis, misalnya keterampilan auskultasi, keterampilan komunikasi. Keterampilan seperti *endotracheal tube*, yang sangat digemari oleh peserta didik kedokteran; karena mungkin bagi mereka tampak seolah-olah seperti dokter sesungguhnya yang “*saving lives*”, sebenarnya sangat jarang dilakukan di praktik sehari-hari. Kalaupun dilakukan, itu di rumah sakit dan oleh residen yang telah cukup senior.

### Q 8 *Apakah Indonesia siap melakukan evaluasi belajar terencana?*

Begitu banyak sekolah di seluruh dunia sekarang berubah menuju pendekatan *programmatic assessment*. Sekarang ini adalah masa pandemi, ini adalah keadaan yang sangat luar biasa, semua ini tentang berubah ke arah budaya yang berbeda dan mengubah ke budaya yang berbeda itu sulit dan bahkan lebih sulit bagi Indonesia yang harus memiliki pendekatan budaya khusus. Namun hal ini mirip ketika kita semua memulai pembelajaran berdasarkan masalah (PBL). Dari sistem tradisional ke pendekatan PBL juga merupakan perubahan budaya besar dan PBL telah berevolusi, dan PBL selalu berubah selama lebih dari 40 tahun. PBL telah diimplementasikan di banyak negara di belahan dunia dengan berbagai macam budaya dengan banyak sumber daya yang berbeda. PBL tetap dapat dilakukan dalam banyak konteks yang berbeda. Hal yang sama akan berlaku untuk *programmatic assessment*. Akan sangat menarik untuk mengetahui seperti apa penerapan

*programmatic assessment* dalam pendekatan budaya Asia Tenggara.

Bila terdapat pendapat bahwa kita perlu memiliki ujian nasional dan kemudian secara bersamaan bergerak menuju *programmatic assessment*, maka menanganinya keduanya akan sangat kompleks. Bila kita ingin benar-benar bergerak menuju pendidikan kedokteran berbasis kompetensi, kita perlu melangkah lebih jauh dalam hal penilaian, maka kita tidak dapat menilai semuanya dengan pertanyaan pilihan ganda. Kita harus berani merenungkan memilih sistem penilaian dokter di Indonesia yang telah ada selama ini.

### Q 9 *Bagaimana menyiapkan staf pengajar untuk programmatic assessment?*

Di FKUI, kami sudah mulai menerapkan praktik reflektif di beberapa titik dalam masa pendidikan peserta didik. Pembelajaran tersebut membantu peserta didik untuk merefleksikan diri dan hal itu juga mendorong para staf pengajar untuk memberikan umpan balik yang lebih reflektif. Kami juga memiliki modul pembelajaran profesionalisme dan atribut afektif lainnya. Domain *soft skills* membutuhkan lebih banyak umpan balik dibandingkan dengan domain ilmu pengetahuan, seperti terkait profesionalisme, mawas diri, dan sebagainya. Jadi dengan memasukkannya ke dalam kurikulum dan memberikan mereka modul profesionalisme dalam kurikulum, kita mengharuskan staf pengajar untuk memberikan umpan balik pada kinerja peserta didik dalam domain tersebut, maka kita secara bertahap mulai melihat semakin banyak staf pengajar yang mampu memberikan umpan balik begitupun teman sebaya juga memberikan umpan balik.

### Q 10 *Apakah ada standarisasi untuk programmatic assessment?*

Di dalam PA, untuk mendapatkan poin data individual, tidak perlu melakukan banyak pengaturan standarisasi. Dengan memberikan informasi relatif kuantitatif, jadi jika seorang peserta didik memiliki tes pilihan ganda, ia akan mendapatkan informasi kuantitatif, skor peserta didik tersebut akan dibandingkan dengan kelompok lain, sehingga ia akan tahu di mana ia berada secara relatif dibandingkan dengan kelompok lainnya. Di dalam PA, informasi yang lebih rinci seperti



bagaimana kinerja peserta didik sesuai dengan cetak biru ujian, sehingga peserta didik dapat melihat di area mana ia lebih baik dan di area mana ia perlu perbaikan. Informasi naratif berbicara untuk dirinya sendiri, bukan?

Standardisasi bukan terletak pada peserta didik, tetapi mungkin terletak pada kemampuan staf pengajar memberikan umpan balik yang didapat melalui beberapa kali pelatihan yang berkesinambungan. Meskipun demikian, berbagai pusat-pusat pendidikan kedokteran seperti di Australia, Kanada, dan Belanda, mereka mengakui ada banyak variasi pengajar/perseptor yang berbeda dan justru hal itu akan berkontribusi terhadap pengayaan dan pengembangan peserta didik itu sendiri, bagaimana ia merespon dan merenungkan umpan balik secara reflektif, untuk pengembangan dirinya, dan bukan untuk menyalahkan orang lain.

Keputusan besar pada akhir tahun, akan dilakukan dalam sebuah komite dan komite akan menentukan standar pencapaian. Berdasarkan deskripsi naratif dari kompetensi yang peserta didik kuasai dalam periode waktu tertentu dalam kurikulum, mereka membuat keputusan untuk peserta didik tersebut dalam melanjutkan ke tahun berikutnya, atau mengulang pencapaian tertentu. Keputusan tersebut merupakan penilaian profesional berdasarkan banyak data.

### **Q 11** *Penilaian “sejawat” dalam programmatic assessment*

Bila kita berbicara tentang kemungkinan penilaian sumatif, orang mulai bermain-main. Apakah Anda berpikir menilai sejawat menggunakan skor? Jika kita melakukan penilaian sejawat tentang profesionalisme, kita menginginkan peserta didik kita untuk memberikan informasi, informasi naratif bukan skor. Permainan yang berjalan selama ini adalah benar adanya untuk lingkungan penilaian yang sangat sumatif, dengan angka.

### **Q 12** *Bagaimana mempercayai penilaian daring?*

Integritas peserta didik dalam ujian yang diselenggarakan melalui sistem daring perlu diperhatikan. Ada beberapa metode untuk mengidentifikasi kecurangan untuk peserta didik terutama untuk soal pilihan ganda yang saat ini sangat

dominan dalam pendidikan kedokteran. Beberapa indeks dapat digunakan seperti Response Similarity Analysis (Sideridis GD, 2018). Kita juga memiliki beberapa eksperimen dengan ujian yang mensyaratkan peserta ujian menggunakan kamera laptop di depan dan kamera *mobile-phone* di belakang sehingga pengawas ujian dapat memantau peserta ujian selama proses ujian *online*. Teknologi yang ada juga memungkinkan untuk memfasilitasi pengawasan ujian dengan beberapa cara seperti identifikasi gestur peserta ujian.

### Q 13 *Bagaimana menghindari 'bias' dalam umpan balik naratif?*

Kita perlu berpikir dari sudut pandang *programmatic assessment*, kita tidak terlalu khawatir tentang subjektivitas, karena poin data penilaian per individu akan sangat banyak, ada banyak lembaran rapor, atau lembaran untuk dikumpulkan dalam portfolio. Kemudian dalam pengumpulan data agregasi untuk pengambilan keputusan yang lebih penting, maka disinilah bias menjadi masalah yang penting sehingga Anda mengambil langkah-langkah yang dapat mengurangi bias dari setiap pengambilan keputusan (bukan dalam setiap pengumpulan poin data individu).

Pengurangan bias dalam pengambilan keputusan yang berisiko tinggi adalah melalui konsensus oleh sekelompok ahli yang menyepakati keputusan tertentu. Salah satu tugas komite adalah mengajukan pertanyaan-pertanyaan buruk, 'mengapa ini', 'mengapa itu', dan kemudian dijawab bersama-sama oleh seluruh anggota komite berdasarkan data yang terkumpul.

### Referensi

1. CAN-MED. <https://cou.ca/wp-content/uploads/2010/01/COU-Future-of-Medical-Education-in-Canada-A-Collective-Vision.pdf>
2. Cilliers, F.J., Schuwirth, L.W.T., Herman, N. *et al.* A model of the pre-assessment learning effects of summative assessment in medical education. *Adv in Health Sci Educ* 17, 39–53 (2012). <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9292-5>
3. Claramita, M., Nugraheni MD., van Dalen J., van der Vleuten, C. (2013). Doctor-patient communication in Southeast Asia: a different culture? *Advances in Health Sciences Education* 18(1):15-31
4. DIKTI. 2019. <http://11dikti12.ristekdikti.go.id/wp-content/uploads/2019/01/III.2-DITJEN-KELEMBAGAAN-PJJ-RAKER-2019-1.pdf>.
5. Driessen E, Van Tartwijk J, Van Der Vleuten C, Wass V. Portfolios in medical education: why do they meet with mixed success? A systematic

- review. *Medical education* 2007. 41 (12), 1224-1233
6. Harrison, C.J., Könings, K.D., Schuwirth, L.W.T. *et al.* Changing the culture of assessment: the dominance of the summative assessment paradigm. *BMC Med Educ* 17, 73 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0912-5>
  7. Van der Vleuten, C. P., & Schuwirth, L. W. (2005). Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical Education*, 39(3), 309-317.
  8. Hilton M and Pellegrino J (Eds), National Research Council 2012. Education for Life and Work Developing Transferable Knowledge and Skills in the 21<sup>st</sup> Century. Washington DC: The National Academic Press. <https://doi.org/10.17226/13398>
  9. Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of Mind*. New York: McGraw Hill.
  10. Hofstede, G. (1986). Cultural differences in teaching and learning. *International Journal of Intercultural Relations* 10(3):301-320
  11. Goh P, SAndars J. A vision of the use of technology in medical education after the Covid-19 pandemic MedEdPublish. <https://doi.org/10.15694/mep.2020.000049.1>
  12. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9 Suppl):S63-S67. doi:10.1097/00001888-199009000-00045
  13. Nugraheny E, Claramita, M., Rahayu, G. R., Kumara, A. (2016). Feedback in the non shifting context of the midwifery clinical education in Indonesia: A mixed methods study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 21(6): 628-634
  14. Sideridis GD, Z. (. (2018). Validation of Response Similarity Analysis for the Detection of Academic Cheating: An Experimental Study. *Journal of Applied Measurement*, 19(1):59-75.
  15. Silawani S, 2019. Problems in the implementation of problem-based learning in different culture of paternalism-collectivistic and egalitarian-individualistic: a systematic review. A master theses submitted to Medical and Health Professions Education study program, Faculty of Medicine, Public Health and Nursing, Universitas Gadjah Mada. [http://lib.ugm.ac.id/ind/?page\\_id=248](http://lib.ugm.ac.id/ind/?page_id=248)
  16. StAndar Kompetensi Dokter Indonesia / SKDI 2012 [http://www.kki.go.id/assets/data/arsip/SKDI\\_Perkonsil\\_11\\_maret\\_13.pdf](http://www.kki.go.id/assets/data/arsip/SKDI_Perkonsil_11_maret_13.pdf)
  17. Suhoyo, Y., Schönrock-Adema, J., Emilia, O., Kuks, J. B. M., Cohen-Schotanus, J. (2018). Clinical workplace learning: perceived learning value of individual and group feedback in a collectivistic culture, *BMC Medical Education* 18:79
  18. Susilo AP, Van Dalen J, Scherpbier A, Tanto S, Yuhanti P, Ekawati N. Nurses' roles in informed consent in a hierarchical and communal context. *Nurs Ethics*. 2013;20(4):413-425. doi:10.1177/0969733012468467
  19. Van der Vlueten CPM and Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical Education* 2005. 39(3): 309-317 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02094.x>

# 5

## Rancangan Instruksional untuk Adaptasi Pendidikan Profesi Kesehatan dalam Pandemi Covid-19: Pendekatan 4C/ID

### **PENULIS**

**Astrid Pratidina Susilo<sup>1,2</sup>, Jeroen van Merriënboer<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Universitas Surabaya, Surabaya, Indonesia

<sup>2</sup> RSUD A. Wahab Sjahranie, Samarinda, Indonesia

<sup>3</sup> Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

### Sumber:

Webinar title: *Time to Reflect on the Adaptation of the Instructional Design for Online Education: The 4C/ID Approach* – 30 April 2020. <https://zoom.us/j/985980808>

Bab ini bertujuan untuk memperkenalkan model *Four Components Instructional Design*, contoh pelatihan yang telah dirancang berdasarkan 4C/ID, dan Q&A tentang implementasi model. Beberapa istilah pendidikan yang lebih dikenal dalam bahasa Inggris tidak diterjemahkan dalam bahasa Indonesia supaya lebih mudah dipahami. Istilah pembelajar (*learner*) digunakan secara bergantian dengan mahasiswa (*student*) dan peserta didik dengan menyesuaikan konteks pembahasan.

Sebagai pembuka, silahkan menjawab pertanyaan di Kotak 1.

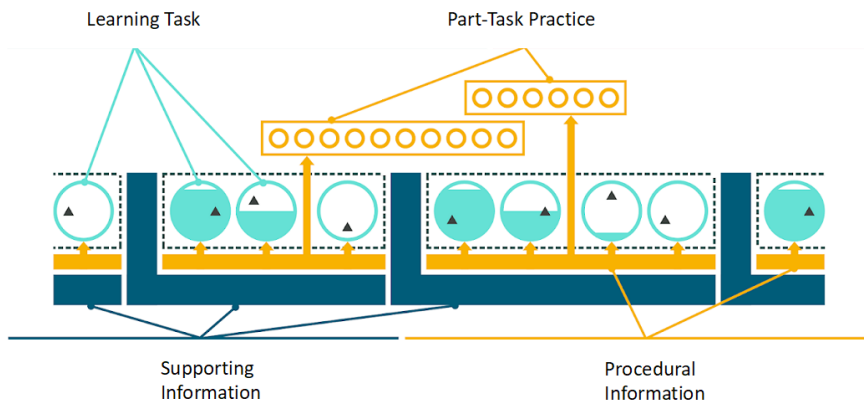
#### ■ KOTAK 1. Pertanyaan pembuka

1. Komponen terpenting dalam pendidikan yang baik adalah:
  - a. Umpan balik yang diterima mahasiswa pada kinerja tugas mereka.
  - b. Informasi yang disajikan bagi mahasiswa.
  - c. Tugas-tugas yang dilakukan oleh mahasiswa.
  - d. Ketiga komponen (a, b dan c) diperlukan untuk pembelajaran jangka panjang.
  
2. Pembelajaran jarak jauh yang baik:
  - a. Selalu inferior dibandingkan dengan pendidikan tatap muka
  - b. Didasarkan pada prinsip-prinsip pembelajaran yang persis sama dengan pendidikan tatap muka, meskipun berbeda dalam cara penyampaian informasi, tugas, dan umpan balik kepada mahasiswa
  - c. Didasarkan pada prinsip-prinsip pembelajaran lain dibandingkan dengan pendidikan tatap muka, karena pada dasarnya berbeda dari pendidikan daring
  - d. Menawarkan kesempatan belajar yang persis sama dengan pendidikan tatap muka

Jawaban tersedia di akhir bab ini.

## Prinsip 4C/ID

4C/ID adalah singkatan dari *Four Components Instructional Design*. Elaborasi lengkap model ini dapat terdapat di situs web <https://www.4cid.org/> dan dua buku. Pertama, “*Training Complex Cognitive Skills*” (van Merriënboer, 1997) yang berisi deskripsi psikologis dari latar belakang model. Kedua, “*Ten Steps to Complex Learning*” (van Merriënboer & Kirschner, 2018), saat ini edisi ketiga, memberikan penjelasan tentang pengembangan pendidikan berdasarkan 4C/ID. Asumsi utama model 4C/ID adalah bahwa pendidikan yang baik yang ditujukan untuk pengembangan kompetensi profesional atau keterampilan kompleks dibangun dari empat komponen saling terkait. Komponen-komponen tersebut adalah sebagai berikut. Pertama, tugas pembelajaran (*learning task*), yang menjadi tulang belakang program pendidikan. Kedua, informasi penunjang (*supportive information*) membantu mahasiswa untuk melakukan pemecahan masalah dan penalaran pada aspek yang berbeda antar tugas pembelajaran. Ketiga, informasi prosedural (*procedural information*) membantu mahasiswa untuk melakukan aspek rutin dari tugas pembelajaran, yaitu aspek tugas pembelajaran yang selalu sama. Komponen keempat disebut *part-task practice*. *Part-task practice*, adalah proses latihan bagian tugas pembelajaran, diperlukan untuk memberikan latihan tambahan untuk aspek-aspek rutin dari tugas pembelajaran yang penting dan perlu dilakukan secara otomatisasi (Frerejean et al., 2019, Vandewaetere et al., 2015, van Merriënboer, 1997, van Merriënboer & Kirschner, 2018). Presentasi skematis 4C/ID terdapat pada Gambar 1.



**GAMBAR 1.** Presentasi Skematis 4C/ID

Sumber: Dimodifikasi dari [www.4cid.org](https://www.4cid.org/), Frerejean et al., 2019, van Merriënboer & Kirschner, 2018

## ■ Tugas pembelajaran (*learning task*)

Mahasiswa hanya dapat mengembangkan kompetensi dengan mengerjakan tugas pembelajaran. Dalam presentasi skematik, tugas-tugas pembelajaran ini digambarkan sebagai **lingkaran besar**. Dalam pengembangan suatu program pendidikan atau seluruh kurikulum, tugas pembelajaran adalah serangkaian tugas yang dikerjakan oleh mahasiswa. Tugas pembelajaran adalah istilah yang sangat umum. Tugas dapat berupa masalah, seperti pada *problem-based learning*, pembelajaran berbasis proyek, studi kasus atau skenario.

Ada beberapa persyaratan penting untuk tugas pembelajaran yang dirancang sesuai dengan model 4C/ID. Tugas didasarkan pada aktivitas kehidupan nyata yang otentik (***authentic real-life task***) dan bersifat utuh (***whole-task***). Contoh dalam ranah medis adalah tugas-tugas profesional yang dilakukan perawat, dokter, farmasis, atau dokter gigi dalam praktik klinis. Tugas yang bersumber dari kehidupan nyata akan menjadi tugas yang menarik untuk mengembangkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap secara utuh dan terintegrasi. Daya tarik bagi pengembangan pengetahuan, keterampilan, dan sikap dianggap penting karena membantu mahasiswa untuk mengembangkan kompetensi.

Tugas pembelajaran dapat diberikan secara daring (*online*) maupun luring (*offline*). Tidak ada perbedaan mendasar antara keduanya. Dalam situasi luring, kita dapat menerapkan *role-play*, *project-based task*, *problem-based learning*, atau *work-based learning*. Dalam konteks simulasi, tugas juga dapat berupa skenario dalam laboratorium keterampilan menggunakan simulasi berfidelitas tinggi. Tugas pembelajaran setara yang dapat dilakukan secara daring misalnya *project-based task* atau *problem-based learning*, atau skenario dalam simulasi berbasis komputer atau permainan (*gaming environment*). Jadi dari sisi pembelajaran, lingkungan daring maupun luring sebanding, yang berbeda adalah cara penyampaiannya.

Selanjutnya, dalam model 4C/ID, ada sejumlah persyaratan untuk tugas pembelajaran dan persyaratan terkait dengan variasi dan urutan tugas berdasarkan kompleksitas, serta jumlah dukungan dan bimbingan. Persyaratan pertama adalah **variasi**. Dalam Gambar 1, variasi ditunjukkan oleh **segitiga-segitiga kecil** dalam tugas pembelajaran yang selalu berada pada posisi yang berbeda. Variasi tugas pembelajaran berarti bahwa tugas pembelajaran dalam pendidikan berbeda satu sama lain pada semua dimensi. Tugas profesional otentik di dunia nyata juga berbeda satu sama lain. Ketika tugas pembelajaran dalam pendidikan atau kurikulum bervariasi, peserta didik dapat mengembangkan skema kognitif generik abstrak atau representasi kognitif yang memungkinkan mereka untuk mengenali dan mengerjakan tugas-tugas lain baru.

Melalui variasi, mahasiswa mengembangkan pengetahuan generik yang memungkinkan mereka untuk mengenali situasi baru sesuai dengan skema. Inilah yang ingin dicapai dalam pendidikan, kemampuan untuk mengenali sesuatu yang belum pernah dilihat sebelumnya dan tahu bagaimana menghadapinya. Setiap pasien adalah unik. Untuk dapat mengobati atau mendiagnosis pasien baru, dibutuhkan pengalaman dengan banyak pasien yang berbeda yang memungkinkan peserta didik untuk mengembangkan pengetahuan yang diperlukan untuk menghadapi kasus baru. Tugas pembelajaran dalam program pendidikan harus representatif untuk tugas yang kita hadapi di dunia nyata. Variabilitas atau variasi adalah persyaratan utama untuk tugas-tugas pembelajaran dalam suatu pendidikan.

Persyaratan kedua, yang sangat penting untuk program pendidikan jangka panjang adalah **urutan kompleksitas**. Tugas-tugas yang relatif sederhana diletakkan di tahap awal, tugas-tugas yang lebih kompleks di fase lanjut. Walaupun mahasiswa segera diperkenalkan pada tugas pembelajaran dalam kehidupan nyata yang otentik, tugas yang diberikan adalah tugas paling sederhana yang dapat ditemui oleh seorang profesional di dunia nyata. Setelah itu, kompleksitas tugas perlahan-lahan ditingkatkan sampai saat mahasiswa lulus di akhir program, mahasiswa telah mencapai kompetensinya. Konsep ini dapat digambarkan sebagai kurikulum spiral. Dalam representasi skematis di gambar 1, setiap tingkat kompleksitas disebut sebagai kelas penugasan (*task class*), yang digambarkan dengan **kotak bergaris titik-titik** yang mengelilingi beberapa tugas pembelajaran. Pada setiap tingkat kompleksitas dibutuhkan variasi antar tugas pembelajaran untuk membantu mahasiswa mengembangkan pengetahuan generik untuk diaplikasikan di dunia kerja, atau dalam pendidikan disebut **transfer**.

Persyaratan ketiga adalah **tingkat dukungan dan bimbingan**. Sementara mahasiswa beralih dari tugas-tugas sederhana ke tugas-tugas yang lebih kompleks, jumlah dukungan dan bimbingan yang diberikan juga berbeda-beda. Ini ditunjukkan dengan isi lingkaran yang berwarna biru, yang berkurang dari tugas satu ke tugas lain. Jumlah atau tingkat dukungan dan bimbingan ini dikurangi secara bertahap sampai mahasiswa dapat melakukan tugas tanpa dukungan apa pun. Di akhir suatu kelas penugasan, mahasiswa dapat menunjukkan bahwa mereka mampu melakukan tugas secara mandiri tanpa bantuan dari seorang pengajar atau fasilitator atau tanpa bantuan dari materi pengajaran.

Ketika mahasiswa beralih ke kelas penugasan dengan tingkat kompleksitas yang lebih tinggi, dukungan dan bimbingan kembali diberikan dalam jumlah banyak (ditunjukkan dalam lingkaran yang hampir penuh), kemudian secara bertahap diturunkan. Ini adalah prinsip penting dalam pengembangan program pendidikan



jangka panjang. Selain peningkatan kompleksitas tugas dari yang sederhana menjadi kompleks, terdapat penurunan tingkat dukungan dan bimbingan yang diberikan kepada mahasiswa (Frerejean et al., 2019, Vandewaetere et al., 2015, van Merrienboer & Kirschner, 2018). Misalnya, di awal mahasiswa mendapat contoh atau mendapat lembar kerja yang membantu mereka melakukan tugas. Setelah berlatih dengan contoh dan lembar kerja, mereka dapat melakukan secara mandiri. Ketika mahasiswa menunjukkan bahwa mereka dapat melakukan tugas pembelajaran secara mandiri, kelas penugasan dapat dilanjutkan ke tingkat kompleksitas yang lebih tinggi.

Banyak teori pembelajaran yang selaras dengan prinsip di atas, misalnya, pengurangan dukungan dan bimbingan terkait erat dengan “zona perkembangan proksimal”, sebuah istilah yang diciptakan oleh Lev Vygotsky. Vygotsky berefleksi tentang kapan mahasiswa paling banyak belajar dan menemukan bahwa mahasiswa paling banyak belajar ketika melakukan tugas yang sedikit lebih sulit bagi mereka sehingga mahasiswa merasa tertantang. Namun berkat dukungan pengajar maupun sesama peserta didik, mahasiswa mampu melakukan tugas tersebut (Vygotski, 1978). Model 4C/ID menawarkan tingkat dukungan dan bimbingan yang tepat yang dibutuhkan mahasiswa: tidak terlalu banyak atau terlalu sedikit. Untuk mendapatkan hasil pembelajaran yang optimal, dukungan dibutuhkan untuk membantu mahasiswa menyelesaikan tugas yang relatif sulit dan menantang.

Di awal, dukungan dan bimbingan banyak diberikan, misalnya dalam bentuk contoh atau lembar kerja. Dukungan dan bimbingan dikurangi sampai mahasiswa dapat melakukan tugas secara mandiri. Proses ini disebut *scaffolding* atau penyanggaan, suatu istilah yang diambil dari bidang konstruksi bangunan. Saat mendirikan suatu bangunan, kita membuat suatu tiang penyangga. Penyangga ini akan pelan-pelan diturunkan sejalan dengan bangunan yang makin lama makin ditinggikan (Frerejean et al., 2019, Vandewaetere et al., 2015, van Merrienboer & Kirschner, 2018).

## Informasi penunjang (*supporting information*)

Komponen kedua adalah informasi penunjang. Mahasiswa membutuhkan pengetahuan dan teori untuk dapat mengerjakan tugas pembelajaran. Informasi penunjang adalah semua informasi yang diberikan kepada mahasiswa untuk membantu mereka dalam aspek pemecahan masalah dan penalaran tugas. Informasi penunjang membantu mahasiswa membangun **model mental**

(*mental model*) dan *strategi kognitif (cognitive strategy)*. Contoh model mental dalam pendidikan dokter adalah pengetahuan tentang berbagai penyakit dan mekanisme kerja obat. Selain itu, mahasiswa juga membutuhkan pengetahuan tentang strategi kognitif, yaitu pendekatan sistematis untuk pemecahan masalah. Contohnya, ketika menangani pasien, seorang dokter harus melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisis, merumuskan kebutuhan pemeriksaan laboratorium dan menginterpretasikan hasilnya, dan kemudian menyusun rencana terapi serta melakukan evaluasi (Vandewaetere et al., 2015, van Merriënboer & Kirschner, 2018).

Jenis ketiga dari informasi penunjang adalah **umpan balik kognitif**. Umpan balik kognitif membantu mahasiswa merefleksikan secara kritis performa mereka sendiri dan membandingkan dengan performa para ahli atau mahasiswa lain. Umpan balik kognitif juga merupakan bagian dari informasi penunjang yang dapat membantu mahasiswa mengembangkan model mental dan strategi kognitif. Pada representasi skematik model 4C/ID, informasi penunjang ini ditunjukkan dalam **gambar berbentuk L**, yang menunjukkan bahwa informasi penunjang dapat diberikan sebelum dan selama mahasiswa mengerjakan tugas pembelajaran. Dalam pembelajaran berbasis proyek (*project-based learning*), misalnya, mahasiswa dapat membaca referensi atau mengikuti kuliah sebelum mengerjakan suatu proyek (Vandewaetere et al., 2015, van Merriënboer & Kirschner, 2018). Dalam pembelajaran berbasis masalah (*problem-based learning*), mahasiswa mempelajari masalah dan mendefinisikan masalah belajar mereka lebih dahulu, kemudian mencari dan mempelajari informasi penunjang yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah.

Dalam 4C/ID, informasi penunjang dapat diberikan sebelum dan saat mengerjakan tugas pembelajaran. Untuk mahasiswa dengan pengetahuan terbatas, misalnya mahasiswa tahun pertama, proses dapat dimulai dengan pemberian masalah. Untuk mahasiswa dengan tingkat pengetahuan lebih tinggi, proses lebih baik dimulai dengan pemberian informasi penunjang. Informasi penunjang akan lebih mudah dipahami dan kita dapat membantu menghubungkan dengan pengetahuan yang dimiliki telah dimiliki oleh mahasiswa (Frerejean et al., 2019, Vandewaetere et al., 2015, van Merriënboer & Kirschner, 2018).

Pada pembelajaran luring, informasi penunjang dalam pendidikan tatap muka tradisional sering diberikan melalui kuliah, membaca referensi, atau menggunakan visualisasi seperti model fisik skeleton (misalnya untuk belajar anatomi). Dalam pendidikan daring, informasi penunjang dapat diberikan dalam bentuk potongan video atau presentasi. Contoh lain penyajian informasi penunjang secara daring adalah penggunaan *hyper-media* (teks online dengan *hyperlink* yang dapat diklik untuk mengakses teks lain),

*microworlds* (simulasi domain konseptual yang memungkinkan mahasiswa untuk mengeksplorasi aturan atau prinsip-prinsip), media sosial, atau animasi komputer.

## Informasi prosedural (*procedural information*)

Komponen ketiga adalah informasi prosedural. Jika informasi penunjang berkaitan dengan aspek penyelesaian masalah dan penalaran tugas, informasi prosedural berkaitan dengan aspek rutin tugas. Dalam pendidikan dokter, kita sering menggunakan kasus pasien. Setiap pasien unik, masing-masing pasien akan berbeda dari pasien lain, sehingga terdapat variabilitas yang dibutuhkan untuk mengembangkan keterampilan yang dapat ditransfer saat peserta didik bekerja.

Walaupun ada variasi antar tugas pembelajaran, ada aspek rutin yang selalu sama, misalnya auskultasi, pengukuran tekanan darah, resusitasi jantung paru. Untuk menunjang aspek rutin ini, informasi prosedural disediakan sebagai “*how-to information*” yang membantu menentukan cara melakukan rutinitas. Berbeda dengan informasi penunjang yang sebaiknya disajikan dalam buku atau dalam kuliah, informasi prosedural paling baik disajikan “*just in-time*” ketika mahasiswa melakukan tugas. Sering kali seorang pengajar ‘melihat dari balik bahu mahasiswa’ (*looking over the shoulder*)” dan menunjukkan apa yang harus dilakukan sesuatu urutan atau memberikan umpan balik korektif dengan mengatakan “yang Anda lakukan kurang tepat, Anda harus melakukannya seperti ini”. Umpan balik korektif (*corrective feedback*) paling baik disediakan tepat pada waktunya (*just-in-time*), tepat pada saat mahasiswa membutuhkannya. Dalam presentasi skematis, informasi prosedural disajikan dalam bentuk **kotak dan panah jingga** terkait dengan tugas pembelajaran sehingga disajikan kepada mahasiswa ketika dibutuhkan untuk menyelesaikan tugas (Frerejean et al., 2019, Vandewaetere et al., 2015, van Merriënboer & Kirschner, 2018).

Dalam pembelajaran tatap muka tradisional atau luring, informasi prosedural dapat disediakan oleh instruktur yang ‘melihat dari balik bahu mahasiswa’, berupa buku pedoman, daftar periksa, alat bantu, atau *quick reference guide*. Informasi prosedural diberikan kepada mahasiswa saat mereka melakukan tugas (Frerejean et al., 2019, Vandewaetere et al., 2015, van Merriënboer & Kirschner, 2018). Dalam pembelajaran daring, informasi prosedural dapat berupa instruksi atau bantuan pekerjaan secara *online*, atau sistem bantuan atau teknologi seluler atau *augmented reality*. Contoh *augmented reality* adalah arahan yang dapat

dilihat melalui *Google Glasses* saat seseorang sedang mengerjakan tugas. Dengan demikian, penyajian informasi prosedural secara fundamental berbeda dari penyajian informasi penunjang.

## **Part-task practice**

Komponen keempat berkaitan dengan aspek tugas rutin dari tugas pembelajaran yang perlu dilakukan secara otomatis. Tugas rutin ini perlu dipraktikkan tanpa berpikir, dan sering kali berkaitan dengan aspek keselamatan yang merupakan bagian penting suatu pekerjaan. Tugas rutin ini dipilih untuk dilatihkan secara terpisah dari tugas pembelajaran, sehingga disebut sebagai *part-task practice*. Contohnya adalah latihan resusitasi jantung paru atau latihan dengan *part-task trainer* untuk ahli bedah, untuk mempraktikkan keterampilan ketangkasan (*dexterity skills*).

*Part-task practice* harus diperkenalkan dalam konteks kognitif yang baik, yaitu dalam konteks keseluruhan tugas yang utuh (*whole-task*). Dengan cara ini, mahasiswa akan memahami makna *part-task practice* ini dalam melakukan seluruh tugas. *Part-task practice* dilatihkan secara berulang sampai mahasiswa dapat melakukan tanpa sadar (Frerejean et al., 2019, Vandewaetere et al., 2015, van Merriënboer & Kirschner, 2018). Pemberian injeksi intravena, resusitasi jantung paru, auskultasi, identifikasi kelainan dalam x-ray adalah contoh aspek rutin tugas yang dapat dilatih sebagai *part-task practice* (Vandewaetere et al., 2015). Untuk *part-task*, latihan berulang dapat dilakukan dengan *paper and pencil exercise*, di laboratorium keterampilan medis, ruang simulasi, atau lingkungan tugas nyata. Contoh *part-task practice* yang diberikan secara daring adalah permainan pelatihan berbasis komputer untuk pelatihan keterampilan dasar atau *online part-task trainer*.

Merancang program pendidikan menggunakan model 4C/ID mirip dengan proses menyusun sebuah skeleton. Tulang punggung kerangka ini adalah serangkaian tugas pembelajaran yang disusun dengan urutan dari yang sederhana ke yang kompleks, dengan penurunan jumlah dukungan dan bimbingan, dan dengan memperhatikan variabilitas. Informasi penunjang, informasi prosedural, dan *part-task practice* terhubung ke tulang punggung pada **posisi yang paling tepat** untuk mendukung mahasiswa dalam mengerjakan tugas pembelajaran. Intinya, penyusunan dimulai dengan merancang tugas pembelajaran, dan komponen lain terhubung ke tugas pembelajaran tersebut (Frerejean et al., 2019, Vandewaetere et al., 2015, van Merriënboer & Kirschner, 2018).

## Contoh pelatihan yang didasarkan pada 4C/ID

Di bawah ini kami menyajikan sebuah contoh pelatihan keterampilan pengkajian nyeri kronis. Rancangan pelatihan ini dimodifikasi dari tugas akhir Program Pendidikan Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FKUI) yang dikembangkan dalam konteks kurikulum pendidikan dokter umum FKUI (Soenarto, dkk., 2019, Susilo, 2018;). Beberapa aspek pelatihan juga diadopsi dari sebuah pelatihan keterampilan komunikasi yang dikembangkan berdasarkan model 4C/ID (Susilo et al., 2014). Pelatihan ini disederhanakan dan disesuaikan untuk tujuan pendidikan daring untuk membantu memahami model 4C/ID.

Sebuah serial berjudul *House MD*, menampilkan karakter seorang dokter yang sangat pandai dan ahli dalam bidang diagnosis. Dr. House adalah seorang penderita nyeri kronik yang rutin minum obat antinyeri. Nyeri kronik ini sering muncul mengganggu dan memengaruhi emosi dan kehidupan sosial dr House.

Representasi dr House sejalan dengan sebuah artikel dalam jurnal anestesiologi berjudul *“Time to Flip the Pain Curriculum”* yang menyampaikan bahwa pendidikan nyeri yang berfokus pada pengetahuan seluler dan subseluler tidak cukup untuk mempersiapkan peserta didik dalam merawat pasien dengan nyeri kronis. Karena nyeri memiliki aspek biopsikososiospiritual, pendekatan dalam penanganan nyeri harus dilakukan secara komprehensif dan pendekatan ini harus diperkenalkan sejak dini di masa pendidikan profesional kesehatan (Carr & Bradshaw, 2014).

Oleh karena itu, pelatihan pengkajian nyeri kronik ini menggunakan dua mnemonik yang memiliki fungsi saling melengkapi (Kotak 2). Mnemonik pertama adalah mnemonik PQRS yang berfokus pada aspek biologis (Kopf & Patel, 2010), yang telah sering digunakan dalam pendidikan profesi kesehatan. Akreditasi rumah sakit di Indonesia juga merekomendasikan mnemonik PQRS sebagai struktur untuk pengkajian nyeri di rumah sakit (Sutoto et al, 2019). Mnemonik kedua adalah mnemonik ACT-UP, yang bertujuan untuk menekankan aspek psikososial dalam penilaian (Dansie & Turk, 2013). Kedua mnemonik ini digunakan sebagai struktur saat tenaga kesehatan menggali informasi dari pasien. Secara prinsip, aspek biologis dan psikososial dalam pengkajian nyeri kronis diintegrasikan dalam tugas pembelajaran yang utuh dan otentik sehingga mahasiswa dapat melakukan pengkajian nyeri kronis yang komprehensif seperti prinsip 4C/ID.

## **KOTAK 2.** Mnemonik PQRST dan ACT-UP

### **Mnemonik PQRST\***

P = *Provokes dan Palliate*

Apa penyebab nyeri? Apa yang mengurangi nyeri? Apa saja pengobatan yang sudah diterima dan apakah obat diminum dengan rutin? Apa yang memperburuk nyeri?

Q = *Quality*

Bagaimana deskripsi nyerinya? Tajam? Tumpul? Seperti rasa tertusuk/ terbakar/ diremas-remas?

R = *Region and Radiation*

Di mana lokasi nyeri? Apakah hanya pada satu tempat? Apakah menjalar? Ke mana? Apakah nyeri muncul di tempat lain?

S = *Severity*

Bagaimana intensitasnya? Bagaimana pengaruh nyeri terhadap tidur, fungsi fisik, kemampuan bekerja, ekonomi, *mood*, kehidupan keluarga, kehidupan sosial, kehidupan seks?

T = *Time (atau Temporal)*

Kapan nyeri tersebut mulai muncul? Apakah muncul terus menerus atau hilang timbul? Berapa lama munculnya? Kapan hilang? Kapan timbul? Apakah bisa tidur di malam hari? Apakah mengganggu aktivitas di siang hari? Apakah nyeri saat bergerak?

\* *Dimodifikasi dari Kopf & Patel, 2010*

### **Mnemonik ACT-UP\***

A = *Activities*

Bagaimana rasa nyeri mempengaruhi hidup penderita (tidur, nafsu makan, aktivitas fisik, dan hubungan sosial)

C = *Coping*

Bagaimana penderita “mengelola” nyerinya? Apa yang membuat nyeri bertambah atau berkurang?

T = *Think*

Apakah menurut penderita nyeri dapat mengalami perbaikan?

U = *Upset*

Apakah penderita pernah merasa sedih atau depresi (sehubungan dengan nyerinya?)

P = *People*

Bagaimana orang di sekitar penderita merespons saat penderita merasa nyeri?

\* *Dimodifikasi dari Dansie & Turk, 2013*

Pada pelatihan ini terdapat dua kelas penugasan (*task class*). Kelas penugasan pertama disajikan pada gambar 2, di mana terdapat tiga tugas pembelajaran yang masing-masing disertai informasi prosedural. Di awal terdapat informasi penunjang berupa kuliah dan demonstrasi. Di akhir kelas penugasan pertama juga terdapat informasi penunjang berupa umpan balik kognitif. Pada kelas penugasan ini tidak terdapat *part-task practice*. Semua proses dapat dilakukan secara daring dalam sesi *synchronous* dan *asynchronous*.

**TABEL 1.** Contoh kelas penugasan pertama pelatihan pengkajian nyeri kronik

Kelas Penugasan I		
Mahasiswa dihadapkan pada situasi di mana mereka diminta untuk menyusun langkah-langkah dan melakukan pengkajian nyeri kronik pada konteks simulasi. Semua aktivitas di bawah ini dapat dilakukan secara daring.		
<b>Informasi Penunjang</b> Mahasiswa mengikuti kuliah fisiologi dan pengkajian nyeri (bisa diberikan dalam <i>asynchronous session</i> dengan melihat video kuliah).		
<b>Informasi Penunjang</b> Mahasiswa mengikuti demonstrasi pengkajian nyeri melalui video.		
Tugas pembelajaran 1.1	Informasi prosedural	<i>Part-task practice</i>
Mahasiswa diminta merefleksikan demonstrasi yang telah dilihat. Dalam suatu sesi <i>synchronous</i> , mahasiswa diminta mendiskusikan langkah-langkah dan prinsip pengkajian nyeri kronik.	Fasilitator hadir untuk menjawab pertanyaan. Mahasiswa mendapatkan <i>handout</i> mnemonik PQRST–ACT UP.	Tidak ada
Tugas pembelajaran 1.2	Informasi prosedural	<i>Part-task practice</i>
Mahasiswa diminta mempraktekkan pengkajian nyeri di mana mahasiswa mensimulasikan ( <i>role-play</i> ) peran profesional dan pasien dalam pertemuan daring. Skenario disediakan.	Fasilitator hadir untuk menjawab pertanyaan.	Tidak ada
Tugas pembelajaran 1.3	Informasi prosedural	<i>Part-task practice</i>
Mahasiswa diminta mempraktekkan pengkajian nyeri secara berpasangan ( <i>asynchronous session</i> ). <i>Role-play</i> tetap dilakukan melalui <i>video call</i> dan direkam. Mereka diminta mengirimkan rekaman ke fasilitator. Skenario yang bervariasi disediakan.	Fasilitator <b>tidak hadir</b> untuk menjawab pertanyaan. Mahasiswa saling memberikan umpan balik.	Tidak ada
<b>Informasi Penunjang</b> Mahasiswa merefleksikan tugas pembelajaran 1.1 sampai dengan 1.3 dalam suatu diskusi daring. Fasilitator memberikan umpan balik kognitif.		

Dalam kelas penugasan pertama, mahasiswa dihadapkan pada situasi di mana mereka perlu membangun langkah-langkah dan mempraktekkan pengkajian nyeri dalam konteks simulasi. Terdapat informasi penunjang berupa (1) kuliah tentang fisiologi dan pengkajian nyeri dan (2) demonstrasi pengkajian nyeri kronik berupa *role-play*. Dalam kuliah, misalnya mahasiswa diajak membedakan nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik. Dengan memahami jenis nyeri ini, mahasiswa akan memahami bagaimana cara membuat pertanyaan saat melakukan anamnesis ke pasien tentang kualitas nyeri. Informasi penunjang dapat diberikan sebagai **pembelajaran daring *asynchronous* dengan menyediakan tautan video kuliah dan demonstrasi** untuk mahasiswa (Soenarto et al., 2019, Susilo 2018).

Setelah menonton video, mahasiswa datang ke sesi **daring *synchronous* untuk merefleksikan video demonstrasi**. Ini adalah tugas pembelajaran 1.1. Mahasiswa dapat mendiskusikan prinsip-prinsip pengkajian nyeri kronik yang ditunjukkan dalam video. Sebagai informasi prosedural, kita dapat menyediakan *handout* tentang mnemonik PQRST - ACT-UP karena pada fase ini mereka mungkin belum benar-benar memahami atau mengingat mnemonik ini. Fasilitator akan hadir dalam sesi daring tersedia untuk menjawab pertanyaan.

Dalam tugas pembelajaran 1.2, mahasiswa diminta **melakukan *role-play* pengkajian nyeri menggunakan kedua mnemonik** dalam sesi pembelajaran daring yang *synchronous*. Skenario dapat dibuat bervariasi berdasarkan berbagai masalah klinis, demografi pasien, atau berbagai masalah sosial. Dua pasien dapat memiliki masalah klinis yang persis sama, misalnya sakit punggung, namun pasien pertama adalah perawat yang harus sering mengangkat atau memindahkan pasien dari tempat tidur, sedangkan pasien kedua adalah petugas kebersihan yang sering membungkuk saat bekerja. Pada sesi ini, biasanya hanya beberapa mahasiswa yang dapat berlatih, yang lain menjadi pengamat dan ikut memberikan umpan balik. Dalam sesi daring, fasilitator hadir dan umpan balik korektif yang diberikan oleh fasilitator berperan sebagai informasi prosedural.

Dalam tugas pembelajaran 1.3, mahasiswa diminta **melakukan *role-play* pengkajian nyeri secara berpasangan tanpa kehadiran fasilitator** dan merekamnya. Tugas ini adalah suatu proses pembelajaran daring *asynchronous*. Mahasiswa dapat mengirim rekaman video mereka ke fasilitator. Karena fasilitator tidak hadir, maka tingkat dukungan dikurangi. Mahasiswa dapat saling memberikan umpan balik secara berpasangan. Di era pandemi, proses ini tetap harus dilakukan dengan menjaga *physical distancing*, misalnya dengan melakukan *role-play* melalui *video call*.

Di kelas penugasan kedua terdapat beberapa perubahan. Pertama, tingkat kompleksitas ditingkatkan dengan melakukan



tugas pembelajaran dalam konteks pasien nyata (*real patient*). Kedua, pengkajian nyeri diintegrasikan dengan pemeriksaan fisis. Informasi penunjang terkait dengan tugas pembelajaran ini dapat berupa kuliah tentang pemeriksaan fisis pada beberapa penyakit yang menimbulkan nyeri kronik. Pada kelas penugasan kedua terdapat dua tugas pembelajaran di kelas dan satu *part-task practice*. Kelas penugasan kedua disajikan pada Gambar 3.

**TABEL 2.** Contoh kelas penugasan kedua pelatihan pengkajian nyeri kronik

Kelas Penugasan II		
Mahasiswa dihadapkan pada situasi di mana mereka diminta untuk menyusun langkah-langkah dan melakukan pengkajian nyeri kronik pada konteks nyata. Sebagian aktivitas di bawah ini dapat dilakukan secara daring.		
<b>Informasi Penunjang</b> Mahasiswa mengikuti kuliah pemeriksaan fisis pada pasien nyeri kronik.		
Tugas pembelajaran 2.1	Informasi prosedural	<i>Part-task practice</i>
Mahasiswa diminta mempraktekkan pengkajian nyeri kronik dalam berbagai kasus pada konteks nyata dengan pasien dengan tetap menjaga jarak ( <i>physical distancing</i> ) melalui <i>video call</i> .	Mahasiswa dapat merujuk <i>handout</i> PQRST- ACT UP	Tidak ada
Tugas pembelajaran 2.2	Informasi prosedural	<i>Part-task practice</i>
Mahasiswa diminta melaporkan dan merefleksikan pengalaman dari konteks nyata.	Fasilitator hadir untuk menjawab pertanyaan.	Pelatihan keterampilan pemeriksaan fisis nyeri (dapat ditunda setelah pandemi)
<b>Informasi Penunjang</b> Mahasiswa merefleksikan tugas pembelajaran 2.1 dan 2.2 dalam suatu diskusi daring. Fasilitator memberikan umpan balik kognitif.		

Dalam tugas pembelajaran 2.1, mahasiswa dapat diminta untuk mempraktekkan pengkajian nyeri kronik dalam berbagai ‘pertemuan’ dengan pasien. Selama pandemi, ‘pertemuan’ dapat dimodifikasi secara daring melalui berbagai ide. Misalnya, **mahasiswa dapat melakukan wawancara telepon dengan anggota keluarga teman-temannya dengan nyeri kronik atau mewawancarai pasien di rumah sakit melalui video.** Untuk contoh kedua, seorang fasilitator atau dokter yang merawat harus memastikan bahwa pasien dalam kondisi stabil, dan berdiri di samping pasien, sementara mahasiswa melakukan komunikasi jarak jauh. Pertimbangan etika dalam setiap pilihan sangat penting, misalnya kita perlu mendapatkan izin dari pasien dan rumah sakit untuk terlibat dalam sesi pendidikan.

Dalam tugas pembelajaran 2.2, mahasiswa dapat kembali belajar secara *synchronous*. Secara daring mahasiswa dapat mempresentasikan rekaman video mereka saat mewawancarai

anggota keluarga atau teman yang menderita nyeri kronik, merefleksikan performa mereka, dan saling memberikan umpan balik. Fasilitator dapat memberikan umpan balik kognitif. Sangat baik untuk menyesuaikan sesi ini dengan latihan paruh-tugas yaitu pelatihan keterampilan dalam pemeriksaan fisik. Sebagai contoh dalam kasus nyeri punggung, mahasiswa dapat melakukan *Straight Leg Test* untuk memeriksa keterlibatan saraf isiadika. Selama pandemi, pelatihan keterampilan luring harus ditunda. Mahasiswa dapat belajar dari demonstrasi melalui video dan membahas prinsip anatomi dan fisiologi pemeriksaan fisis terkait.

Melalui contoh ini dapat dilihat bahwa 4C/ID menggeser perspektif proses penyusunan kurikulum atau program pendidikan dari kuliah menjadi tugas pembelajaran (*from lecture to learning task*) (Susilo et al., 2014). Saat melakukan pendidikan daring maupun luring, kita cenderung fokus pada bagaimana memberi kuliah kepada mahasiswa yang kemudian diikuti dengan sesi tanya jawab. Dengan berbasis pada 4C/ID, kita berpindah fokus dari kuliah menuju tugas pembelajaran untuk membantu mahasiswa mencapai kompetensi. Tugas pembelajaran yang diberikan harus utuh (*whole task*) dan otentik. Contoh tugas yang utuh ini adalah pengkajian nyeri kronik yang mengintegrasikan aspek biologis dan psikososial. Aspek psikososial, yang seringkali dipelajari dalam berbagai pelatihan keterampilan komunikasi, tidak dilatihkan secara terpisah, namun diintegrasikan dengan aspek biologis dalam tugas pembelajaran yang utuh (Susilo et al., 2014, Susilo, 2018).

Sebagian besar kegiatan dapat diatur secara daring. Tugas pembelajaran, informasi penunjang, informasi prosedural dapat diakses secara daring dengan memilih sesi yang akan dilaksanakan secara *synchronous* dan *asynchronous*. *Part-task practice* yang tidak dapat dilakukan secara daring harus ditunda. Mahasiswa perlu memahami posisi dan makna *part-task practice* tersebut dalam hubungannya keseluruhan konteks suatu tugas pembelajaran. Dengan cara ini, diharapkan mahasiswa dapat terbantu dalam pencapaian kompetensi selama pandemi.

Jika Anda ingin menilai pemahaman tentang penerapan 4C/ID dalam pelatihan pengkajian nyeri kronik, silakan mencoba menjawab pertanyaan 3-6 dalam Kotak 3.

**KOTAK 3.** Pertanyaan tentang penerapan 4C/ID dalam pelatihan pengkajian nyeri kronik

1. Apa informasi penunjang yang disediakan untuk Kelas Penugasan 1 pada pelatihan pengkajian nyeri?
  - a. *Handout* mnemonik PQRST-ACTUP
  - b. Tautan video kuliah
  - c. Skenario dengan variasi kasus
  - d. *Pretest*
2. Bagaimana memastikan variabilitas pada kelas penugasan 1?
  - a. Memberikan umpan balik dari rekan
  - b. Menyediakan berbagai kasus skenario
  - c. Memberikan *handout* mnemonik PQRST-ACTUP
  - d. Memberikan tautan video demonstrasi pengkajian nyeri
3. Mengapa fasilitator tidak hadir dalam tugas pembelajaran 1.3?
  - a. Untuk memastikan variabilitas
  - b. Untuk memastikan otentisitas
  - c. Untuk memberikan latihan tugas
  - d. Untuk mengurangi tingkat dukungan
4. Bagaimana tingkat kompleksitas meningkat pada kelas penugasan 2?
  - a. Dengan meminta peserta didik untuk berefleksi dan berdiskusi dalam sesi yang tidak bersamaan
  - b. Dengan meminta peserta didik untuk memberikan umpan balik kepada rekan-rekan mereka
  - c. Dengan meminta peserta didik untuk bermain peran dalam skenario yang berbeda
  - d. Dengan meminta peserta didik untuk berlatih dengan pasien sesungguhnya

Jawaban pertanyaan 3-6 disediakan di akhir bab ini

## Q & A

### Q1 *Apakah tugas pembelajaran (learning task) berbeda dengan tujuan belajar (learning objective)?*

Tugas pembelajaran dan tujuan belajar saling berkaitan erat satu sama lain. Tugas pembelajaran adalah tugas yang dilakukan oleh mahasiswa dalam proses pendidikan, sedangkan tujuan belajar adalah tujuan yang harus dicapai di akhir pendidikan. Tugas pembelajaran harus membantu mahasiswa untuk mencapai tujuan.

Aspek spesifik dalam 4C/ID adalah bahwa suatu tugas pembelajaran dapat membantu mahasiswa untuk mencapai banyak tujuan, baik yang berhubungan dengan sikap, keterampilan, dan pengetahuan. 4C/ID mencoba untuk mengintegrasikan berbagai macam tujuan. Hal ini disebut dengan tujuan yang terintegrasi, yang berkaitan dengan konsep pengembangan kompetensi. Kompetensi dapat mencakup banyak tujuan, dan melalui tugas pembelajaran yang bermakna, mahasiswa akan terbantu untuk mencapai beberapa tujuan belajar pada saat yang bersamaan (Vandewaetere et al., 2015).

**Q<sub>2</sub>** *Dapatkah Anda menjelaskan lebih lanjut tentang part-task practice?*

*Part-task practice* melatih aspek-aspek rutin dari keseluruhan tugas pembelajaran. Hal yang sering terjadi adalah *part-taks practice* tidak dikerjakan secara mandiri dan tidak dihubungkan dengan keseluruhan tugas pembelajaran. Mahasiswa akan kesulitan memahami posisi prosedur yang dilatihkan dalam *part-task practice* dalam suatu tugas pembelajaran yang utuh. Rancangan 4C/ID membantu mahasiswa memahami pentingnya keterampilan untuk keseluruhan tugas pembelajaran. Misalnya, pemasangan jalur intravena adalah contoh *part-task practice* yang dapat dikaitkan dengan tugas pembelajaran tentang pengelolaan pasien dengan dehidrasi (Susilo et al. 2014, Vandewaetere et al., 2015).

**Q<sub>3</sub>** *Apa sajakah contoh-contoh dari part-task practice yang dapat dilakukan dalam pembelajaran jarak jauh?*

*Part-task practice* dapat memiliki berbagai bentuk, ada yang dapat dilatihkan secara daring, ada yang tidak. Pemeriksaan fisis atau prosedur injeksi intravena sulit dilakukan secara daring karena memerlukan kontak fisik dengan pasien, pasien simulasi, atau sesama mahasiswa. *Part-task practice* juga dapat berhubungan dengan lebih banyak proses kognitif. Contoh yang sangat sederhana dari sekolah dasar latihan siswa dalam melakukan perkalian: 3 kali 4 adalah 12, 4 kali 4 adalah 16, dan seterusnya. Latihan ini dapat dilakukan dengan sangat mudah secara daring.

Perhitungan khusus dalam bidang farmasi yang memerlukan latihan berulang juga dapat dengan mudah dilakukan secara daring. Menyajikan x-ray untuk latihan

identifikasi kelainan atau membaca elektrokardiogram juga merupakan contoh yang baik untuk *part-task practice* yang dapat dilakukan secara daring. Jika diterapkan dalam pelatihan pengkajian nyeri kronik, kita dapat menambahkan pelatihan keterampilan membaca hasil pemeriksaan radiologi area nyeri sebagai *part-task practice*.

**Q 4** *Bagaimana menentukan waktu yang sesuai untuk alokasi tiap kelas penugasan dan tugas pembelajaran?*

Hal ini tergantung pada domain pembelajaran dan karakter tugas profesional yang kita pelajari. Tugas pembelajaran mahasiswa yang melakukan anamnesis awal dengan pasien membutuhkan 10-15 menit karena durasi itulah yang biasanya diperlukan untuk melakukan wawancara awal dengan pasien. Peserta didik yang belajar melakukan pembedahan tertentu paling tidak membutuhkan satu-dua jam tugas pembelajaran, sesuai dengan praktik nyata secara professional di lapangan. Oleh karena itu, alokasi waktu ini benar-benar tergantung pada durasi tugas professional dan dapat sangat bervariasi (van Merriënboer & Kirschner, 2018).

**Q 5** *Bagaimana cara mengkonfirmasi bahwa mahasiswa siap untuk pindah ke kelas penugasan berikutnya?*

Untuk mengetahui bahwa mahasiswa siap untuk pindah ke kelas penugasan berikutnya atau untuk pindah ke tingkat kompleksitas yang lebih tinggi dilakukan **penilaian (assessment)**. Dalam 4C/ID, yang sering dilakukan adalah menggunakan tugas pembelajaran yang dilakukan mahasiswa tanpa dukungan dan bimbingan (lingkaran kosong besar dalam diagram skematik) sebagai ‘tugas ujian’. Tugas pembelajaran yang dilakukan secara independen ini dapat dinilai misalnya dengan rubrik atau instrumen penilaian lain. Kemudian, kita dapat menarik kesimpulan bahwa jika seorang mahasiswa bisa melakukan tugas pembelajaran hingga mencapai standar secara mandiri, ia dapat melanjutkan ke tingkat kompleksitas yang lebih tinggi. Jika seorang mahasiswa belum siap untuk melakukan tugas pembelajaran secara mandiri, kita dapat memberikan beberapa tugas tambahan untuk berlatih sampai mahasiswa siap untuk melanjutkan ke tingkat kompleksitas yang lebih tinggi. Model 4C/

ID memungkinkan untuk pengembangan program pelatihan yang fleksibel di mana beberapa mahasiswa memerlukan lebih banyak tugas untuk mencapai tujuan akhir program pendidikan sementara mahasiswa yang lain memerlukan lebih sedikit. Dalam program pendidikan yang fleksibel ini, penting bagi kita untuk menilai mahasiswa pada tugas pembelajaran yang mereka lakukan secara mandiri, tanpa dukungan dan bimbingan, untuk membuat keputusan tentang kesiapan untuk melanjutkan ke tingkat kompleksitas yang lebih tinggi (van Merriënboer & Kirschner, 2018).

## Q 6 *Bagaimana cara mentransfer tugas pembelajaran menjadi kredit dalam kurikulum?*

*Programmatic Assessment* (Schuwirth & van der Vleuten, 2011) adalah evaluasi pembelajaran yang sangat cocok dengan 4C/ID. Informasi tentang tugas pembelajaran yang dikerjakan oleh mahasiswa, termasuk sejauh mana tugas-tugas tersebut dilaksanakan dengan adekuat, kualitas kinerja tugas, dan prestasi mahasiswa dikumpulkan dalam portofolio. Keputusan sumatif tentang lulus atau gagal didasarkan pada semua informasi dalam portofolio ini. Meskipun ini tidak benar-benar disebut sebagai “kredit”, *programmatic assessment* berjalan selaras dengan model 4C/ID.

Cara lain untuk mentransfer tugas pembelajaran menjadi kredit dalam kurikulum adalah dengan menghitung jumlah jam untuk pelajaran tertentu dan menggunakan alokasi waktu tersebut untuk merencanakan tugas pembelajaran. Jadi kita perlu menghitung jumlah jam yang dibutuhkan oleh mahasiswa untuk melaksanakan tugas pembelajaran, termasuk sesi *synchronous* dan *asynchronous*; atau dalam pembelajaran tatap muka, perlu dihitung juga jam belajar mandiri. Estimasi jumlah jam yang dibutuhkan dapat ditransfer dalam suatu kredit untuk mata kuliah tertentu. Misalnya, pelatihan keterampilan pengkajian nyeri kronik dikembangkan sebagai suatu pelatihan sehari. Maka jumlah jam belajar yang tersedia dalam sehari tersebut dibagi dalam beberapa sesi. Setiap sesi berlangsung selama satu setengah jam. Setelah itu, kita menempatkan tugas pembelajaran sesuai dengan kerangka waktu yang tersedia (Soenarto et al, 2019, Susilo, 2018).

**Q 7** *Bagaimana evaluasi mahasiswa dalam pelatihan pengkajian nyeri kronik?*

Pada akhir pembelajaran dilakukan evaluasi kinerja mahasiswa saat melakukan pengkajian nyeri kronik dengan pasien simulasi. Evaluasi ini merupakan penilaian terstandar, sehingga skenario yang digunakan sama untuk setiap mahasiswa. Sesi simulasi ini direkam dan dinilai oleh fasilitator yang telah dilatih untuk mengevaluasi menggunakan instrumen yang divalidasi (Soenarto et al, 2019, Susilo, 2018). Pada pelatihan dengan durasi yang lebih panjang, penilaian tidak hanya dilakukan satu kali tetapi pada setiap tingkat kompleksitas. Jadi informasi dikumpulkan secara rutin selama pembelajaran pada setiap tingkat kompleksitas. Pada akhir program dapat dibuat keputusan tentang pencapaian kompetensi (yaitu tujuan terpadu) berdasarkan semua informasi penilaian yang dikumpulkan. Setiap tugas pembelajaran dicatat dalam portofolio mahasiswa. Saat kompleksitas meningkat, pengetahuan mahasiswa bertambah, dan akhirnya kompetensi akan tercapai (Vandewaetere, 2015).

**Q 8** *Ketika kita mengembangkan model dengan beberapa capaian belajar (learning outcomes), apakah berarti kita merencanakan tugas pembelajaran, informasi penunjang, informasi prosedural, part-task practice untuk tiap capaian pembelajaran?*

Dalam 4C/ID capaian pembelajaran disebut sebagai tujuan kinerja (*performance objective*), yaitu deskripsi tentang apa yang dapat dilakukan mahasiswa pada akhir pendidikan. Kita menggambarkan kinerja yang diinginkan pada akhir pembelajaran atau pada akhir program pendidikan. Tugas pembelajaran membantu mahasiswa untuk mencapai tujuan ini. Untuk tugas pembelajaran, mahasiswa harus mempelajari sesuatu dan ini disebut tujuan belajar (*learning objective*), yang mencakup apa yang harus mereka pelajari untuk dapat melakukan tugas pembelajaran serta tugas pembelajaran yang membantu mahasiswa untuk mencapai tujuan kinerja akhir. Jadi jawabannya adalah ya, tetapi dalam 4C/ID kita membedakan antara tujuan kinerja yaitu yang dapat dilakukan mahasiswa di akhir pelajaran, dan capaian pembelajaran adalah yang harus dipelajari mahasiswa agar dapat melakukan tugas pembelajaran (Vandewaetere, 2015).

## Q<sub>9</sub> Apa hubungan antara 4C/ID dan *Entrustable Professional Activities (EPA)*?

Kerangka kerja 4C/ID dan *Entrustable Professional Activities (EPA)* memiliki banyak kesamaan karakteristik. Pertama, keduanya menekankan pentingnya tugas yang utuh dan bermakna (*whole-task*). Kedua, cara mengurangi dukungan dan bimbingan secara bertahap pada EPA mirip dengan pada 4C/ID. Dalam kerangka EPA, hal ini digambarkan sebagai 'berlatih dengan pengawasan langsung', 'berlatih dengan pengawasan tidak langsung, bekerja secara mandiri, dan akhirnya mengajarkan tugas. Perbedaan keduanya adalah 4C/ID dikembangkan untuk pendidikan formal, sedangkan EPA dikembangkan untuk konteks pembelajaran di tempat kerja. 4C/ID menggambarkan pentingnya informasi penunjang, informasi prosedural, dan *part-task practice* dalam proses pembelajaran. Ini kurang sesuai dalam kerangka kerja EPA yang berfokus pada melakukan tugas-tugas profesional di tempat kerja. Jadi 4C/ID dan EPA dapat saling melengkapi, terutama dalam program 'hybrid' yang menggunakan perpaduan pembelajaran di tempat kerja dan pembelajaran formal (ten Cate et al., 2015, Vandewaetere, 2015).

## Kesimpulan

Bab ini telah membahas model 4C/ID yang terdiri dari empat komponen: tugas pembelajaran, informasi penunjang, informasi prosedural, dan *part-task practice*. Tugas pembelajaran adalah tulang punggung program pendidikan berdasarkan 4C/ID dan ini membuat 4C/ID berbeda dengan banyak model lainnya. Pemicu adalah tugas pembelajaran, sementara komponen lainnya terhubung ke tulang punggung tugas pembelajaran ini.

Sebagai pengajar, kita terbiasa memulai dengan memberi kuliah, kemudian waktu yang tersisa digunakan untuk memberi mahasiswa tugas atau latihan untuk mempraktikkan hal-hal yang dikuliahkan. 4C/ID mengubah perspektif kita dari kuliah ke tugas pembelajaran. Saat menggunakan 4C/ID untuk merancang pembelajaran jarak jauh, pertama kita menentukan apa yang diharapkan dari mahasiswa di akhir program pendidikan. Kemudian, kita menentukan tugas pembelajaran yang akan membantu mereka belajar mencapai tujuan tersebut. Setelah itu barulah kita menentukan informasi yang dibutuhkan oleh mahasiswa untuk melakukan tugas-tugas tersebut.



4C/ID dapat digunakan sebagai rancangan instruksional untuk mendukung proses adaptasi pembelajaran untuk profesional kesehatan selama pandemi Covid-19. Model 4C/ID mengasumsikan bahwa rancangan dasar pendidikan jarak jauh dan pendidikan tatap muka identik dalam hal prinsip-prinsip pembelajaran. Perbedaannya terletak pada metode penyampaian. Perancang program pendidikan perlu mempertimbangkan aktivitas pembelajaran yang akan diberikan secara daring atau luring, dan secara *synchronous* atau *asynchronous*, dalam alokasi waktu yang tersedia.

## Jawaban Pertanyaan

### Pertanyaan 1. D

Kita tidak hanya memberikan informasi, tetapi juga meminta mahasiswa menerapkan informasi ke dalam tugas pembelajaran, dan memberikan umpan balik kepada mereka. Jadi, pendidikan yang baik mengandung tiga elemen: informasi, tugas pembelajaran, dan umpan balik.

### Pertanyaan 2. B

Cara orang belajar ditentukan oleh rancangan kognitif mereka, oleh bagaimana proses kooperasi dan pembelajarannya berfungsi. Pada pembelajaran tatap muka dan jarak jauh, hal-hal ini sama. Model 4C/ID juga mengasumsikan bahwa desain dasar pendidikan jarak jauh dan pendidikan tatap muka identik, meskipun ada perbedaan dalam cara informasi, penugasan, dan umpan balik disampaikan kepada peserta didik. Jadi perbedaannya terletak pada metode penyampaian, bukan dalam prinsip-prinsip pembelajaran dasar. Prinsip-prinsip pembelajaran dasar identik untuk pendidikan tatap muka dan jarak jauh.

Namun demikian, pembelajaran jarak jauh tidak menawarkan kesempatan yang sama persis dengan pendidikan tatap muka. Misalnya, dalam bidang kedokteran kita perlu melakukan pemeriksaan fisis, dan itu sangat sulit dilakukan secara daring. Jadi, untuk tugas-tugas psikomotorik tidak ada pilihan kecuali tatap muka dan hal terbaik yang bisa dilakukan adalah menggunakan simulasi *high-fidelity* sebagai sarana.

### Pertanyaan 3. B

Informasi penunjang adalah video kuliah. Dalam pembelajaran jarak jauh, tautan dapat diberikan sehingga mahasiswa dapat belajar secara independen.

### Pertanyaan 4. B

Variasi dapat dipastikan dengan menyediakan berbagai kasus

skenario. Kita dapat membuat variasi skenario untuk penilaian nyeri kronis dengan berbagai masalah klinis, berbagai demografi pasien, atau berbagai masalah sosial. Dua pasien dapat memiliki masalah klinis yang sama misalnya sakit punggung yang sama. Namun yang satu adalah perawat yang harus sering mengangkat atau memindahkan pasien dari tempat tidur sehingga dia merasa sakit dan yang lain adalah petugas kebersihan yang harus sering membungkuk saat bekerja. Keduanya memiliki latar belakang dan masalah psikososial yang berbeda.

#### **Pertanyaan 5. D**

Fasilitator tidak hadir pada tugas pembelajaran 1.3 karena kita ingin mengurangi tingkat dukungan (*scaffolding*). Dalam tugas pembelajaran ini, mahasiswa dapat memberi umpan balik satu sama lain.

#### **Pertanyaan 6. D**

Tingkat kompleksitas meningkat pada *Task Class 2* dengan meminta mahasiswa untuk praktik dengan pasien sesungguhnya. Dalam era pandemi ini, hal ini dapat dilakukan dengan cara meminta mahasiswa merekam sesi video yang menunjukkan mereka melakukan wawancara dengan keluarga atau teman dengan nyeri kronis dengan tetap menjaga *physical distancing*.

## Referensi

1. Carr, D.B., Bradshaw, Y.S. (2014). Time to flip the pain curriculum? *Anesthesiology*, 120(1), 12–4.
2. Dansie, E.J., Turk, D.C. (2013). Assessment of patients with chronic pain. *British Journal of Anaesthesiology*, 111(1), 19–25.
3. Frerejean, J., van Merriënboer, J. J. G., Kirschner, P. A., Roex, A., Aertgeerts, B., & Marcellis, M. (2019). Designing instruction for complex learning: 4C/ID in higher education. *European Journal of Education*, 54(4), 513–524. DOI: 10.1111/ejed.12363
4. Sutoto, et al. (2019). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit 1.1. Jakarta, Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
5. Kopf A, Patel, N. (2010). Guide to Pain Management in Low-Resource Setting. Seattle, International Association for the Study of Pain.
6. Schuwirth, W. T., & van der Vleuten, C. P. M. (2011). Programmatic assessment: From assessment of learning to assessment for learning. *Medical Teacher*, 33(6), 478–485.
7. Soenarto, R.F., Sukmono, R.B., Findyartini, A., Susilo, A.P. (2019). Pengkajian Nyeri Kronik: Modul Pelatihan Keterampilan Dasar untuk Mahasiswa dan Profesional Kesehatan. Jakarta, Departemen Anesthesiologi dan Terapi Intensif Universitas Indonesia.
8. Susilo, A.P. (2018) Pelatihan Pengkajian Nyeri Kronik untuk Meningkatkan Pengetahuan dan Keterampilan Mahasiswa Fakultas Kedokteran: Uji Acak Tersamar Ganda untuk Membandingkan *Mnemonic PQRS*T dan ACT-UP dan *Mnemonic PQRS*T saja. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Thesis
9. Susilo, A.P., van Merriënboer, J., van Dalen, J., Claramita, M., Scherpbier, A. (2013). From lecture to learning tasks: Use of the 4C/ID Model in a communication skills course in a Continuing Professional Education context. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(10), 278–84.
10. ten Cate, O., Chen, H.C., Hoff, R.G., Peters, H., Bok, H., van der Schaaf, M., 2015. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Medical Teacher* 37(11), 983–1002. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1060308>
11. Vandewaetere, M., Manhaeve, D., Aertgeerts, B., Clarebout, G., van Merriënboer, J. J. G., & Roex, A. (2015). 4C/ID in medical education: How to design an educational program based on whole-task learning: AMEE Guide No. 93. *Medical Teacher*, 37(1), 4–20.
12. van Merriënboer, J.J.G. (1997). Training complex cognitive skills: A four-component Instructional Design Model for Technical Training. New Jersey, Educational Technology Publications, Inc.
13. van Merriënboer, J.J.G., Kirschner, P.A., 2018. Ten steps to complex learning: A systematic approach to four-component instructional design (3rd Ed.). Routledge, New York.
14. Vygotski, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Cambridge, MA, Harvard University Press.



# Adaptasi Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan Berbasis Komunitas di Masa Pandemi Covid-19

## **PENULIS**

**Widyandana<sup>1</sup>, Gandes Retno Rahayu<sup>1</sup>, Vishnupriya Vijayalekshmi<sup>2</sup>,  
Ciraj Ali Mohammed<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas  
Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>2</sup>The Network - Towards Unity for Health (TUFH)

## Sumber:

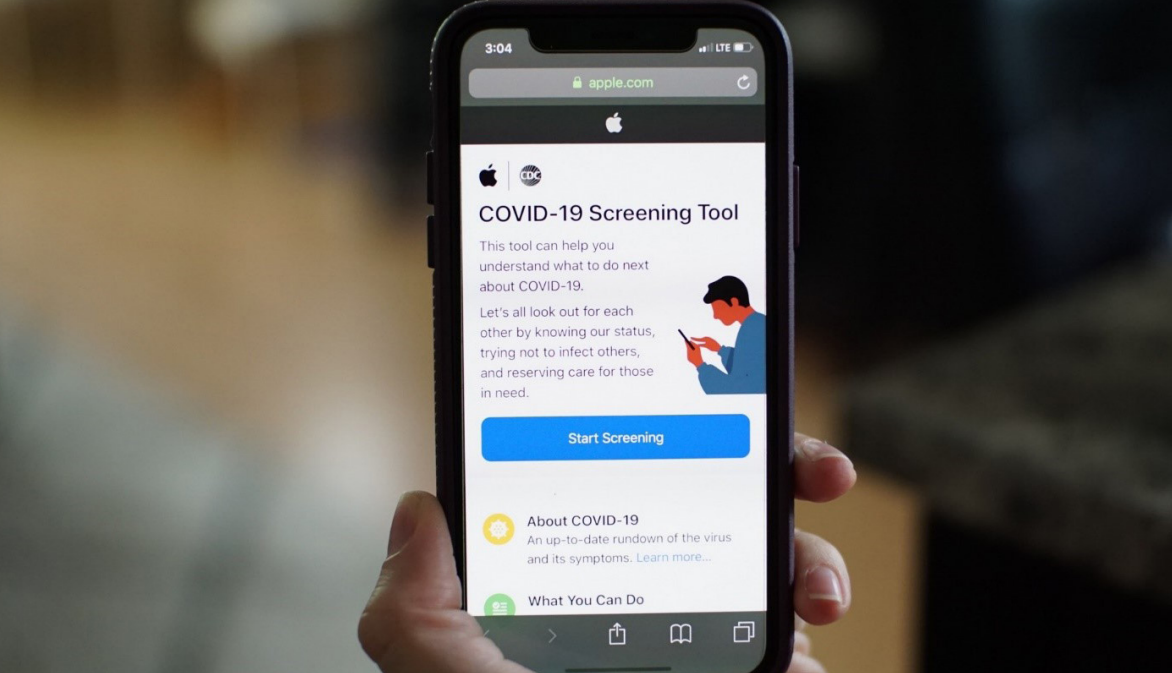
Webinar title: *Adaptation of community-based medical and health professions education during Covid-19 pandemic* – 6 Mei 2020. <https://zoom.us/j/92079444870>

Kondisi pandemi Covid-19 mengubah pendidikan konvensional menjadi pendidikan dalam jaringan untuk menjaga keberlangsungan pembelajaran bagi mahasiswa dan komunitas oleh institusi pendidikan. Sebagai salah satu upaya untuk menekan angka penularan Covid-19, sumber daya *online* bisa dimanfaatkan dalam kegiatan pembelajaran dan edukasi ke masyarakat. Berbagai inisiatif berkembang di seluruh dunia. Strategi yang digunakan menyesuaikan dengan karakteristik masing masing institusi dan konteks sosial budaya masyarakat. Berikut ini merupakan beberapa *lesson learnt* dalam penanganan Covid-19 terkait dengan pembelajaran di pendidikan tinggi dan pelayanan kesehatan.

## Adaptasi pendidikan interprofesional di komunitas

Universitas Gadjah Mada menyelenggarakan program edukasi berbasis komunitas melalui program *Community and Family Health Care with Interprofessional Education* (CFHC-IPE) oleh Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan. Dalam kondisi pandemi Covid-19, pengelola melakukan adaptasi program edukasi melalui penyesuaian ragam aktivitas belajar. Metode ini melibatkan mahasiswa, dosen, *stakeholder* di fasilitas kesehatan, pemerintah serta komunitas.

Program CFHC- IPE diikuti oleh mahasiswa pendidikan dokter kedokteran, ilmu keperawatan, dan gizi kesehatan. Periode program ini adalah saat pembelajaran akademik yang berlangsung selama 4 tahun. Mahasiswa memiliki tujuan pembelajaran yang berbeda untuk tahun pertama, kedua, ketiga, dan keempat. Kelompok yang terdiri atas 5-6 mahasiswa dipasangkan dengan keluarga binaan dari wilayah yang berbeda. Pada situasi normal, mahasiswa dituntut untuk terjun ke komunitas dan bekerja sama dengan keluarga binaan untuk meningkatkan status kesehatan serta kesejahteraan.



**GAMBAR 1.** Layanan swaperiksa dan pemantauan dapat diakses dengan mudah melalui telepon. Metode ini menjadi yang paling populer untuk pendidikan berbasis komunitas karena target pengguna yang besar.  
Foto oleh Cory Checketts dari Unsplash

Adanya pandemi Covid-19 menuntut Universitas Gadjah Mada untuk mengubah seluruh program kunjungan menjadi *online*. Pendampingan secara *online* tetap membutuhkan aksi nyata yang tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, karena Covid-19 adalah penyakit yang juga dapat membangun *hoax* dan menyebabkan ketakutan. Kelompok mahasiswa memberikan edukasi selama tujuh hari melalui grup Whatsapp di bawah pengawasan pembimbing dan instruktur lapangan. Program CFHC-IPE daring dimulai pada tanggal 23 Maret 2020. Setiap kelompok mahasiswa tergabung dalam ruang obrolan bersama dengan keluarga binaan dari komunitas, pembimbing serta instruktur lapangan.

CFHC- IPE mendapatkan dukungan yang luar biasa dari berbagai pihak. Di tingkat universitas terdapat Tim Gugus Tugas Penanggulangan Covid-19 dan *Health Promoting University*. Selain itu, terdapat Pusat Kedokteran Tropis yang telah menerbitkan berbagai media informasi sehingga dalam hal edukasi kepada komunitas sumber daya ini dapat digunakan bersama. Materi edukasi yang disampaikan kepada masyarakat seputar Covid-19 meliputi etika batuk, cuci tangan, menjaga jarak, dan upaya meningkatkan imunitas. Materi dasar ini diberikan tiap hari selama tujuh hari selama program berjalan.

Selain itu, masyarakat juga mendapatkan edukasi terkait penyesuaian sistem layanan kesehatan selama pandemi

berlangsung. Pada hari kedua mahasiswa menyampaikan materi tentang bagaimana mencari pertolongan ke rumah sakit. Materi lainnya yang didistribusikan adalah terkait menjaga kebersihan lingkungan, mengelola kesehatan mental, serta nutrisi selama pandemi. Media yang digunakan didominasi oleh poster dan video sehingga dapat dengan mudah diakses oleh masyarakat dari beragam latar belakang.

Pengelola program di fakultas senantiasa melakukan koordinasi dengan tim, mahasiswa, pembimbing, instruktur lapangan dan juga keluarga binaan menggunakan kanal yang tersedia. WhatsApp, Zoom, telepon seluler adalah jalur komunikasi yang sering digunakan karena praktis. Meski tanpa bertemu secara fisik, hal ini tidak mengurangi esensi pendampingan masyarakat yang diberikan oleh institusi pendidikan. Konsep mengenai tatap muka kini perlahan dapat berubah seiring tuntutan perkembangan zaman.

Terdapat berbagai tantangan dalam penyelenggaraan program ini. Di beberapa kasus, mahasiswa sulit menjangkau komunitas karena terdapat keluarga binaan yang tidak memiliki telepon genggam. Hal ini menuntut adanya perubahan struktur mahasiswa dan keluarga agar proses pembelajaran tetap dapat berlangsung. Meski dimungkinkan untuk memberikan materi melalui penyedia jasa pengiriman barang, namun hal ini cenderung tidak relevan karena informasi terkait Covid-19 berkembang dengan begitu pesat.

Pemberdayaan masyarakat sejatinya memberikan dampak yang luas dalam aspek kesehatan (Saleh and Mujahiddin, 2020). Melalui pembelajaran daring CFHC- IPE, mahasiswa dapat mengambil peran dan berkontribusi untuk mengendalikan penularan kasus selama pandemi. Selain itu, bagi keluarga binaan mendapatkan pendampingan dan bantuan untuk meningkatkan pengetahuan seputar Covid-19. Dalam konteks yang lebih luas, aktivitas ini dapat mendorong pemberdayaan masyarakat untuk menjadi komunitas yang tangguh serta dapat merespon ancaman kesehatan secara kolektif (Van den Broucke, 2020).

## **Pembelajaran daring selama pandemi Covid-19**

Pandemi Covid-19 menuntut penyelenggara pendidikan tinggi melakukan adaptasi dalam metode pembelajaran. Salah satu strategi pembelajaran populer yang di abad 21 adalah berbasis elektronik. Implementasi pembelajaran dalam jaringan semakin meluas selama pandemi berlangsung akibat adanya pembatasan



dan protokol kesehatan untuk aktivitas publik (Chiodini, 2020; Schneider and Council, 2020).

Penyelenggara pendidikan perlu mengidentifikasi tujuan pembelajaran serta aktivitas yang relevan. Hal ini perlu divalidasi dengan karakteristik mahasiswa. Sebagai contoh, pada mahasiswa tahun pertama aktivitas masih didominasi untuk melakukan adaptasi, sehingga mahasiswa kurang pengalaman, pengetahuan dan keterampilan. Tentu, hal ini membutuhkan upaya yang lebih besar untuk membangun perilaku *self-directed-learning*.

Terlebih lagi, kegiatan pembelajaran yang semula melalui tatap muka harus diubah menjadi *online*. Hal ini menghadirkan tantangan yang begitu kompleks karena banyaknya faktor yang terlibat. Dari sisi teknis, beberapa institusi perlu berlangganan penyedia layanan *video-conference* dengan biaya yang cukup tinggi. Selain itu, akses internet serta aspek keamanan jaringan juga menjadi ancaman pembelajaran daring. Mahasiswa juga cenderung tidak mendapatkan pengalaman belajar nyata ketika aktivitas yang dilakukan didominasi pembelajaran daring.

Permasalahan di atas menuntut adanya inovasi dalam pembelajaran daring. Aktivitas yang ditawarkan perlu dirancang sedemikian rupa agar menarik minat mahasiswa serta mampu mengarahkan kepada tujuan pembelajaran. Tidak hanya itu, dosen dan tenaga kependidikan juga dituntut untuk beradaptasi dengan teknologi informasi yang bagi sebagian orang merupakan hambatan. Pemilihan media yang mudah diakses dan menawarkan beragam fitur juga menjadi tantangan tersendiri.

**GAMBAR 2.** *Video-conference* menjadi aktivitas harian saat pembelajaran di situasi pandemi. Sulit untuk melakukan evaluasi pembelajaran dalam forum virtual seperti ini  
Foto oleh Chris Montgomery dari Unsplash





Sebelum pandemi merebak secara global, penugasan untuk mahasiswa memiliki karakter yang berbeda. Pada pembelajaran komunitas misalnya. Penugasan berupa pembuatan konten edukasi video melibatkan *talent* yang berasal dari mahasiswa dan masyarakat sehingga kontak fisik harus dilakukan. Hal ini menguntungkan karena pengalaman belajar didapatkan oleh mahasiswa secara langsung. Masyarakat juga mendapatkan *engagement* yang bermakna dengan mahasiswa. Secara emosional, pemberdayaan masyarakat yang dilakukan melalui kontak fisik memberikan dampak yang lebih luas.

Saat pandemi, penugasan dialihkan dalam ragam pembuatan media informasi baik berupa video maupun poster. Strategi yang dapat digunakan dalam penugasan ini adalah memanfaatkan media sosial sebagai kanal distribusi informasi. Hal ini memberikan interaksi yang luas, tidak hanya pada komunitas yang dituju namun seluruh pengguna sosial media. Populasi pengguna media sosial yang begitu tinggi merupakan peluang untuk memberikan dampak yang luas serta sistematis.

Koordinasi penyelenggara pendidikan terus dilakukan. Rapat virtual melalui *video conferencing software* merupakan jalana tengah untuk komunikasi. Koordinasi yang dilakukan dengan intensif dapat mengarahkan pembelajaran untuk lebih efektif dan efisien. Selain itu, pertemuan daring ini juga dapat digunakan sebagai media komunikasi untuk membahas teknis pelaksanaan pembelajaran.

Namun demikian, tidak dapat dipungkiri bahwa aktivitas virtual juga berisiko bagi kesehatan. Kelelahan akibat menatap layar dalam waktu yang cukup lama, serta kesalahan komunikasi akibat gangguan koneksi dapat berdampak pada kesehatan mental penyelenggara. Mahasiswa juga memiliki risiko dalam pembelajaran ini. Aktivitas yang dominan dengan menggunakan telepon genggam menyebabkan *attachment* yang begitu kuat. Aktivitas pribadi sering kali terganggu dengan adanya interaksi melalui media sosial.

Sebagai bentuk dokumentasi pembelajaran maka *database* perlu dibuat. Karya dan inovasi mahasiswa dalam pembelajaran daring perlu diarsipkan sebagai koleksi dan menjadi salah satu subjek penilaian. Di media sosial, tanda pagar, tagar atau *hashtag* dapat digunakan untuk menyortir konten-konten yang diproduksi oleh mahasiswa. Hal ini tentu memudahkan untuk melihat bagaimana interaksi komunitas dengan mahasiswa. Meski penilaian belum diarahkan sampai sejauh mana dampak yang diberikan melalui pendidikan daring, hal ini menjadi peluang evaluasi di masa depan.

Selain itu, akibat perubahan aktivitas belajar maka proporsi penilaian mengalami perubahan. Performa mahasiswa tidak hanya dinilai dalam bentuk dan kualitas karya namun juga

meliputi strategi penyampaian informasi. Komponen penilaian dalam pembelajaran ini semakin kompleks sehingga menuntut adanya penyesuaian baik dari koordinator maupun tim asesmen. Penilaian juga perlu mampu untuk mengidentifikasi orisinalitas karya karena dalam hal ini terkait etika profesional serta hak cipta dalam kekayaan intelektual.

## Penyesuaian pendidikan kedokteran dan kesehatan saat “*Black Swan Moment*”

Dalam beberapa *heading* publikasi, pandemi Covid-19 dikaitkan dengan “*Black Swan Moment*”. “*Black Swan Moment*” umumnya dihubungkan dengan periode ketidakpastian dalam hal ekonomi. Momen ini juga merujuk kepada ketidakpastian dan banyaknya kejadian yang tidak bisa dijelaskan melalui menggunakan metode konvensional atau metode ilmiah (Mazzoleni, Turchetti and Ambrosino, 2020).



**GAMBAR 3.** “*Black Swan Moment*” dipopulerkan oleh Nassim Nicholas Taleb, seorang Profesor terkemuka di bidang keuangan. Meski secara harfiah terdapat spesies angsa hitam, namun terminologi ini memiliki arti yang spesifik.

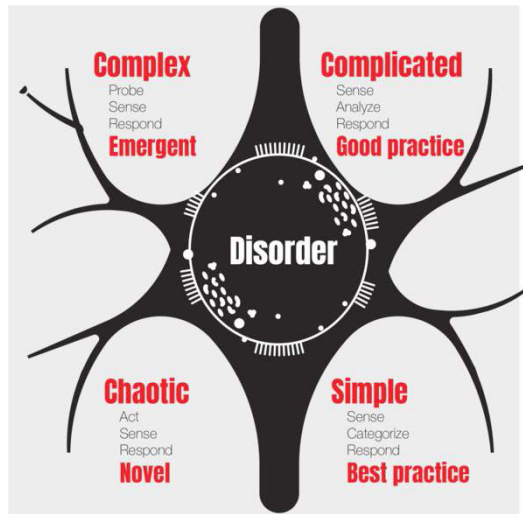
Foto oleh Hemerson Coelho dari Unsplash

Prof. Ciraj memberikan pertanyaan kepada sekitar 300 peserta forum di India dan menjelaskan konsep dari *Black Swan Moment*. Ketika bertanya kepada dosen yang didominasi oleh pendidik kedokteran, beberapa dari keperawatan dan lainnya didapatkan temuan menarik. Sekitar 90%, 89% lebih tepatnya tenaga pendidik kesehatan mengidentifikasi pandemi Covid-19 sebagai *Black Swan Moment* dalam pendidikan tenaga kesehatan.

Hal tersebut selaras dengan apa yang dialami fakultas-fakultas kesehatan di India. Pembelajaran kepada mahasiswa cenderung tidak pasti saat periode awal pandemi. Respon strategi dan berbagai modifikasi perlu dilakukan dengan melibatkan pemangku kebijakan. Mahasiswa mendapatkan tantangan dalam pembelajaran klinis karena untuk sementara waktu dihentikan akibat risiko yang tidak dapat dihindari. Pada tahap pendidikan akademik pun, tantangan hadir dalam pembelajaran yang bertujuan untuk membentuk kompetensi dan membangun aspek psikomotor.

Perhatian penting lainnya adalah tentang pembelajaran di laboratorium karena belum ada pendekatan komprehensif dalam hal kebijakan. Saat ini fokus utama fakultas didominasi untuk berkontribusi dalam pengendalian dan penanggulangan Covid-19. Prof. Ciraj mendapatkan pertanyaan yang berkaitan dengan bagaimana melaksanakan pembelajaran mahasiswa di laboratorium. Hal itu merupakan masalah penting karena pengajar tidak bisa membawa mahasiswa ke laboratorium pada masa pandemi. Selain itu, terdapat masalah etik jika melibatkan mahasiswa dalam pembelajaran klinis, meskipun residen dan dokter rumah sakit masih berjibaku dengan Covid-19. Pembelajaran klinis ini adalah masalah yang perlu diperhatikan karena secara langsung berdampak pada kompetensi mahasiswa.

Diskusi mengenai pendidikan kedokteran dan kesehatan kemudian mengarah kepada apa yang akan dilakukan setelah pandemi ini dapat dikendalikan. Gambar di bawah ini dapat merepresentasikan strategi institusi pendidikan untuk merespon pemulihan pasca pandemi.



**GAMBAR 4.** Empat kuadran dalam penanganan gangguan sistem

### A. Chaos

Metafora rak pecah belah dimana kita menyimpan barang pecah belah relevan untuk menggambarkan penggunaan *e-learning*. Institusi pendidikan telah memiliki sistem manajemen pembelajaran namun kebanyakan hanya disimpan seperti halnya barang pecah belah yang tidak pernah digunakan. Suatu ketika ketika anda ada tamu berkunjung maka barang ini akan dikeluarkan. Situasi sebagaimana saat pandemi Covid-19 ini adalah ketika institusi menggunakan semua sumber daya yang tersedia untuk menjamin bahwa pembelajaran dapat berlangsung.

### B. Complicated

Fase ini adalah ketika kita mengambil alih fungsi institusi pendidikan. *Complicated* merujuk kepada apa yang perlu dilakukan dan hanya perlu mengeluarkan sumber daya yang dimiliki. Aktivitas ini termasuk dalam penyelenggaraan webinar, kuliah daring dan evaluasi berbasis internet.

### C. Complex

Aspek ini berhadapan dengan pendidikan dan praktik interprofesional. Inovasi dan perubahan radikal dilakukan pada fase kompleks dengan melibatkan ahli dari berbagai disiplin keilmuan. Fase kompleks terkait dengan penyesuaian rencana pembelajaran yang merupakan hasil diskusi bersama dengan ahli

untuk menyelaraskan dengan standar pendidikan dan praktik profesional.

Situasi *complex, chaotic*, ataupun *complicated* diharapkan dapat memberikan inovasi dalam pembelajaran pendidikan kedokteran dan kesehatan. Apa yang perlu diperkuat selama Covid-19 ini adalah kepemimpinan akademik yang akan dibahas lebih lanjut dalam bab 8 buku panduan ini. Bukanlah suatu kebetulan bahwa sebagian besar pemimpin akademik yang sukses dalam pandemi ini dimulai dari huruf C yaitu *Calm, Confidence, Conviction, Communication*. Namun demikian, C seharusnya berangkat dari *Communities of Practice* yang dilakukan dengan mempertemukan orang dengan satu visi yang sama untuk berdiskusi terkait penanggulangan pandemi Covid-19 dari aspek pendidikan.

## Perspektif praktisi kesehatan masa depan



**GAMBAR 5.** Fasilitas kesehatan menerapkan berbagai kebijakan dalam hal penanganan Covid-19  
Foto oleh Graham Ruttan dari Unsplash

Sistem pendidikan kedokteran dan kesehatan di India ditujukan agar lulusan menyesuaikan diri di masyarakat dan pendidikan berbasis komunitas. Model yang dimiliki dalam pembelajaran ini adalah penggabungan dari topik kesehatan masyarakat dengan

subjek kedokteran komunitas yang diadakan pada tahun ketiga pendidikan sarjana. Mayoritas institusi menerapkan kurikulum berbasis komunitas setelah semester awal pembelajaran.

Paparan atau keleluasaan yang ditawarkan dari kurikulum tersebut kepada mahasiswa adalah dapat membangun hubungan yang berkelanjutan dengan komunitas dan bekerja sama dengan tenaga kesehatan non medis. Hal yang lebih penting adalah aspek keberlanjutan, namun hal ini sangatlah terbatas di India karena kebanyakan saat ini hanya berfokus kepada perawatan pasien di rumah sakit.

Berikut ini upaya untuk menghubungkan semua hal tersebut di atas saat pandemi ini menjadi lebih realistis dan melalui pendekatan pragmatis, dalam tiga topik:

## A. Adaptasi

Adaptasi pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan berbasis komunitas dan bagaimana masyarakat internasional menafsirkan adaptasi tersebut dengan kondisi seperti ini adalah hal yang penting bagi sesama. Bagaimana cara mendorong mahasiswa untuk memiliki berbagai macam keterampilan dan mampu menyesuaikan keterampilan tersebut sesuai kebutuhan masyarakat secara efektif dan produktif. Pendidikan berbasis komunitas dapat beradaptasi dengan mengambil semua ilmu pengetahuan dari buku pelajaran dan pengalaman sebelumnya kemudian mengaplikasikannya secara praktis. Hal inilah yang dibutuhkan dan harus disampaikan agar bermanfaat bagi masyarakat.

Beberapa cara yang bisa dilakukan adalah menggunakan keterampilan mahasiswa. Pertama, menyebarkan informasi. Media sosial memegang peranan penting saat ini dalam berbagi informasi dan sangatlah penting untuk memastikan bahwa masyarakat mendapat informasi yang akurat dan dapat dipercaya terkait pandemi ini. Mahasiswa dapat memainkan peran yang positif seperti memberi edukasi kepada sejawat, pasien dan masyarakat dengan menggunakan sosial media yang miliki sehingga dapat membantu menjadi lebih positif dalam hal menjaga jarak, menggunakan masker, cara cuci tangan dan menerjemahkan semua informasi itu ke dalam bahasa lokal melalui poster *online*, video yang kreatif dan inovatif.

## B. Kesehatan Mental

Ada banyak kepanikan pada masyarakat global dan kesehatan mental adalah hal yang penting sekarang ini namun terlupakan. Mahasiswa dapat mengambil inisiatif dan mereka dapat membentuk kelompok konseling yang dapat memberikan bantuan kepada



masyarakat karena dengan melibatkan bantuan tenaga profesional yang berkualitas.

### C. Masyarakat dengan penyakit kronis

Kebanyakan rawat jalan di rumah sakit tidak berfungsi sebagaimana mestinya. Hal ini berakibat pada orang-orang dengan penyakit kronis yang secara rutin berobat tidak dapat datang ke rumah sakit untuk pemeriksaan lanjutan. Penting untuk memastikan bahwa masyarakat peduli terhadap terapi mereka atau penting juga untuk memastikan bahwa mereka memiliki akses terhadap kesehatan.

Ketiga hal tersebut berada dalam satu topik dimana mahasiswa dapat mengambil peran melalui kerja sama dengan pihak rumah sakit. Selain itu, terkait dengan pelayanan kesehatan, manajemen fasilitas kesehatan diperlukan saat pandemi terjadi (Lucet et al., 2020). Selain itu, penting untuk tetap menjalankan program pencegahan infeksi agar kasus Covid-19 dapat dikendalikan (Islam et al., 2020). Akibat peningkatan jumlah pasien, rumah sakit membutuhkan tenaga tambahan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Jika mahasiswa tertarik, hal ini dapat menjadi kesempatan bagi mereka untuk bekerja sama dengan berbagai profesi dengan pendekatan kolaborasi. Pengalaman ini dapat meningkatkan kemampuan kepemimpinan dimana mereka dapat ikut berpartisipasi. Sebagai contoh mahasiswa dapat menyalurkan bahan makanan dan donasi masker wajah untuk tenaga kesehatan yang bekerja di garda terdepan.

Hal penting terakhir adalah bahwa saat ini merupakan waktu yang penting untuk meyakinkan perlunya pendekatan berdasarkan komunitas dibandingkan secara individu dan perlunya untuk menggabungkan aspek sosial penentu kesehatan, karena kita mengetahui bahwa pandemi tidak hanya berpusat pada individu atau hanya rumah sakit namun sebenarnya adalah tentang masyarakat. Solusi permasalahan ini adalah bahwa pandemi bukan masalah yang berpusat pada individu atau rumah sakit sehingga kolaborasi dan usaha bersama masyarakat, mahasiswa, tenaga kesehatan medis dan nonmedis diharapkan dapat segera mengembalikan keadaan menjadi normal.

Saat ini adalah waktunya institusi memastikan bahwa mereka telah memberikan pengarahan kepada mahasiswa dan menekankan hal-hal tersebut. Penekanan perlu dilakukan pada peran penting kedokteran dan kesehatan masyarakat. Melihat perkembangan pendidikan kedokteran dengan keberadaan *telemedicine*, pendekatan yang lebih fleksibel untuk mencapai solusi ini dapat digunakan untuk melakukan evaluasi sejauh mana dampak strategi yang diterapkan dalam meningkatkan status kesehatan publik. Di masa depan, kolaborasi tentu akan menjadi

sebuah aktivitas harian yang berkontribusi besar dalam pelayanan kesehatan.

## Q & A

**Q<sub>1</sub>** *Bagaimana cara memfasilitasi Kuliah Kerja Nyata (KKN); KKN adalah sebuah aktivitas komunitas; jika tiap mahasiswa terpisah lokasinya?*

Untuk pertanyaan pertama tentang bagaimana memfasilitasi KKN jika tiap mahasiswa terpisah lokasinya, jadi pertanyaan ini berbeda topiknya dengan apa yang kita bahas pada webinar pada kali ini. KKN pada institusi kami dilaksanakan dalam tingkat universitas sehingga fakultas hanya memberi dukungan, terdapat unit khusus yang akan mengurus KKN. KKN adalah kegiatan yang lebih multidisiplin dibandingkan dengan program kami karena program tersebut melibatkan mahasiswa dari fakultas yang lain. Sejauh yang saya pahami selama pandemi ini terdapat penyesuaian untuk KKN karena ada surat perintah dari rektor dengan kondisi seperti ini akan berubah bertahap sebagai contoh kita harus selalu waspada hingga kita berpindah kepada kegiatan *online*, jadi pada tahap awal pandemi para mahasiswa yang sudah berada di lapangan diminta untuk tetap di sana dengan harapan untuk mencegah mobilitas mahasiswa namun setelah keadaan semakin memburuk saya pikir kebanyakan dari mereka sudah diminta untuk kembali ke kampus. Namun terdapat beberapa penyesuaian seperti mereka diminta untuk memberikan edukasi ke masyarakat secara *online* dan juga ikut melakukan pelacakan kepada pasien Covid-19.

Pertanyaan kedua bagaimana untuk menilai secara objektif aktivitas mahasiswa melalui grup WhatsApp, saya rasa pertanyaan ini berkorelasi dengan pertanyaan nomor empat, jadi saya rasa penilaian yang 100% objektif adalah tidak mudah namun kita memiliki rubrik untuk hal itu, apa yang kami nilai dalam rubrik yang dilakukan oleh pembimbing dan instruktur lapangan yang menilai kegiatan dari mahasiswa apakah mereka berkontribusi terhadap komunikasi dalam WhatsApp dengan mahasiswa lain dan juga kepada keluarga binaan dan pembimbing apakah mereka proaktif, apakah



mereka memiliki ide kreatif untuk membuat edukasi secara *online* berjalan dengan baik, apakah mereka merespon dengan baik ketika mereka dibutuhkan dan sebagainya. Jadi terdapat rubrik jika kita ingin kami bisa membagikannya, namun sebelum program berjalan kami sudah membahas dan membuat rubrik tersebut.

Pertanyaan ketiga adalah bukan terkait berbasis komunitas namun mengenai praktikum laboratorium kampus. Tiap departemen telah membuat penyesuaian mereka sendiri namun yang kami minta kepada departemen adalah melakukan kegiatan praktikum dengan mereka memberikan bagaimana dosen melakukan beberapa langkah tertentu dan mahasiswa dapat melihat video tersebut dan terdapat sesi diskusi, jadi pada minggu pertama ketika kami masih diizinkan untuk pergi ke kampus namun dalam jumlah yang terbatas di bawah sekitar lima puluh, para dosen datang ke kampus dan membuat video untuk praktikum namun ketika kami tidak diperbolehkan lagi berkegiatan di kampus lagi dan semakin terbatas untuk pergi ke kampus kami menggunakan video sebelumnya yang telah dibuat sebelum Covid-19 untuk kegiatan praktikum. Kami juga mendorong dosen untuk menentukan apakah tujuan dari praktikum tersebut adalah untuk memperdalam ilmu pengetahuan mahasiswa atau untuk melatih kemampuan karena dua hal ini berbeda. Jika untuk memperdalam ilmu pengetahuan maka terkadang akan mudah untuk dilakukan, namun jika untuk melatih kemampuan terdapat tim yang juga memberikan panduan meskipun mereka di luar kampus mereka dapat berlatih dengan diri sendiri, berlatih dengan keluarga dan sebagainya.

**Q 2** *Bagaimana mengatasi keterbatasan di lapangan misal masalah dengan koneksi internet, mereka tidak memiliki akses listrik semacam itu, mungkin kita bisa menjawab pertanyaan itu?*

Hal tersebut adalah masalah yang serius, terdapat beberapa tempat di mana ada masalah dengan *bandwidth* internet, saya juga telah membaca dokumen UNESCO yang mengatakan sekitar 70 mahasiswa dan termasuk sekolah mungkin tanpa koneksi internet. Sekarang hal tersebut adalah masalah yang harus diselesaikan jika ingin pembelajaran berjalan sepanjang hari dan jika kita ingin beralih menjadi pembelajaran secara *online*

setidaknya inisiatif tersebut didukung oleh pemerintah, jadi dalam kasus ini pemerintah kami sangat proaktif. Kesetaraan adalah hal yang perlu diupayakan. Bila tidak, ketidaksetaraan akan semakin meluas karena Covid-19 ini. Sebagai institusi atau pemerintah kita harus bisa menangani masalah-masalah besar seperti itu sebelum melaksanakan program.

**Q<sub>2</sub>** *Bagaimana metode penilaian, metode untuk menerapkan program seperti ini tentang hasil evaluasi dari tanggapan keluarga, dan tentang evaluasi keterampilan?*

Terdapat beberapa keluarga yang menolak edukasi dan juga tanggapan dari keluarga binaan yang menyelesaikan evaluasi secara *online* adalah sekitar 30%, jadi terdapat keluarga binaan yang tidak melakukan evaluasi dan kami belum melakukan tindak lanjut. Tindak lanjut yang dimaksud adalah terhadap peserta yang tidak menyelesaikan kuesioner. Namun demikian, saya rasa kita memiliki kesempatan untuk melakukan hal tersebut karena mereka adalah keluarga binaan dan mahasiswa akan tetap bekerja bersama mereka selama pandemi ini bahkan setelah pandemi berakhir mereka akan tetap menjadi keluarga binaan

Pertanyaan berikutnya mungkin tidak berhubungan dengan pendidikan berbasis komunitas namun berkorelasi dengan ujian OSCE. Kami sudah melaksanakan ujian *online* non-OSCE dan bagaimana kami mengawasinya apakah terjadi kecurangan dan sebagainya, kami memiliki sejumlah staf dan dari program studi akan membagi staf tersebut: satu staf akan mengawasi beberapa mahasiswa dan staf yang lainnya akan mengawasi sisa mahasiswa lainnya secara *online*. Berbagai hal ini adalah yang bisa dilakukan untuk mencegah kecurangan. Untuk ujian OSCE sangat tergantung dengan kontak. Sebagai contoh pada departemen pediatri, karena pesertanya sedikit maka OSCE tetap dilakukan langsung dengan berbagai tindakan pencegahan seperti pemeriksaan suhu badan, cuci tangan, menjaga jarak, tidak berjabat tangan dan sebagainya, dan kemudian mengatur jarak dari satu stase ke stase lainnya, mengatur jarak antar peserta sehingga akan tidak berpapasan dengan sering. Jadi setelah segala protokol telah dilaksanakan namun kegiatan tersebut tetap seperti OSCE pada umumnya namun menggunakan protokol Covid-19. Saya perhatikan terdapat praktik ujian OSCE hanya dengan *online* jadi semua pertanyaan

disampaikan secara *online* dan tidak akan melakukan kegiatan langsung kepada pasien, namun akan terdapat pertanyaan dengan gambar dan sebagainya. Saya juga ingin berbagi tentang kegiatan Mini-CEX untuk mahasiswa kami, beberapa mahasiswa berusaha untuk mempraktikkan kepada keluarga mereka atau teman mereka dan merekamnya.

## Referensi

1. Van den Broucke, S. (2020) 'Why health promotion matters to the Covid-19 pandemic, and vice versa', *Health promotion international*, pp. 181–186. doi: 10.1093/heapro/daaa042.
2. Chiodini, J. (2020) 'Online learning in the time of Covid-19', *Travel Medicine and Infectious Disease*. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101669.
3. Mazzoleni, S., Turchetti, G. and Ambrosino, N. (2020) 'The Covid-19 outbreak: From "black swan" to global challenges and opportunities', *Pulmonology*, pp. 117–118. doi: 10.1016/j.pulmoe.2020.03.002.
4. Saleh, A. and Mujahiddin, M. (2020) 'Challenges and Opportunities for Community Empowerment Practices in Indonesia during the Covid-19 Pandemic through Strengthening the Role of Higher Education', *Budapest International Research and Critics Institute (BIRCI-Journal): Humanities and Social Sciences*, 3(2), pp. 1105–1113. doi: 10.33258/birci.v3i2.946.
5. Schneider, S. L. and Council, M. L. (2020) 'Distance learning in the era of Covid-19', *Archives of Dermatological Research*. Springer Berlin Heidelberg, (0123456789), pp. 3–4. doi: 10.1007/s00403-020-02088-9.



# Menjaga *Well-Being* Peserta Didik dan Staf Pengajar pada Masa Pandemi

## **PENULIS**

**Nadia Greviana<sup>1,2</sup>, Judy McKimm<sup>3</sup>, Kirsty Forest<sup>4</sup>, Jo Bishop<sup>4</sup>,  
Feranindhya Agiananda<sup>5</sup>, Petrin Redayani Lukman<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Departemen Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>2</sup> Medical Education Center, Indonesia Medical Education and Research Institute (IMERI), Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>3</sup> Strategic Educational Development, Swansea University Medical School, Wales, UK

<sup>4</sup> Faculty of Health Sciences and Medicine, Bond University, Australia

<sup>5</sup> Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta

### Sumber:

Webinar title: *Student and Faculty Well-Being during Covid-19 Pandemic*  
– 14 Mei 2020. <https://zoom.us/j/93151006374>

**K**ejadian pandemi Covid-19 dengan berbagai ketidakpastian, berdampak secara masif terhadap kehidupan dan mempengaruhi setiap individu secara psikologis. Setiap individu merespons dengan emosi yang berbeda terhadap perubahan yang terjadi dalam waktu yang sangat singkat pada masa pandemi ini, di mana kekhawatiran terhadap Covid-19 yang berbahaya meningkat.

Sejak 16 Maret 2020, Presiden Joko Widodo menginstruksikan untuk “Belajar, Bekerja, dan Beribadah dari Rumah” sebagai upaya mencegah penularan Covid-19 di Indonesia. Dengan instruksi ini, masyarakat harus menjalankan berbagai aktivitas dari rumah dan membatasi aktivitas di luar rumah. Hal tersebut menyebabkan sebagian masyarakat merasa depresi karena merasa kesepian saat hanya dapat menjalankan aktivitas di rumah dan tidak dapat berkumpul dengan sanak keluarga, atau justru merasa tertekan karena berbagai peran harus dijalani dalam waktu yang sama tanpa jeda. Pandemi ini menyebabkan tekanan pada kehidupan dengan adanya ritme baru yang harus dijalani setiap orang.

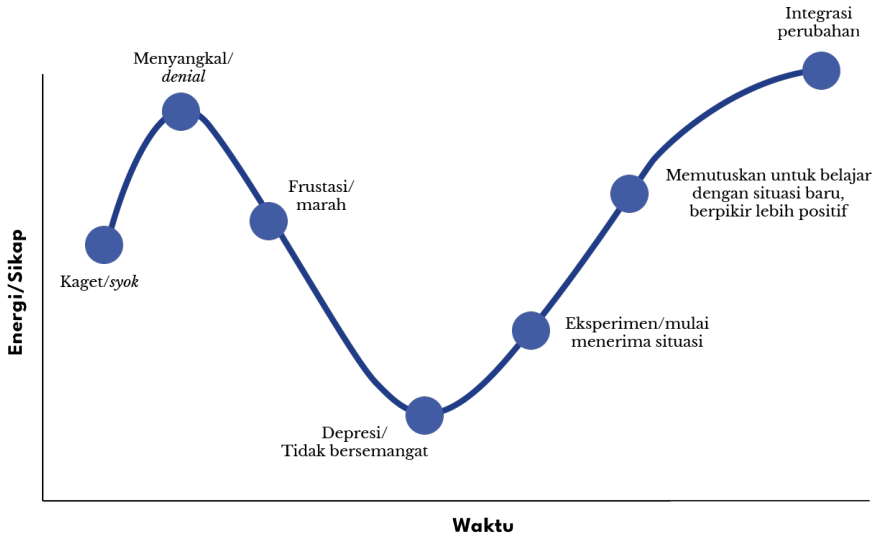


**GAMBAR 1.** Berbagai Emosi yang Dirasakan Terkait Kejadian Pandemi Covid-19

Berdasarkan Hasil Survei Terhadap Peserta Webinar Pra-Pelaksanaan Webinar 14 Mei 2020

## Bagaimana pandemi Covid-19 mempengaruhi *well-being* seseorang?

Berbagai emosi yang dirasakan oleh setiap individu pada masa ini merupakan suatu hal yang wajar. Berdasarkan Kurva Perubahan Kubler-Ross (Gambar 2) yang menggambarkan respons psikologis terhadap perubahan, terdapat beberapa tahap dan bentuk emosi yang dihadapi oleh individu saat mengalami perubahan.



**GAMBAR 2.** Kurva perubahan Kubler-Ross

Sumber: Kubler-Ross dan Kessler, 2014

Tahapan dan bentuk emosi pada kurva tersebut lazim dirasakan oleh setiap individu pada masa pandemi ini. Pada tahap awal, seorang individu dapat merasa kaget dan menyangkal adanya suatu perubahan. Reaksi emosi yang mungkin timbul pada tahap berikutnya adalah kemarahan dan kecemasan yang banyak dipengaruhi oleh berbagai pemikiran dan ketakutan akan kehilangan berbagai hal yang sebelumnya dimiliki. Sebagai contoh, pada awal pandemi banyak orang yang merasa sedih karena tidak dapat berkumpul dengan teman dan keluarga, atau tidak dapat melakukan berbagai kegiatan rutin seperti biasa karena harus bekerja, belajar, dan beribadah dari rumah karena pemerintah merekomendasikan *physical distancing*. Reaksi emosi selanjutnya adalah ketidakpedulian yang dapat menyebabkan terjadinya depresi karena reaksi emosi yang tertahan pada fase ini. Namun

dengan kemampuan adaptasi, berbagai keterampilan, dan sistem dukungan yang dimiliki, seorang individu akan dapat melihat masa depan, mulai menerima dan mengeksplorasi apa yang dapat dilakukan dengan perubahan yang terjadi sehingga performa dan produktivitas meningkat kembali (Kubler-Ross and Kelssler, 2014). Penerimaan diri sepenuhnya dengan keadaan dan perubahan yang dihadapi merupakan aspek inti dalam konsep *well-being* sebagaimana dapat dilihat pada Gambar 3. (Dodge et al, 2012).



**GAMBAR 3.** *Psychological well-being*  
 Sumber: Dodge et al., 2012

*Well-being* merupakan suatu kondisi seimbang antara sumber daya yang dimiliki seseorang dan tantangan yang dihadapi oleh individu. Saat seorang individu menghadapi tantangan, terjadi ketidakseimbangan dalam sistem *well-being* sehingga individu tersebut ‘dipaksa’ untuk beradaptasi serta menyesuaikan sumber daya yang dimilikinya dalam menghadapi tantangan tersebut. Salah satu bentuk *well-being* secara psikologis adalah kemampuan seseorang untuk mempraktikkan teknik manajemen stress, bersikap resilien, dan menciptakan emosi yang memberikan perasaan positif. (Dodge et al, 2012) Seseorang yang memiliki *well-being* yang baik merasakan kebahagiaan dan kepuasan terhadap diri sendiri dan berbagai hal yang terjadi pada dirinya.

## Bagaimana pandemi Covid-19 mempengaruhi *well-being* sivitas akademika institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan?

Pandemi Covid-19 tentunya juga berdampak pada *well-being* sivitas akademika di institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dengan adanya berbagai perubahan mendadak, baik terhadap sistem belajar mengajar maupun aspek kehidupan secara umum.

Pada masa pandemi ini, peserta didik yang merupakan bagian terbesar di institusi pendidikan mengalami berbagai permasalahan. Penelitian di Australia dan New Zealand mengidentifikasi bahwa masalah peserta didik ternyata serupa dengan yang dihadapi sebelum pandemi, tetapi tingkat keparahannya meningkat dan bertambah masalah baru terkait dengan Pembelajaran Jarak Jauh (PJJ). Tabel 1 menunjukkan berbagai permasalahan peserta didik di Australia dengan tingkat keparahan yang meningkat pada masa pandemi.

**TABEL 1.** Permasalahan peserta didik di Australia sebelum dan setelah masa pandemi

Sumber: Kemp, 2019; data Faculty of Health Sciences and Medicine Bond University, 2020

Sebelum masa pandemi	Sesudah masa pandemi
Kesulitan dalam masa transisi ke universitas	Penempatan klinis
Kesulitan dalam menyelesaikan berbagai tugas dan permasalahan beban kerja	Kemajuan belajar
Permasalahan dalam bersosialisasi	Permasalahan finansial
Kesulitan asimilasi budaya dan bahasa	Permasalahan kesehatan (terutama terkait komorbiditas)
Resiliensi dan mekanisme koping yang maladaptif	Permasalahan spesifik bagi mahasiswa internasional
Permasalahan finansial	Isolasi/ kesepian
Permasalahan kehidupan pribadi	Asesmen
Permasalahan medis atau disabilitas	Pembelajaran jarak jauh
Kondisi psikologis	Kesulitan dalam belajar
Stabilitas emosi paska trauma	Akomodasi
Adiksi dan penggunaan narkotika	Kelulusan
Asesmen	Teknologi dan konektivitas
	Terpisah dari keluarga
	Hubungan antar sesama
	Kesempatan magang/ internship
	Ketidakpastian



Bond University Australia misalnya, memiliki unit pelayanan sebagai pemberian dukungan bagi peserta didik dan staf pengajar yang tetap melayani pada masa pandemi, dengan memanfaatkan interaksi melalui telepon maupun platform telekonferensi. Unit pelayanan tersebut mendokumentasikan berbagai permasalahan yang disampaikan oleh peserta didik. (Faculty of Health Sciences and Medicine Bond University, 2020) Beberapa permasalahan seperti permasalahan terkait pemanfaatan teknologi dan koneksi, kemajuan pembelajaran, dan ketidakpastian, bertambah intensitas dan jumlahnya sehingga mempengaruhi *well-being* peserta didik secara negatif. Namun, ternyata terdapat beberapa perubahan yang terjadi pada masa pandemi ini yang justru mempengaruhi *well-being* peserta didik secara positif. Berdasarkan hasil survei di Australia dan Selandia Baru yang dilakukan dua tahun sebelum masa pandemi ini, salah satu permasalahan yang mempengaruhi *well-being* peserta didik yaitu permasalahan terkait asesmen (Kemp et al, 2019). Sebagian besar peserta didik memaparkan bahwa sistem asesmen “tutup buku” mempengaruhi mereka secara psikologis. Pada masa pandemi, Prof. Kirsty Forest menyampaikan pada kegiatan webinar bahwa peserta didik dan staf pengajar tidak dapat melakukan interaksi langsung dalam asesmen dan sebagian sistem penilaian di Australia juga diubah dari penilaian dengan angka atau huruf menjadi sistem lulus atau tidak lulus. Hal tersebut justru mengurangi tekanan dan kecemasan peserta didik dalam menghadapi ujian.

“Hal yang menarik dari permasalahan dan perubahan terkait asesmen pada masa pandemi ini adalah bahwa ternyata pandemi Covid-19 ini justru membantu peserta didik menjaga *well-being*-nya karena memungkinkan mereka mendapatkan apa yang sebelumnya tidak bisa mereka dapatkan saat ujian.

**Kirsty Forest, 2020**

Perubahan pada masa pandemi ini juga mempengaruhi peserta didik pada tahap klinik, baik peserta tahap profesi maupun

peserta program dokter spesialis. Di Indonesia, peserta didik tahap klinik tidak lagi dapat melakukan aktivitas secara langsung di rumah sakit pendidikan dan jejaring sehingga, sebagaimana dilaporkan di Australia, kekhawatiran terkait masa studi, pengembangan kompetensi karena kehilangan pembelajaran otentik dengan pasien, ketidakpastian, dan berbagai dilema terkait keinginannya untuk tetap dapat berperan di garis depan menjadi permasalahan yang mempengaruhi *well-being* mereka. Saat peserta didik mengikuti berbagai rotasi klinik di tahap profesi, mereka tidak hanya mendapatkan pengetahuan dan keterampilan, tetapi juga menciptakan hubungan. Kehilangan hubungan tentunya berdampak pada *well-being* para peserta didik. Berbagai kegiatan seminar dan pertemuan tatap muka juga dibatalkan pada masa pandemi ini. Hal tersebut berdampak pada psikologis peserta didik tahap klinik yang memerlukan berbagai kegiatan pengembangan keilmuannya.

Berbagai perubahan pada pembelajaran klinis menyebabkan peserta didik kehilangan pengalaman kolaborasi sehingga mereka meragukan kemampuan dan pencapaian kompetensi mereka.

**Kirsty Forest, 2020**

Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis yang turun langsung di pelayanan merupakan populasi rentan yang bekerja di bawah tekanan. Berbagai tekanan dihadapi peserta PPDS setiap saat: tekanan untuk bekerja dalam waktu yang cukup singkat; permasalahan finansial; tuntutan untuk belajar banyak hal; informasi terkait penyakit baru ini berubah dalam waktu yang sangat cepat; serta tanggung jawab merawat pasien secara langsung sehingga berisiko terpapar bagi dirinya sendiri dan keluarga. Beberapa hal ini menjadikan peserta PPDS berisiko memiliki gangguan mental seperti gejala obsesif-kompulsif, masalah perhatian, kecemasan, depresi, dan performa belajar. Peserta PPDS juga berisiko mengalami *burnout* dan tekanan psikologis seperti kecemasan, depresi, *hostility*, dan somatisasi. Tabel Y menunjukkan berbagai faktor diketahui dapat mempengaruhi kesehatan mental tenaga kesehatan pada masa pandemi Covid-19. Risiko dan tantangan ini perlu diperhatikan oleh pemangku kebijakan,

pengelola PPDS maupun pengelola program profesi lain ketika para peserta didik mulai kembali memberikan pelayanan di rumah sakit pendidikan.

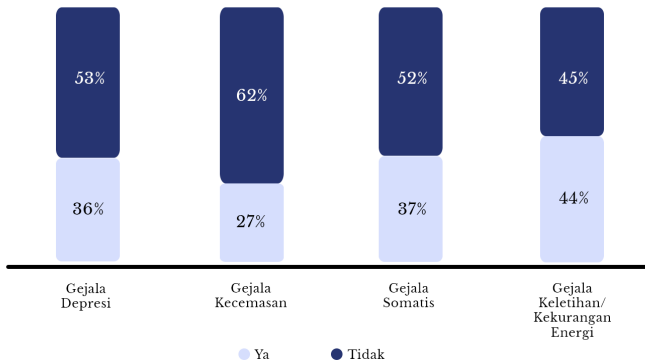
**TABEL 2.** Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Tenaga Kesehatan pada Masa Pandemi Covid-19  
Sumber: Data Survei RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo

Faktor Individual	Faktor Terkait Perjalanan	Sesudah masa pandemi
Jenis kelamin perempuan	Tekanan pekerjaan	Kekhawatiran akan stigma dan penolakan sosial dari masyarakat
Usia yang lebih muda	Beban kerja yang berat	Menghindari hubungan sosial
Agama dan kepercayaan	Isolasi dan paparan terhadap pasien	
Tingkat pendidikan	Deskripsi pekerjaan yang tidak jelas/tidak spesifik	
Memiliki keturunan	Minimnya APD	
Mekanisme koping maladaptif	Minimnya regulasi	

Selain peserta didik, perubahan pada masa pandemi dialami pula oleh staf pengajar, terutama beban kerja dengan adanya PJJ yang sebenarnya tidak membuat beban lebih sedikit. Sebagian besar staf pengajar terbiasa dengan interaksi langsung dengan kolega dan peserta didiknya. Perubahan terkait *physical distancing* menjadi tantangan tersendiri bagi staf pengajar, terutama yang tidak terbiasa dengan pemanfaatan teknologi untuk fasilitasi proses belajar mengajar. Dengan perkembangan teknologi yang sangat cepat dan banyaknya pilihan platform digital yang perlu dikuasai dalam waktu singkat, staf pengajar memerlukan upaya cukup besar untuk menyesuaikan diri. Frekuensi pertemuan daring yang cukup sering, penggunaan surel yang meningkat seiring berkurangnya interaksi langsung, juga dapat menyebabkan kelelahan kognitif pada staf pengajar dalam menjalankan perannya; hingga pada masa pandemi ini dikenal berbagai istilah baru seperti *'zoom fatigue'* maupun *'e-mail fatigue'*.

Berdasarkan hasil survei yang dilakukan pra-webinar kepada peserta webinar yang sebagian besar merupakan staf pengajar menggunakan *Self Reported Questionnaire (SRQ)-20*, dari 89 orang responden, didapatkan bahwa 22% mengalami kondisi psikopatologis. Berdasarkan survei, didapatkan bahwa 49.44% responden mengalami gejala keletihan atau berkurangnya energi. Responden juga mengalami gejala depresi, kecemasan, serta gejala somatis sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 4.

## GEJALA PSIKOLOGIS



**GAMBAR 4.** Hasil survei dengan SRQ-20 terhadap peserta webinar Berdasarkan hasil survei pra-pelaksanaan webinar 14 Mei 2020

Pembagian peran tanpa adanya jeda menjadi tantangan lain untuk staf pengajar. Peran individu sebagai orang tua, anak, menantu, dan peran utama untuk menjaga diri dan keluarga bertambah seiring meningkatnya interaksi di dalam rumah, di samping peran individu sebagai staf pengajar di Indonesia yang memiliki kewajiban melakukan tridharma perguruan tinggi, serta berbagai peran khusus yang dimiliki oleh pengajar kedokteran dan profesi kesehatan, meliputi peran sebagai mentor, staf pengajar klinis, pengelola pendidikan, dan sebagainya. (Harden dan Crosby, 2000) Setiap orang perlu membiasakan diri secara mendadak untuk melakukan *multitasking* dan mendapatkan berbagai distraksi saat yang mungkin mempengaruhi *well-being* bagi sebagian orang.

Staf pengajar yang berperan sebagai role model juga memiliki beban untuk menjaga integritas dan profesionalisme selama melakukan interaksi melalui platform digital. Perubahan peran dan adaptasi beban kerja ini mempengaruhi *well-being* staf pengajar dalam masa pandemi.

## Bagaimana cara menjaga *well-being* sivitas akademika di masa pandemi Covid-19?

“*This is a pandemic. Not a productivity contest.*  
Unknown

Kejadian pandemi Covid-19 yang dialami tentunya tidak membuat daftar pekerjaan berkurang bagi semua pihak di institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Dampak masa pandemi dirasakan setiap individu. Oleh karena itu, melambatnya produktivitas merupakan hal yang wajar terjadi. Faktor utama yang perlu diperhatikan oleh setiap individu untuk menjaga *well-being* secara umum adalah sebagai berikut:

### A. Keamanan

Pada masa pandemi, keamanan menjadi aspek terpenting yang perlu diperhatikan. Setiap individu perlu memastikan bahwa dirinya merasa aman. Setiap individu perlu merasa aman secara fisik maupun secara psikologis. Merujuk pada segitiga Maslow atau *Maslow's hierarchy of needs*, rasa aman merupakan kebutuhan dasar setiap individu (McLeod, 2018).

### B. Tetap terhubung

Sebagai makhluk sosial, manusia memiliki kebutuhan dasar untuk tetap terhubung dan bersosialisasi. Kebijakan *physical distancing* bukan berarti setiap individu tidak dapat terhubung dengan dunia luar dan komunitasnya. Pemanfaatan teknologi dalam hal ini memegang peranan besar untuk tetap terhubung, sehingga seorang individu dapat berbagi dan tidak merasa sendiri. Perubahan yang terjadi di dunia pendidikan memerlukan kolaborasi peserta didik dan staf pengajar untuk dapat mendesain bersama (*co-design*) aktivitas pembelajaran meskipun tidak dapat berinteraksi secara langsung. Setiap individu perlu tetap terhubung untuk melewati kesulitan pada kurva perubahan sehingga individu tersebut merasa sebagai bagian dari suatu komunitas yang mendorongnya untuk berkembang dan berkontribusi. Selain interaksi yang terkait dengan pekerjaan dan pembelajaran (*macro affirmation*), setiap individu perlu berinteraksi ringan dan saling menanyakan aspek

kehidupan lainnya melalui *small talks* atau *micro affirmation*. Saling menyapa, menanyakan kabar, interaksi singkat menjadi penting untuk saling membantu melalui tahapan dalam kurva perubahan.

### C. Resiliensi

Resiliensi merupakan hal yang sangat penting dalam menghadapi suatu perubahan dan krisis. Sifat resiliensi seseorang ditunjukkan dengan sikap yang adaptif, tahan terhadap stress sehingga kemampuan ini dapat membantunya untuk berkembang dalam keadaan sulit. Meskipun diketahui bahwa resiliensi bersifat fluktuatif, kemampuan untuk selalu resilien perlu terus dikembangkan. Berbagai pendekatan dapat diadaptasi untuk mengembangkan resiliensi sivitas akademika pada masa pandemi, meliputi (Jo Bishop, 2019):

- Merawat diri dan kesehatan jiwa dengan tidur cukup, olahraga, relaksasi, dan manajemen stress
- Membangun kekuatan untuk tetap bergerak dan mengambil keputusan meskipun dalam masa sulit dan penuh tekanan dengan tujuan atau target yang realistis
- Selalu menyempatkan diri untuk melakukan refleksi diri
- Mengakui dan belajar dari kesalahan
- Membangun sistem dukungan

### D. Pola pikir dan *mindset*

Membangun pola pikir positif dan optimistik menjadi hal penting dalam menghadapi pandemi dan berbagai perubahan. Fokus pada hal yang dapat dikontrol merupakan kunci dalam berpikir positif dan optimistik. Selain itu, setiap individu perlu melatih dirinya untuk memiliki *growth mindset* dengan menganggap bahwa perubahan yang terjadi adalah tantangan yang akan membantu dirinya berkembang.

### E. Identifikasi kebutuhan untuk adaptasi psikologis terhadap perubahan dan krisis

Semua orang tentunya perlu menyadari dan merekognisi bahwa setiap orang memiliki kebutuhan yang berbeda. Beberapa elemen praktis yang dapat dilakukan untuk mengidentifikasi kebutuhan diri sendiri dan orang lain dalam tim dapat dilakukan dengan mengingat akronim FACE COVID (Gambar 5)



**GAMBAR 5.** Langkah praktis dalam merespons krisis dalam pandemi Covid-19  
 Sumber: Harris, 2020

## **Peran kepemimpinan dan pengelola program**

Pimpinan dan pengelola program pendidikan memiliki peranan penting dalam mengembangkan kemampuan yang dapat menjaga *well-being* sivitas akademika di institusi pendidikan. Nilai penting dalam kepemimpinan yang dapat diadaptasi meliputi:

- Respek terhadap sesama
- Rekognisi terhadap berbagai masukan serta tahap adaptasi individual
- Responsif terhadap berbagai kebutuhan
- *Responsibility*/ Tanggung jawab dan saling memberdayakan
- Reflektif terhadap kekurangan
- *Role model positive mindset*

## A. Menjaga *well-being* peserta didik

Titik awal untuk mempertimbangkan sejauh mana pendidik dan institusi bertanggung jawab atas kesehatan dan *well-being* peserta didik adalah prinsip ‘*First, do no harm*’. Pendidik harus mempertimbangkan peran mereka sebagai pengajar, perancang program, dan menciptakan dukungan dan keamanan lingkungan pembelajaran yang akan membantu peserta didik untuk menghadapi tantangan di masa depan.

**Jo Bishop, 2019**

Peserta didik memerlukan berbagai dukungan untuk beradaptasi dengan berbagai perubahan dan kebiasaan baru. Beberapa tips dapat diadaptasi dan dibagikan kepada peserta didik untuk mendukung keberhasilan PJJ, meliputi:

### 1. Menciptakan ruang belajar yang nyaman dan mengurangi distraksi

Ruang belajar yang cukup tenang, rapi, dan jauh dari distraksi dapat diciptakan dan digunakan secara teratur oleh peserta didik. Peralatan untuk mendukung PJJ, seperti *headphones* dan koneksi internet, perlu dilengkapi. Fasilitas yang dapat difasilitasi oleh institusi adalah sumber belajar berupa buku dan akses jurnal serta platform pembelajaran *synchronous* berlangganan.

### 2. Menciptakan rutinitas dan menaatinya

Peserta didik perlu diingatkan untuk membuat jadwal, baik jadwal yang dibuat oleh pengelola, jadwal belajar mandiri, maupun alokasi waktu mengerjakan tugas, dan menepatinya secara rutin untuk mendukung kemajuan belajarnya. Modul dapat didesain *self-paced* sehingga kemampuan pengaturan belajar mandiri yang baik menjadi faktor yang penting.



### 3. Terlibat dan berpartisipasi aktif dalam pembelajaran

Belajar merupakan suatu proses aktif sehingga peserta didik perlu diingatkan untuk berpartisipasi aktif dalam berbagai sesi pembelajaran, baik *synchronous* maupun *asynchronous*.

### 4. *Mindset* positif merupakan kunci

Peserta didik perlu diingatkan untuk tetap mempertahankan aspek profesionalisme, etika, dan *mindset* positif selama PJJ. Sebagian peserta didik mungkin bersikap skeptis dengan PJJ, namun, pengelola dapat menyampaikan bahwa dengan adanya perubahan dan perkembangan teknologi, *telehealth* merupakan salah satu kebutuhan sehingga peserta didik dapat memanfaatkan keadaan saat ini sebagai masa untuk mengembangkan profesionalisme terkait *telehealth*.

### 5. Bersabar dan berbuat baik pada diri sendiri dan orang lain

Pengelola program dan staf pengajar perlu membantu peserta didik dalam melewati kurva perubahan di masa sulit ini dengan menunjukkan perhatian dan memberikan dukungan yang diperlukan.

Dalam memberikan dukungan yang diperlukan dalam melewati masa pandemi dan berbagai perubahan ini, institusi perlu memerhatikan sistem pemberian dukungan pada peserta didik. Peran konselor yang tidak terlibat dalam proses belajar mengajar dan asesmen peserta didik menjadi penting. Konselor dapat melakukan berbagai dukungan melalui konsultasi tatap muka, melalui telepon, maupun *telehealth* seperti yang dilakukan di Bond University, Australia. Dalam skala yang lebih besar, kerja sama antar institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dapat menciptakan suatu sistem konseling bersama yang dapat dimanfaatkan oleh seluruh peserta didik dalam bidang kedokteran dan profesi kesehatan, seperti yang dilakukan di regional Australia-Selandia Baru.

Sesuai dengan salah satu prinsip utama untuk mempertahankan *well-being* seseorang adalah untuk tetap terhubung, peserta didik juga dapat dianjurkan untuk saling memberikan dukungan dalam melalui berbagai perubahan yang terjadi. Hal tersebut dapat dilakukan dengan peran serta organisasi kemahasiswaan dan organisasi ekstrakurikuler mahasiswa. Inisiatif juga dapat dilakukan oleh peserta didik melalui berbagai kanal organisasi, seperti terlibat dalam proses edukasi masyarakat melalui media sosial, terlibat dalam mengumpulkan donasi untuk masyarakat terdampak dan distribusi Alat Pelindung Diri (APD), dan sebagainya. Melalui berbagai keterlibatan dalam kegiatan, diharapkan peserta didik dapat memiliki rasa kepercayaan diri yang baik sehingga lebih

mudah bagi mereka melalui masa sulit.

Bagi peserta didik program pendidikan spesialis, beberapa pendekatan yang lebih intensif tentunya diperlukan. Rumah Sakit Umum Pusat dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) yang merupakan rumah sakit pendidikan utama dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang menaungi lebih dari 30 program studi dan 3000 peserta didik memiliki beberapa intervensi yang telah dilakukan untuk menjaga *well-being* peserta didik yang turun langsung sebagai tenaga kesehatan di garis depan, meliputi:

### 1. Survei dan *Skrining*

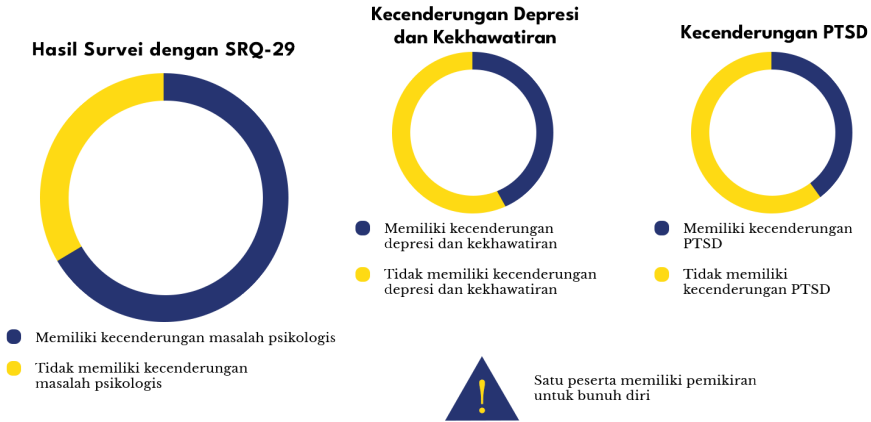
RSCM melakukan survei dengan tujuan untuk melihat kebutuhan dan masalah yang dialami oleh para tenaga kesehatan di RSCM dalam masa pandemi. Survei tersebut dilakukan pada bulan Maret dan April 2020. Hasil survei yang diisi oleh 393 responden tersebut menunjukkan bahwa terdapat berbagai kekhawatiran dari tenaga kesehatan, meliputi ketakutan terpapar dan menularkan pada keluarga, kekhawatiran terkait kesehatan dan *well-being* sehingga diperlukan regulasi lebih lanjut terkait hal tersebut, ketakutan untuk tidak mendapatkan Alat Pelindung Diri (APD) yang cukup, ketakutan terhadap stigma yang didapatkan dari masyarakat, serta kesulitan dalam mengelola berbagai gejala kesehatan mental seperti insomnia dan kecemasan. Berdasarkan hasil survei tersebut diketahui bahwa tenaga kesehatan di garis depan memerlukan akses pelayanan kesehatan mental secara langsung maupun *online* serta informasi dan pemeriksaan fisik dan psikologis secara teratur.

Melihat bahwa hasil survei menunjukkan bahwa tenaga kesehatan memerlukan pendampingan secara psikologis, RSCM melakukan skrining pada bulan April dan Mei 2020. Survei tersebut menggunakan instrumen *Self Reported Questionnaire-29* untuk menjangkau tenaga kesehatan yang memerlukan intervensi lebih lanjut.

Hasil skrining tersebut menunjukkan bahwa dari 56 partisipan yang mengisi kuesioner, 66% menunjukkan adanya kecenderungan permasalahan psikologis, dengan 43% mengalami gejala depresi dan kecemasan, dan 41 % mengalami gejala PTSD. Hal yang mencengangkan adalah terdapat 1 peserta yang memiliki pemikiran untuk mengakhiri kehidupannya. (Gambar 6)

### 2. Intervensi

Intervensi dilakukan sebagai upaya tindak lanjut dari hasil skrining yang telah dilakukan. Intervensi yang dilakukan berupa terapi individu dan kelompok yang dilakukan secara *online*. Sebagian besar peserta memilih untuk mendapatkan terapi secara individual dibandingkan dengan terapi berkelompok. Intervensi



**GAMBAR 6.** Hasil Survei dengan SRQ-29 terhadap Tenaga Kesehatan  
Data Survei RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo

yang diberikan dalam sesi terapi. Berbagai pendekatan terapi yang dilakukan yaitu psikoterapi suportif, terapi kognitif-behavioral, dan *mindfulness-based therapy*, yang meliputi:

a. Pemberian psikoterapi suportif

Psikoterapi suportif dan empati terhadap perasaan kecemasan, rasa marah, dan kekhawatiran yang dihadapi peserta didik dan membantu dalam mengelolanya. Suasana aman tentunya diperlukan agar peserta didik bersedia menceritakan berbagai perasaannya.

b. Pengelolaan pemikiran dan perasaan negatif

Pemikiran dan perasaan negatif yang wajar dirasakan pada masa pandemi perlu dikelola dengan baik dengan berfokus pada hal yang dapat dikontrol oleh seorang individu sehingga diharapkan individu tersebut dapat segera bangkit dan memiliki semangat kembali.

c. Pelatihan kemampuan adaptasi

Untuk meningkatkan kemampuan adaptasi, dapat dilakukan penambahan akses informasi dan penggunaan sosial media terkait Covid-19, pembuatan jurnal berisi keluhan yang dirasakan, merencanakan aktivitas bersama keluarga, dan sosialisasi dengan memanfaatkan aplikasi dan teknologi seperti *video calls*.

d. Pemberian latihan relaksasi

Relaksasi dilakukan dengan meregulasi napas, relaksasi otot, membayangkan tempat yang nyaman dan tenang, serta afirmasi positif.

Setelah diberikan intervensi tersebut, diharapkan para tenaga kesehatan terutama peserta didik program spesialis dapat memiliki kemampuan adaptasi dan *well-being* yang lebih baik.

## **B. Menjaga *well-being* staf pengajar**

Untuk menjalankan berbagai peran, staf pengajar perlu mendapatkan berbagai dukungan dari sesama staf pengajar. Peran komunitas praktisi menjadi hal yang penting untuk menjaga *well-being* staf pengajar. Berbagai pendekatan dapat diadaptasi oleh komunitas staf pengajar, meliputi:

### **1. Keamanan adalah hal terpenting, komunikasi dan transparansi adalah kunci membangun tim secara jarak jauh**

Pandemi Covid-19 dialami di berbagai belahan dunia. Oleh karena itu, setiap institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dapat saling belajar tentang pendekatan yang efektif digunakan dalam pembelajaran dan mengadaptasinya. Dalam proses ini, komunikasi memegang peranan penting. Teknologi telah tersedia untuk bekerja bersama secara jarak jauh. Komunikasi diperlukan untuk memilih dan menyepakati platform komunikasi apa yang paling cocok bagi setiap tim dan kegiatan sesuai dengan kebutuhannya, apakah akan menggunakan *Zoom*, *Microsoft Teams*, *Google Drive*, *Whatsapp Groups*, *e-mail*, *learning management system* institusi, dan sebagainya. Tim IT memegang peranan penting pada masa ini sehingga institusi dapat memastikan tim IT siap untuk membantu saat diperlukan. Selain berkomunikasi dan menyepakati *platform* yang akan digunakan untuk mendukung suatu pekerjaan, perlu juga disepakati bagaimana etika dalam rapat, misalnya, apakah harus selalu menggunakan video saat rapat, apakah setiap hal harus dikomunikasikan melalui surel dan grup telekomunikasi, dan sebagainya.

### **2. Fleksibilitas diperlukan oleh semua pemangku kepentingan**

Setiap pemangku kepentingan perlu bersikap fleksibel dan adaptif terhadap berbagai perubahan setiap hari. Beberapa anggota tim mungkin tidak dapat mengikuti rapat daring tepat waktu karena masalah koneksi sehingga memerlukan dukungan teknis lebih banyak daripada anggota tim lainnya. Mengingat maraknya *cognitive overload* yang terjadi, tim perlu menyepakati berbagai hal tersebut untuk mencegah terjadinya '*Zoom fatigue*', '*email fatigue*', maupun '*Whatsapp group fatigue*'. Setiap individu dalam tim perlu mempertimbangkan berbagai hal, seperti apakah suatu hal sangat penting untuk dikirimkan dan diketahui anggota tim saat ini ataukah dapat menunggu. Jika memang sangat penting, aplikasi *chat* dapat menjadi pilihan. Jika tidak terlalu penting dan waktu tunggu bisa lebih lama, surel dapat menjadi pilihan.

### 3. Teknologi dapat membantu tetapi tetap perlu realistis dalam pemanfaatannya

Tidak semua anggota tim, termasuk staf pengajar, familiar dengan platform teknologi yang dapat digunakan untuk pembelajaran. Tidak semua staf pengajar mampu beradaptasi dengan cepat untuk mempersiapkan dan melaksanakan sesi PJJ. Memastikan tim IT adalah hal yang vital, tetapi terdapat keterbatasan. Institusi dapat membuat petunjuk kerja atau *Standard Operating Procedure (SOP)* yang detil dan dapat diakses semua staf pengajar. Persiapan kegiatan PJJ memerlukan waktu yang mungkin lebih lama dibandingkan dengan persiapan kegiatan tatap muka, oleh karena itu, pengelola program perlu mengalokasikan waktu yang cukup untuk persiapan semua pihak yang terlibat.

### 4. Identifikasi kebutuhan kolega dan setiap anggota tim

Hal spesifik yang perlu menjadi perhatian dalam menghadapi berbagai perubahan adalah mengidentifikasi kebutuhan kolega dan anggota tim. Bersikap terbuka terhadap apa yang dirasakan oleh diri sendiri sebagai anggota tim dapat membantu agar anggota lain dapat terbuka terhadap perasaannya sehingga m dapat saling membantu.



**GAMBAR 7.** Berbagai perasaan positif yang disyukuri para staf pengajar dalam menghadapi pandemi

Berdasarkan hasil survei terhadap peserta pada pelaksanaan webinar 14 Mei 2020

### 5. Membangun komunitas dengan kolega

Sejalan dengan prinsip utama dalam menjaga *well-being* yaitu untuk tetap terhubung, staf pengajar perlu diingatkan dengan diberikan kesempatan untuk mendiskusikan berbagai hal, salah

satunya adalah dengan melakukan evaluasi terkait inovasi yang dilakukan dalam masa PJJ. Sebagai contoh apakah suatu modul atau metode masih relevan dengan berbagai perkembangan terkini, apakah penjadwalan bagi peserta didik terlalu padat, apakah asesmen secara daring membantu peserta didik mendukung *well-being* peserta didik, bagaimana mempertahankan integritas akademik sehingga peserta didik yang menyelesaikan studi pada tahun 2020 dapat diterima di komunitas tanpa mendapatkan stigma, serta membahas berbagai kemungkinan terkait berbagai penyesuaian yang telah dilakukan saat ini jika diterapkan pasca pandemi atau pada masa *new normal*.

## Q & A

**Q1** *Bagaimana saya dapat membantu kolega saya yang mengalami depresi karena pandemi ini?*

Seringkali seseorang yang sedang berada dalam suasana hati yang kurang baik sulit dibedakan dengan orang yang mengalami depresi. Suasana hati yang kurang baik sebenarnya merupakan sesuatu yang wajar pada masa pandemi seperti ini, sedangkan depresi memerlukan pendekatan yang lebih dari praktisi kesehatan. Jika seseorang terlihat sedang dalam suasana hati yang kurang baik, sebagai kolega kita dapat berkomunikasi untuk menanyakan perasaannya. Jika memang terbukti secara klinis kolega tersebut mengalami depresi, langkah awal yang dapat diberikan sebagai kolega adalah menciptakan lingkungan yang suportif, berikan ruang untuk yang bersangkutan untuk mengemukakan perasaannya sehingga penyebab dari depresinya dapat ditemukan. Melalui diskusi dan komunikasi, diharapkan kolega tersebut dapat melihat suatu masalah lebih jelas.

**Q2** *Hal apakah yang dapat membantu peserta didik atau staf pengajar dalam menghadapi ketidakpastian pada masa ini?*

Staf pengajar perlu memastikan bahwa peserta didik mendapatkan cukup informasi terkait berbagai risiko yang mereka hadapi, baik terkait pembelajaran maupun dalam kegiatan sehari-hari. Staf pengajar juga perlu

mengulang dan mengingatkan peserta didik bahwa staf pengajar dan pengelola program menyediakan berbagai dukungan jika diperlukan. Mengingat setiap orang menghadapi kurva krisis, tidak menutup kemungkinan ketika peserta didik sedang berada di kurva terendah, peserta didik tidak menyadari bahwa selain berbagai risiko yang dihadapi, institusi juga menyediakan berbagai fasilitas dukungan yang dapat dimanfaatkan.

**Q 3** *Bagaimana staf pengajar dapat memastikan peserta didik merespon dengan baik dalam menghadapi Covid-19 yang sangat mendadak?*

Staf pengajar perlu menyadari bahwa setiap orang terdampak dan harus melewati tahapan dalam kurva krisis, kadang kurva krisis tersebut terjadi tidak hanya mengenai satu hal saja dalam suatu waktu tertentu. Staf pengajar juga perlu menyadari bahwa salah satu kebutuhan manusia adalah jaring pengaman sebagai bentuk dari kepastian. Staf pengajar dapat menyediakan jaring pengaman bagi peserta didik misalnya dengan menciptakan struktur dan jadwal rutin dalam pembelajaran dan berbagai hal lain yang dapat dikontrol oleh staf pengajar.

**Q 4** *Apakah peran lingkungan, teman, dan keluarga dalam mempertahankan well-being atau pemikiran positif dalam masa sulit?*

Di Bond University, peserta didik sudah menjalani PJJ cukup lama dan selama itu peran dekanat dengan berkoordinasi dengan organisasi kemahasiswaan cukup berperan penting. Pimpinan juga berupaya untuk terus terhubung dengan peserta didik melalui sosial media dengan membuat infografis atau segmen *frequently asked questions* tentang bagaimana mengurangi kecemasan dan sebagainya. Pengelola modul juga mengadakan webinar, salah satunya bagi peserta didik tingkat pertama. Dukungan teman/ *peer support* dan mentor juga disiapkan untuk peserta didik tingkat pertama agar peserta didik dapat menanyakan hal sederhana seperti buku anatomi terbaik apa yang diperlukan, stetoskop apa yang perlu disiapkan, dan sebagainya. Pimpinan juga berkomunikasi dengan para lulusan yang baru saja menyelesaikan studinya untuk menanyakan bagaimana persiapan mereka untuk berkarir sehingga diharapkan

memunculkan optimisme bagi para lulusan. Dengan sesama staf pengajar, pimpinan dan tim berdiskusi tentang PJJ, mendiskusikan dan memunculkan kreativitas dalam menyusun berbagai metode pembelajaran jarak jauh. Hal menarik adalah bahwa dalam masa krisis, tim pengelola program justru bekerja sangat efektif di tengah krisis.

**Q 5** *Apakah dukungan terbaik untuk mendukung tenaga kesehatan? Apakah ada rencana untuk mempersiapkan psikoterapi dengan dukungan teman? (peer-support psychoteraphy)*

*Peer support psychoteraphy* merupakan ide yang sangat baik sehingga sesama rekan tenaga kesehatan dapat saling menolong memberikan konseling. Dengan kultur di Indonesia, peserta didik seringkali segan untuk berbicara dengan orang lain yang tidak cukup dekat. Residen atau para peserta program PPDS mungkin tidak ingin menceritakan kecemasannya pada konsultan karena tidak ingin kekurangannya terlihat atau takut mendapatkan kesan negatif. Oleh karena itu, dukungan teman sangat penting dan dapat membantu.

**Q 6** *Bagaimana fakultas dapat memberikan dukungan bagi peserta didik yang memiliki akses telekomunikasi yang kurang baik atau tidak mendapatkan dukungan teman seperti saat kegiatan belajar di kampus?*

Hal yang pertama dapat dilakukan tentunya memastikan setiap peserta didik mengetahui dukungan apa yang dapat diberikan oleh fakultas. Selanjutnya, fakultas dapat melatih staf pengajar untuk mengidentifikasi tanda dan gejala terjadinya permasalahan pada mahasiswa. Setiap staf pengajar memiliki daftar peserta didik sehingga dalam interaksi pembelajaran jarak jauh, staf pengajar tetap dapat melihat siapa yang berpartisipasi, terlebih lagi dengan data analitik dari sistem pembelajaran dapat terlihat siapa yang melakukan log in, yang mengajukan pertanyaan melalui e-mail, dan berbagai engagement yang diharapkan. Ketika ada peserta didik yang terlihat kurang partisipatif dalam berbagai kegiatan, staf pengajar dapat mencoba menghubungi secara personal sehingga dapat diidentifikasi adanya permasalahan konektivitas maupun permasalahan lainnya yang dapat didiskusikan lebih lanjut.



**Q 7** *Apakah terdapat pelatihan pertolongan pertama pada penyakit mental?*

A: Di Indonesia terdapat berbagai pelatihan pertolongan pertama pada penyakit mental untuk korban bencana alam, namun untuk Covid-19 beberapa penyesuaian perlu dilakukan dalam mengadaptasi pelatihan tersebut. Beberapa organisasi internasional seperti Coursera memberikan pelatihan serupa yang dapat diakses secara daring oleh staf pengajar sehingga dapat dimanfaatkan untuk institusi dalam membantu menjaga *well-being* peserta didik dan staf pengajar.

**Q 8** *Seiring dengan melonggarnya aturan untuk tidak keluar rumah, bagaimana institusi perlu menyiapkan staf pengajar dan peserta didik untuk kembali ke 'normal' atau untuk menghadapi new normal?*

Semua percaya bahwa peradaban manusia tidak akan kembali seperti sebelum kejadian pandemi. Pimpinan tentunya perlu memberikan *reassurance* bahwa pimpinan akan menyusun rencana terbaik dalam menghadapi berbagai perubahan di masa *new normal* demi keamanan semua pihak. Berbagai kebiasaan baru dari masa pandemi juga mungkin tidak akan berubah, beberapa modul mungkin akan tetap dijalankan secara daring karena saat ini pun sudah terjadi *blended learning* dengan hasil yang cukup baik. Hal penting yang juga perlu dipikirkan adalah terkait resiliensi. Pengelola program perlu mempertimbangkan adanya berbagai kegiatan yang membantu untuk meningkatkan resiliensi. Kunci utama yang akan membantu melewati berbagai perubahan lainnya di masa *new normal* adalah komunikasi dan koneksi. Pada setiap perubahan, setiap individu perlu menyadari bahwa "*it is OK not to be OK*", berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk melaluinya adalah dengan menemukan orang atau mitra yang tepat dan dapat dipercaya untuk berbagi dan melewatinya bersama. Saling peduli dan mendukung juga diperlukan untuk memastikan setiap orang melatih pola pikir positif sehingga seluruh anggota sivitas akademika dapat terus beradaptasi dan bersikap lebih fleksibel di situasi yang baru dengan *well-being* yang baik.

## Referensi

1. Bishop J, Horton G, Hu W, Vogan C. Supporting Learner Well-being. Dalam Swanwick T, Forrest K, O'Brien BC. Understanding Medical Education Evidence, Theory, and Practice. 3<sup>rd</sup> edition. Wiley. 2019
2. Dodge R, Daly A, Huyton J, Sanders L. The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*. 2012;2(3):222-235
3. Faculty of Health Sciences and Medicine Bond University. Student health and well being. Diakses secara daring melalui <https://bond.edu.au/intl/about-bond/academia/faculty-health-sciences-medicine/student-health-and-well-being> pada tanggal 19 Juni 2020 pukul 13.11
4. Harden RM dan Crosby J. The good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher. *AMEE Medical Education Guide no.20. Medical Teacher*. 2000. 22(4): 334-47
5. Harris R. FACE COVID. Diakses secara daring melalui <http://www.actmindfully.com.au> pada tanggal 19 Juni 2020 pukul 13.49
6. Kemp S, Hu W, Bishop J, Forrest K, Hudson JN, Wilson I, Teodorczuk A, Rogers GD, Roberts C, Wearn A. Medical Student Wellbeing- a consensus statement from Australia and New Zealand. *BMC Med Educ*. 2019. 19(69)
7. Kübler-Ross E, Kessler D. *On grief & grieving : finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner. 2014
8. McLeod S. Maslow's Hierarchy of Needs. 2018. Diakses secara daring melalui <https://www.simplypsychology.org/maslow.html> pada tanggal 19 Juni 2020 pukul 13.48





# Kepemimpinan dan Pengelolaan Perubahan di Masa Adaptasi Pembelajaran Daring

## **PENULIS**

**Ardi Findyartini<sup>1,2</sup>, Dwiana Ocviyanti<sup>3</sup>, Ova Emilia<sup>4</sup>, Judy McKimm<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Departemen Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>2</sup> Medical Education Center, Indonesia Medical Education & Research Institute, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>3</sup> Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, RSUPN Cipto Mangunkusumo, Jakarta

<sup>4</sup> Departemen Pendidikan Kedokteran dan Bioetika, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>5</sup> Strategic Educational Development, Swansea University Medical School, Wales, UK

## Sumber:

Webinar title: *Leadership and Change Management in Health Professions Education during Covid-19 Pandemic* – 23 April 2020. <https://zoom.us/j/976941177>

**D**alam masa pandemi Covid-19 dan berbagai adaptasi yang perlu dilakukan dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, institusi pendidikan banyak menghadapi tantangan. Berbagai pengambilan keputusan penting perlu dilakukan di level program studi, fakultas, universitas dan melibatkan semua pemangku kepentingan termasuk pengelola program studi, staf pengajar, mahasiswa dan tenaga kependidikan. Dalam kondisi saat ini, pengambilan keputusan perlu dilakukan segera, namun menjadi sangat sulit karena banyaknya ketidakpastian, terutama terkait informasi berasal dari pandemi Covid-19 itu sendiri. Bab ini akan membahas konsep kepemimpinan dan manajemen perubahan secara keseluruhan, pengalaman pengambilan keputusan dan berbagai keputusan strategis di dua fakultas kedokteran di Indonesia dan refleksi staf pengajar kedokteran berdasarkan prinsip kepemimpinan, *followership* dan manajemen perubahan.

## Kepemimpinan dan Perubahan di Institusi Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan dalam Masa Pandemi Covid-19

Topik kepemimpinan dan manajemen perubahan yang menjadi landasan penting bagi pimpinan institusi dalam kondisi saat ini perlu ditinjau dari berbagai sudut pandang yaitu pandangan bahwa pemimpin adalah agen perubahan yang penting di masa pandemi, berbagai pendekatan kepemimpinan yang dapat bermanfaat, dan instrumen atau teknik yang dapat digunakan untuk mengelola perubahan.

Beberapa konsep yang perlu diperhatikan adalah tentang *leadership*/kepemimpinan, manajemen dan *followership*. *Leadership*/kepemimpinan berfokus pada perubahan, menentukan arahan, dan proses adaptasi (*doing the right thing*). Sedangkan manajemen lebih banyak mendiskusikan perencanaan, stabilitas dan urutan dari penyelesaian suatu misi atau tugas (*doing things right*). Dalam suatu organisasi kedua komponen ini tentunya sangat diperlukan dan penerapannya memerlukan pemahaman terhadap

organisasi itu sendiri, situasi, tim yang membentuk konteks secara keseluruhan. Komponen ketiga yang tidak kalah pentingnya adalah *followership* karena pada dasarnya seseorang tidak dapat selalu memposisikan diri sebagai pemimpin. Ada kalanya diperlukan seseorang atau sekelompok orang yang berperan mendukung, menyampaikan pertanyaan dan usulan secara aktif dan berperan dalam penyelesaian tugas, sehingga tim dan organisasi dapat berjalan dengan baik (McKimm J, Swanwick T, 2019).

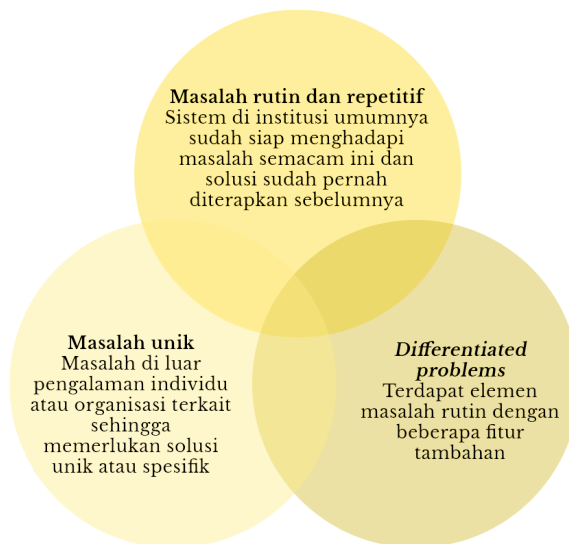
Selanjutnya ketiga komponen tersebut di atas akan sangat penting dalam perubahan yang terjadi di organisasi. Perubahan dapat diartikan sebagai ‘proses yang menyetarakan orang-orang, berbagai sumber dan budaya organisasi dengan perubahan arah organisasi’. Perubahan ini dipercaya menjadi aspek konstan yang dapat diprediksi, sehingga kemampuan untuk mengelola perubahan dalam suatu organisasi/institusi menjadi salah satu karakter penting seorang pemimpin yang berhasil. Dalam melakukan berbagai perubahan penting dan strategis di institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, seperti halnya dalam masa pandemi Covid-19, terdapat beberapa tips atau strategi yang dapat diterapkan.

## A. Tip 1 – Identifikasi tantangan penting, tujuan dan ruang lingkup perubahan

<b>TANTANGAN (CHALLENGES)</b>	Apakah tantang utama yang dihadapi dalam jangka pendek dan jangka panjang sebagai implikasi dari pandemi?
<b>KESEMPATAN (OPPORTUNITIES)</b>	Kesempatan apa sajakah yang kita miliki? Bagaimana kita dapat meningkatkan berbagai kesempatan ini?
<b>IDE-IDE (IDEAS)</b>	Strategi apakah yang dapat kita bagikan kepada orang lain dan pelajaran ( <i>lesson learned</i> ) apa sajakah yang dapat kita pelajari dari pengalaman berbagai institusi di seluruh dunia
<b>KEBUTUHAN (NEEDS)</b>	Apakah yang kita perlukan untuk menjamin kontinuitas proses pembelajaran, bagi para pemimpin, administrator, staf pengajar, mahasiswa, dan institusi?
<b>LANGKAH SELANJUTNYA (NEXT STEPS)</b>	Apakah yang dapat kita kerjakan minggu ini, minggu depan, dan selanjutnya? Siapa harus mengerjakan apa?

**GAMBAR 1.** Pendekatan COINN untuk menganalisis tantangan/masalah

Tantangan dan masalah yang dihadapi institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di masa pandemi ini sangat banyak. Salah satu cara untuk memikirkan hal ini adalah dengan menentukan tipe masalah atau tantangan yang dihadapi. Apakah tantangan atau masalah tersebut adalah sesuatu yang rutin atau sesuatu yang kompleks. Contoh dari masalah rutin adalah bila pada kondisi sekarang ada staf pengajar yang sakit dan harus digantikan. Untuk mengatasi hal tersebut tentunya pengganti harus dicari sehingga sesi pembelajaran tetap dapat berjalan sesuai rencana. Adanya sistem yang komprehensif dan adekuat diharapkan dapat membantu institusi mengatasi masalah atau tantangan rutin semacam ini. Masalah lain yang lebih beragam dan kompleks dapat ditinjau dari sudut pandang masalah rutin, dengan tambahan hal lain. Contohnya dalam kondisi pandemi saat ini, seluruh dunia termasuk institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, menghadapi masalah yang sama, sehingga institusi-institusi dapat berbagi penerapan praktik baik termasuk dalam pengambilan keputusan dan manajemen perubahan.



**GAMBAR 2.** Pengelompokan masalah dalam organisasi

Setelah proses berbagi praktik baik, kita harus memikirkan sistem di institusi kita, dan bagaimana kita dapat tetap menghadapi tantangan tersebut sebagai sesuatu yang rutin. Kita tidak bisa memberikan respon terhadap krisis setiap hari. Hal itulah yang perlu dipelajari oleh pemimpin. Dalam kondisi sekarang, beberapa institusi pendidikan di seluruh dunia menghadapi tantangan luar biasa. Mobilisasi mahasiswa dan staf pengajar yang

terbatas, termasuk menurunnya jumlah mahasiswa internasional di beberapa institusi pendidikan akan menyebabkan kesulitan finansial. Berbagai hal ini perlu mendorong pemimpin untuk membuat 'lompatan' pembelajaran yang luar biasa sehingga dapat memulai upaya penyelesaian masalah.

## **B. Tip 2 – Menciptakan visi untuk saat ini dan masa depan**

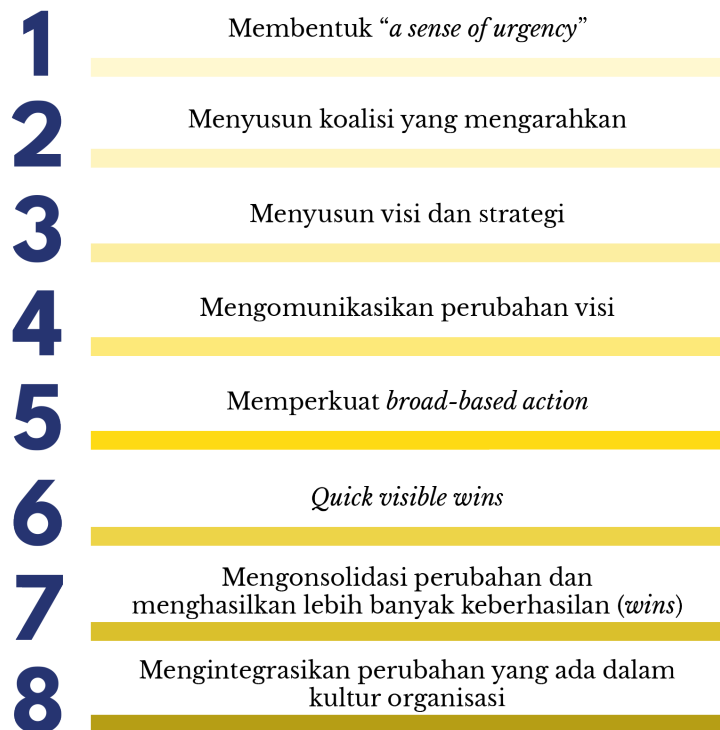
Seorang pemimpin perlu memiliki kemampuan untuk menciptakan visi saat ini dan masa depan. Pandangan semacam ini disebut 'visi Yin Yang', dan mempertahankan inti visi bagi seorang pemimpin menjadi sangat penting. Dengan adanya inti/*core* yang terdiri dari tujuan awal dan utama serta ideologi, seorang pemimpin diharapkan dapat merumuskan visi masa depan. Terkadang visi masa depan yang tercipta dapat sangat berbeda dengan inti/*core* yang menjadi pegangan kita. Dalam kondisi pandemi saat ini misalnya, memikirkan bagaimana institusi pendidikan tinggi mempersiapkan diri pasca masa karantina dapat sangat sulit karena risiko transmisi virus gelombang kedua.

Perlu diingat kembali bahwa Misi adalah tujuan utama dari suatu organisasi dan dapat dirumuskan dengan menjawab pertanyaan 'Mengapa kita ada di sini dan apa yang kita upayakan?'. Sedangkan Visi adalah masa depan yang dibayangkan, yaitu 'Bagaimana kita melihat berbagai hal ini setelah semua perubahan dikerjakan? Bagaimana kita menginginkan orang lain menggambarkan organisasi kita?'. Terkait dengan misi, institusi pendidikan memiliki berbagai misi dalam pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat, dan menghasilkan lulusan yang siap untuk praktik (*fit for practice*). Namun sebenarnya kita juga perlu selalu mempertimbangkan visi organisasi, karena bisa saja berbagai perubahan yang diinginkan tidak terjadi. Merumuskan visi jangka pendek dan jangka panjang dapat membantu. Visi jangka pendek terkait pembelajaran daring pada masa pandemi ini adalah tetap terlaksananya proses pembelajaran dengan berbagai adaptasi yang diperlukan, sedangkan visi jangka panjang dapat mengarah pada pengembangan lingkungan pembelajaran daring secara lebih komprehensif. Dalam kondisi krisis seperti saat ini, kita berharap setidaknya orang lain menggambarkan kita sebagai institusi pendidikan yang responsif, mampu bertindak cepat dan tepat dan tetap suportif bagi pemangku kepentingan di dalam dan di luar institusi (Collins J & Porras JI, 2004).



### C. Tip 3 – Mulai membangun strategi untuk menanggapi/merespon masalah dan mempertimbangkan pemangku kepentingan kunci dan siapa saja yang perlu memimpin di berbagai posisi penting.

Delapan langkah dari Kotter dapat menjadi panduan di tahap membangun strategi ini (Kotter JP, 2011). Pemimpin perlu menyusun strategi sehingga organisasi dapat memberikan respon yang tepat dan sejak awal memikirkan pihak yang harus dilibatkan. Dalam kondisi pandemi saat ini, *sense of urgency* untuk adaptasi pembelajaran daring sudah langsung terbentuk. Agar adaptasi dapat berjalan dengan baik, pemimpin tetap memerlukan *guiding coalition* dengan visi, komunikasi, dan target yang jelas.



**GAMBAR 3.** Kotter’s 8 steps of change management

Sumber: Kotter JP, 2011

#### **D. Tip 4 – Gunakan berbagai instrumen manajemen untuk menganalisis lingkungan internal dan eksternal sehingga berbagai faktor pendorong dan penghambat dapat diidentifikasi**

Lingkungan internal dan eksternal perlu senantiasa dipertimbangkan dalam perubahan dalam suatu organisasi. Dalam kondisi pandemi, berbagai perubahan internal terjadi. Hampir seluruh aktivitas pembelajaran dilakukan secara daring, kampus menjadi sangat sepi karena sebagian besar staf pengajar bekerja dari rumah, demikian pula sebagian besar mahasiswa belajar dari rumah. Segala sesuatu berubah dan kita dituntut untuk beradaptasi.

Salah satu kerangka yang dapat digunakan adalah kerangka *force-field* yang diperkenalkan oleh Lewin (Lewin, 1997). Kerangka ini mendiskusikan pendorong dan penghambat perubahan. Pandemi Covid-19 saat ini dan pembelajaran daring merupakan pendorong perubahan yang sangat besar. Berbagai perubahan yang terjadi seperti adanya pembatasan fisik dan sosial dan lain-lain. Namun demikian, tetap akan ada saja mereka yang tidak setuju dengan perubahan yang terjadi karena berbagai alasan. Pemimpin perlu menekan resistensi hingga seminimal mungkin, dengan cara memberikan dukungan yang diperlukan. Misalnya, dalam kondisi staf pengajar harus bekerja dari rumah dan menggunakan teknologi dalam pembelajaran, institusi perlu memberikan dukungan yang adekuat untuk memfasilitasi adaptasi yang diperlukan.

Kerangka kedua yang juga bermanfaat adalah mempertimbangkan berbagai elemen dalam sistem secara keseluruhan, dengan tetap mempertimbangkan visi, misi dan nilai yang menjadi pedoman organisasi. Berbagai elemen itu adalah *structure, system, strategy, shared values, skills, style, staff* (*McKinsey's 7S model, 2019*). Contohnya, dalam upaya mendorong adaptasi pembelajaran daring, *zoom* dan berbagai platform *synchronous video conference* banyak digunakan sehingga aktivitas pembelajaran dapat dilakukan dari rumah masing-masing. Staf pengajar memerlukan keterampilan memanfaatkan platform yang ada dan tetap mempertimbangkan capaian pembelajaran yang diharapkan. Struktur jadwal, sistem penilaian dan lain-lain perlu disesuaikan, dan semua aspek memerlukan peningkatan kapasitas staf pengajar, pengelola, tenaga kependidikan serta mahasiswa, dan dalam kondisi saat ini, seluruh proses perlu dilakukan dengan cepat.

Selain aspek internal, aspek eksternal seperti politik, ekonomi, sosial-budaya, teknologi, hukum dan lingkungan juga perlu dipertimbangkan. Berbagai komponen eksternal ini dapat memengaruhi komponen internal dan pencapaian visi misi. Sebaliknya, berbagai hal yang dikerjakan secara internal dapat juga

memberikan dampak pada eksternal. Misalnya, dengan sangat berkurangnya orang bepergian, ternyata memberikan dampak positif pada lingkungan, sehingga adaptasi yang membawa dampak positif perlu dipertahankan setelah masa pandemi, dengan mempertimbangkan berbagai hal.

### **E. Tip 5 dan 6 – Menggunakan model linear strategi perubahan dan teknik pengelolaan untuk aspek perencanaan dan operasional**

Tip kelima dan keenam ini lebih kepada berbagai strategi yang bisa dilaksanakan untuk menciptakan perubahan. Setelah visi dan misi ditentukan, tahap berikutnya adalah menentukan dan melaksanakan detail operasionalnya (*get things done*). Selanjutnya, kondisi saat ini, transisi yang diperlukan dan tujuan baru yang akan dicapai juga perlu dipikirkan (McKimm J & Jones PK, 2018). Dengan demikian, berbagai aspek operasional yang dikerjakan tetap dapat dievaluasi dalam waktu misalnya satu minggu dan seterusnya. Dalam kondisi adaptasi masif dalam pembelajaran dan asesmen pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan akan melalui banyak sekali masa transisi. Mengelola berbagai sumber daya untuk menghadapi masa transisi ini perlu dilakukan dengan baik. Misalnya, perlu beberapa waktu hingga staf pengajar dan mahasiswa terbiasa dengan pembelajaran secara daring dalam kondisi pandemi dan saat ini sebagian besar sudah beradaptasi dengan pendekatan yang ada.

### **F. Tip 7 – *Quick visible wins* dan komunikasi sangat penting**

Sejak awal, *quick visible wins* perlu dipikirkan dalam mengelola perubahan. Misalnya terkait pemanfaatan daring, *quick visible win* yang dapat direncanakan dan dicapai adalah terlaksananya sesi diskusi menggunakan zoom oleh beberapa staf pengajar. Contoh lain adalah *quick wins* yang dicapai dengan berbagi strategi yang dilakukan di komunitas nasional dan internasional yang membuat kita dan institusi kita tidak 'sendiri' dalam menghadapi tantangan di masa pandemi ini. Selanjutnya, sangat penting untuk mengkomunikasikan berbagai hal penting kepada pemangku kepentingan. Misalnya, wakil rektor di Swansea University setiap minggu atau dua kali seminggu menyampaikan berbagai informasi tentang apa yang terjadi dan mengkomunikasikan arahan tentang berbagai hal strategis. Pendekatan ini sangat membantu mahasiswa dan staf pengajar dalam menjalani berbagai perubahan yang ada.

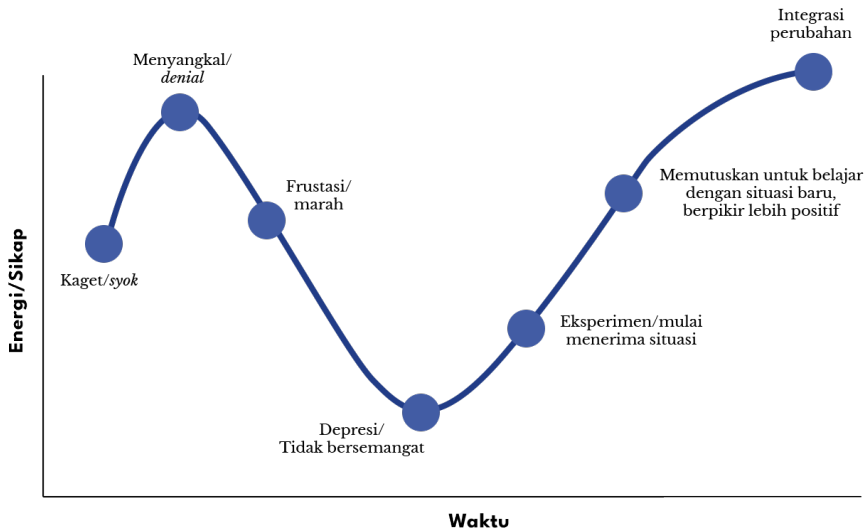
Dalam kerangka kepemimpinan, pendekatan ini sangat penting dalam menghadapi krisis, dan berbagai hal yang tidak

pasti seperti saat ini. Terdapat 4 kompetensi kepemimpinan yang sangat mendukung dalam hal ini yaitu **pengelolaan perhatian** (kemampuan mengkomunikasikan tujuan dan arahan yang jelas), **pengelolaan makna** (menciptakan dan mengkomunikasikan makna yang dapat dipahami sehingga dapat meningkatkan kesadaran), **kepercayaan** (kemampuan untuk tetap konsisten dan bersikap jelas dalam kondisi kompleks sekalipun sehingga pemimpin dapat diandalkan), dan **kesadaran pribadi** (kemampuan untuk mengelola kekuatan dan membatasi kelemahan) (Bennis W, 1984).

## G. Tip 8 – Pertimbangkan aspek psikologis dari perubahan

Perlu dipahami bahwa orang tidak menyambut atau resisten terhadap perubahan karena berbagai alasan. Orang memiliki kepentingan pribadi dan perubahan yang dicanangkan tidak selalu sesuai dengan kebutuhannya, atau mereka salah mengerti akan apa yang diharapkan dari mereka. Secara umum, kita memiliki toleransi rendah terhadap perubahan dan kepastian menjadi sangat penting bagi sebagian besar orang. Dalam lingkungan seperti saat ini, orang melihat dan menilai masalah dengan cara yang sangat bervariasi. Dukungan yang dapat diberikan oleh pemimpin adalah menyadari hal ini dan menjelaskan bahwa pada awalnya perubahan dapat dipahami sebagai 'kehilangan' atau 'kekalahan'. Menggunakan *Kubler-Ross change curve*, terdapat beberapa tahapan perubahan psikologis yang memerlukan dukungan yang berbeda. Kurva ini bukan merupakan kurva linier, artinya setiap anggota tim dan tim dapat melalui berbagai fase dalam waktu yang sama, dan setiap individu bahkan akan melalui fase yang berbeda dengan anggota tim lain.

- Di tahap awal, sebagian besar orang akan terkejut dengan perubahan yang ada. Covid-19 ini sangat menakutkan, bagaimana mungkin saya harus mengajar dari rumah, dan seterusnya.
- Selanjutnya adalah tahap 'denial' yang mendorong orang untuk mencari berbagai informasi untuk menolak untuk menerima atau melakukan diskonfirmasi apa yang terjadi. Pada tahap ini, pemimpin perlu segera menciptakan keselarasan dengan memahami rasa terkejut dan kehilangan anggota tim dalam organisasi. Sebanyak mungkin orang harus diajak memikirkan dan memahami apa yang terjadi, bekerja dalam tim untuk mengatasi masalah sesuai kemampuan masing-masing dan menyelesaikan berbagai hal yang dapat diselesaikan.



**GAMBAR 4.** Kübler-Ross change curve

Sumber: Kübler-Rose, 1969, seperti dikutip dalam presentasi McKimm J 23 April 2020

- Bila orang atau anggota merasa frustrasi dengan berbagai keadaan yang ada dan merasa tidak ada usahanya yang berhasil, pemimpin perlu memaksimalkan komunikasi.
- Rasa frustrasi yang tidak dikelola dengan baik dalam organisasi menempatkan risiko depresi pada sebagian besar anggota tim, sehingga setiap anggota tim perlu dibangkitkan motivasinya.
- Motivasi yang dibangkitkan diharapkan mendorong anggota tim: pengelola, mahasiswa, staf pengajar, dan tenaga kependidikan untuk mencoba melakukan sesuatu (eksperimen). Dalam tahap ini pemimpin perlu memberikan dukungan untuk peningkatan kapasitas sehingga setiap anggota tim dapat melakukan upayanya dengan baik.
- Tahap selanjutnya adalah decision dan integration yang berarti sebagian besar anggota tim telah berhasil melakukan upaya adaptasi dan dapat berbagi praktik baik kepada pihak lain. Pemimpin patut segera mendorong proses *'knowledge sharing'* antar tim atau unit dan memikirkan integrasi berbagai perbaikan yang ada dalam sistem di organisasi.

Lebih lanjut, kita dapat juga mengelola adaptasi individu dan tim dengan memikirkan tiga area kontrol. Tiga area tersebut adalah: a. Area kecil di tengah yang berisi apa yang bisa kita kontrol; b. Area antara yang berarti berisi berbagai hal yang masih bisa kita pengaruhi; dan c. Area paling luar yang berisi berbagai hal di luar kontrol kita. Secara keseluruhan, bagaimana seorang pemimpin melakukan pendekatan penyelesaian masalah dengan

sudut pandang area kontrol ini menjadi penting dan dapat menjadi contoh bagi anggota timnya. Misalnya, terkait pembelajaran daring, sebagai seorang pengelola program studi, kita dapat mengontrol berbagai metode adaptasi yang diterapkan, melakukan perubahan jadwal bila diperlukan dan seterusnya. Di saat yang sama, kita dapat memperluas pengaruh dengan melibatkan staf pengajar, mahasiswa dan tenaga kependidikan dengan memberikan arahan yang jelas dan *assurance* sesuai kemampuan, dan melakukan advokasi ke pimpinan/super ordinat bila memungkinkan. Hal yang tidak dapat kita kontrol adalah mengenai bagaimana pemerintah mengambil keputusan tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dan seterusnya, namun kita tetap bisa menentukan sikap kita terhadap hal tersebut dan tetap berusaha memimpin dengan *role modelling*. Akhir dari suatu upaya menjadi penting, sehingga pemimpin diharapkan dapat mengapresiasi berbagai upaya anggota timnya, memfasilitasi perubahan yang diperlukan, mendengarkan berbagai keluhan yang mungkin timbul dan berempati, memberi dukungan dan meningkatkan kapasitas, sehingga secara keseluruhan, adaptasi dapat berjalan dengan baik. Dengan demikian, keberhasilan melakukan berbagai adaptasi di masa sulit ini adalah kemenangan bersama.

## H. Tip 9 – Merencanakan transisi dan mengantisipasi adanya kehilangan kompetensi

Menindaklanjuti adaptasi psikologis yang diperlukan selama perubahan, pemimpin perlu merencanakan transisi dengan baik. Di tahap *shock* dan *denial*, merupakan tahap mobilisasi yang memerlukan beberapa langkah dari pemimpin, yaitu meminimalkan *shock*, membantu individu untuk melepaskan masa lalu, mengkomunikasikan tujuan dan mengantisipasi adanya hambatan. Selanjutnya di tahap frustrasi, depresi yang kemudian bisa menerima perubahan, merupakan tahap netral, saat pemimpin perlu membantu individu dan anggota tim untuk berubah, mendengarkan dan berempati terhadap tantangan yang dihadapi, mendorong dan membangkitkan motivasi, dan melakukan peningkatan kapasitas melalui pendidikan, pelatihan dan pengembangan. Saat individu atau anggota tim sudah memasuki tahap eksperimen dan mengusahakan berbagai bentuk adaptasi, tahap '*beginning*' dimulai dan pemimpin perlu mendukung berbagai peran baru yang diperlukan, merayakan keberhasilan bersama dan mendorong evaluasi diri dan evaluasi organisasi secara keseluruhan.

## I. Tip 10 – Mempertimbangkan aspek budaya dalam pengelolaan perubahan dan mempertimbangkan penerapan kepemimpinan inklusif

Secara keseluruhan, tahapan pengelolaan perubahan di institusi perlu mempertimbangkan aspek budaya yang memengaruhi perubahan dan kepemimpinan inklusif menjadi sangat strategis. Berbagai paradigma dalam aspek budaya meliputi struktur kekuatan, struktur organisasi, sistem kontrol, hal rutin dan ritual, cerita, simbol, dan lain-lain perlu dipertimbangkan. Kerangka budaya dari Hofstede juga dapat menjadi pertimbangan para pemimpin dalam memahami budaya organisasinya dan mengelola perubahan dengan baik. Dimensi budaya di masing-masing negara berbeda dan di masing-masing organisasi pun perlu dikaji secara menyeluruh.



**GAMBAR 5.** Dimensi budaya menurut Hofstede  
Sumber: Hofstede, 2010

## J. Tip 11 – Semua perubahan di masa pandemi ini bersifat kompleks sehingga cognitive complexity dan pemikiran berbasis sistem diperlukan

Mengelola perubahan di masa pandemi ini sangat sulit karena tidak ada hal yang sifatnya langsung dapat dilihat dampaknya. Pendekatan pemikiran berbasis sistem menjadi sangat penting. Penyelenggaraan pendidikan dapat bersifat sangat politis, karena ada golongan-golongan dan teritori yang terlibat. Di saat yang sama,

kompleksitas masalah juga perlu dijadikan sebagai kesempatan untuk berubah dan meningkatkan motivasi. Saat kita dapat menyepakati berbagai hal yang pasti harus kita kerjakan, artinya kita sedang bergerak di **zona masalah sederhana**. Makin sulitnya kesepakatan diambil dan makin meningkatnya ketidakpastian berbagai hal, membuat suatu masalah menjadi **makin kompleks (complicated dan complex)** hingga pada akhirnya dapat menjadi **chaotic**. Tugas utama pemimpin adalah justru mengelola masalah di zona kompleks, dan strategi yang berhasil diterapkan untuk menyelesaikan masalah di zona ini diharapkan dapat mencegah masalah *chaotic*. Dengan kata lain, pemimpin perlu mengupayakan untuk meningkatkan hal yang pasti dapat dikerjakan dalam kondisi sulit, dengan kesadaran akan adanya berbagai hal yang tidak pasti.

Selanjutnya, konsep *meta-leadership* dari Stattelmann (Stattelmann JM, 2016) sangat menarik untuk dipelajari. Terdapat tiga hal besar yang perlu dipertimbangkan: situasi, konektivitas, dan orang. Kemampuan menghadapi aspek situasi meliputi berpikir kreatif, mengelola perubahan, menganalisis situasi, negosiasi dan resolusi konflik. Terkait dengan konektivitas, kemampuan pemimpin meliputi *knowledge management*, pengelolaan risiko, mengumpulkan hasil karya, pengambilan keputusan strategis. Sedangkan kemampuan terkait aspek orang adalah *emotional intelligence*, kepemimpinan otentik, disiplin dan nilai individu, dan memimpin dan mengelola diri sendiri. Seorang pemimpin perlu menyeimbangkan bagaimana mengelola dirinya, mengelola hubungannya dengan orang lain dan mengelola situasi.

## **K. Tip 12 – Merayakan keberhasilan dan menyadari pentingnya transisi ke kenyataan baru**

Institusi pendidikan perlu mengevaluasi dampak adaptasi yang dilakukan dan merayakan berbagai keberhasilan yang ada. Dalam kondisi saat ini, kita pun mungkin perlu menerima bahwa kita tidak akan pernah kembali ke kondisi sebelumnya, namun kita benar-benar beradaptasi terhadap pola kerja yang baru, pola pembelajaran yang baru dan seterusnya.

Sebagai kesimpulan, *change is the only constant*. Pemimpin memiliki peran sangat penting dalam mengkaji krisis saat ini dan memimpin perubahan yang positif. Namun di saat yang sama, kita perlu jujur terhadap berbagai hal yang mungkin dan tidak mungkin kita lakukan. Oleh karena itu, berkomunikasi secara teratur dan jelas dalam suatu organisasi menjadi sangat penting dalam upaya mengelola berbagai perubahan di masa pandemi seperti saat ini.



## **Refleksi strategi pengajaran dan pembelajaran Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan (FK-KMK) Universitas Gadjah Mada di masa pandemi Covid-19**

Berbagai fase perubahan perlu dilalui oleh institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan dalam masa pandemi ini sehingga tetap dapat berfungsi dengan optimal. Dua tahun lalu, kita dikejutkan dengan paradigma Revolusi Industri 4.0 yang memaksa semua pihak untuk meningkatkan pemanfaatan teknologi informasi, *artificial intelligent*, *internet of things*, dan lain sebagainya. Selama dua tahun terakhir, diskusi mengenai hal ini terus berkembang dan sebagian akademisi masih cenderung resisten terhadap perubahan yang diusulkan. Namun dengan adanya situasi pandemi Covid-19 ini, semua pihak menghadapi tantangan yang sama dan dipaksa untuk berubah. Pandemi ini memaksa kita beradaptasi karena banyaknya restriksi yang menjadikan proses belajar-mengajar di institusi pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan tidak bisa berjalan seperti biasa. Tentunya masih banyak kewajiban yang harus kita penuhi, termasuk kewajiban kepada mahasiswa dan masyarakat. Di satu sisi hal ini merupakan tantangan besar. Namun di sisi lain, kondisi saat ini merupakan kesempatan yang harus dimanfaatkan, tidak hanya oleh institusi, pimpinan fakultas, staf pengajar, tapi juga oleh mahasiswa dan staf pengajar.

Melalui kesempatan yang timbul dalam tantangan ini, kita bisa makin meningkatkan kemandirian dalam proses pembelajaran mahasiswa yang selama ini menjadi perhatian Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Dalam waktu 7 minggu terakhir, berbagai penerapan teknologi informasi dalam proses pembelajaran sangat luar biasa dan kita berusaha menerapkannya sesuai dengan kemampuan. Tanpa kondisi pandemi ini, berbagai perubahan cepat dalam pembelajaran jarak jauh ini mungkin tidak akan terjadi. Setiap orang terkejut, namun di saat yang sama, kita menyadari bahwa kita harus melakukan sesuatu segera. Berbagai ide kreatif berkembang dan semua inisiatif berusaha mengakomodasi kebutuhan berbagai pemangku kepentingan: mahasiswa, staf pengajar, dan sistem secara keseluruhan. Selain itu, perbaikan kualitas secara berkelanjutan juga dilakukan, sehingga berbagai upaya yang dilakukan di minggu pertama akan terus dievaluasi dan diperbaiki sehingga sampai ke minggu ketujuh-kedelapan saat ini, perbaikan telah dilakukan. Berikut ini adalah berbagai hal yang FK-KMK UGM upayakan, terutama

dalam penyelenggaraan Program Pendidikan Dokter dan Program Pendidikan Dokter Spesialis.

## A. Adaptasi pembelajaran Program Pendidikan Dokter Tahap Akademik dan Tahap Profesi

Berbagai adaptasi yang dilakukan di tahap akademik adalah sebagai berikut:

- Penyusunan panduan untuk penyelenggaraan kuliah sehingga staf pengajar dapat segera melakukan adaptasi. Staf pengajar juga didukung oleh tim teknis yang membantu pelaksanaan aktivitas pengajaran secara daring.
- Adaptasi tutorial kelompok, praktikum dan tutorial keterampilan klinik dasar yang masih memungkinkan dikerjakan secara daring.
- Pelibatan mahasiswa dalam program edukasi masyarakat melalui penugasan mahasiswa dalam kelompok kecil/berpasangan untuk melakukan edukasi ke keluarga dan komunitas yang menjadi partner institusi. Edukasi yang dilakukan sangat 'dekat', aktif dan efektif, yang mungkin akan sulit terjadi pada kondisi normal.
- Berdasarkan tugas yang dilakukan, mahasiswa juga didorong untuk membuat proyek kreatif atau laporan kasus menggunakan data sekunder, termasuk data surveilans.
- Tugas akhir mahasiswa disesuaikan untuk dapat menggunakan data sekunder, atau dengan melakukan systematic review yang memungkinkan.

Berbagai adaptasi yang dilakukan di tahap profesi adalah sebagai berikut:

- Adaptasi dilakukan pada pelaksanaan *bedside teaching*, tutorial, tutorial klinik atau refleksi kasus
- Mengingat jumlah pasien di RS pendidikan juga sangat menurun, ujian pasien pun juga disesuaikan, terutama saat peraturan Pembatasan Sosial Skala Besar belum diberlakukan.
- Mahasiswa juga berkesempatan terlibat dalam monitoring pasien secara daring.
- Angkat sumpah dokter yang dilakukan secara daring.
- Mengingat mahasiswa di tahap profesi pada saat ini memiliki paparan yang sangat terbatas dengan pasien, pengelola juga merencanakan program *clinical deficiency replacement* yang diharapkan dapat dilaksanakan dalam bulan Juli atau Agustus setelah pandemi berakhir.
- Mahasiswa taahap profesi juga ikut serta dalam kerja lapangan terkait dengan Covid-19 yang dilaksanakan secara suka rela. Mahasiswa mendapatkan acknowledgements dan sertifikasi

ekstra dari Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta dan Rektor UGM.

- Keterlibatan mahasiswa dalam program health literacy di komunitas, menggunakan whats app group sehingga mahasiswa dapat menjangkau komunitas untuk melakukan edukasi.

## **B. Adaptasi pembelajaran Program Pendidikan Dokter Spesialis**

Berbagai strategi dan adaptasi yang dilakukan untuk Program Pendidikan Dokter Spesialis adalah sebagai berikut:

- Adaptasi penjadwalan penugasan residen. Dalam tatanan rumah sakit pendidikan, keselamatan residen dan keselamatan pasien dan orang yang datang ke rumah sakit menjadi hal yang sangat penting dipertimbangkan. Pelayanan kesehatan harus tetap berjalan sehingga adaptasi pendidikan dan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh residen perlu dilakukan. Misalnya, rombongan berganti tiap 2 minggu, sehingga residen dapat menerapkan isolasi mandiri sebelum akhirnya dapat bertugas kembali dan hal ini juga penting untuk mencegah infeksi silang antar residen di rumah sakit.
- Jumlah residen yang bertugas di rumah sakit juga diatur sedemikian rupa dan berbagai aktivitas pendidikan dan pelayanan diatur sebaik mungkin. Misalnya, jumlah residen yang ditugaskan di poliklinik, instalasi gawat darurat dan ruang rawat, diatur dengan ketat.
- Aktivitas akademik banyak dilakukan secara daring dan presentasi kasus oleh residen dapat diatur jadwalnya secara fleksibel, tidak hanya di jam kerja tapi juga setelah jam kerja.
- Dukungan untuk para residen yang belajar dan bekerja di rumah sakit pendidikan juga terus dilakukan. Kit perlindungan kesehatan residen disediakan. Selain itu, dukungan komunikasi untuk residen yang membutuhkan, karena banyak aktivitas melalui daring, juga disediakan. Paket logistik seperti dukungan nutrisi dan alat pelindung diri juga diupayakan untuk disediakan.

## **C. Keterlibatan dalam *task force* Covid-19**

*Task-force* Covid-19 di tingkat fakultas untuk mengambil berbagai keputusan penting dalam pendidikan, pelayanan dan pengabdian masyarakat. Selain itu juga terdapat keterlibatan FK-KMK di *task-force* tingkat universitas dan propinsi. *Task-force* berperan dalam mengelola administrasi rutin, pelayanan untuk mahasiswa dan juga penyediaan beasiswa serta dukungan lain. Semua tersedia dalam sistem daring sehingga lebih mudah diakses dan dimutakhirkan.

## D. Menyediakan dukungan untuk mahasiswa

Dalam kondisi pandemi saat ini, banyak terjadi distress dan depresi di kalangan peserta didik. Oleh karena itu dukungan psikologis dan kejiwaan sangat perlu disediakan. Di UGM, hal ini dilakukan di tingkat universitas dan fakultas, dan dilakukan oleh staf pengajar dan tenaga kependidikan. Di luar kegiatan akademik, seluruh kegiatan kemahasiswaan juga masih berjalan dalam bentuk daring. Webinar dengan berbagai topik diselenggarakan dan dapat diakses peserta didik sesuai kebutuhan.

Berdasarkan refleksi terhadap adaptasi yang dilakukan oleh FK-KMK UGM, saat ini berbagai perubahan telah terjadi. Bagaimana staf pengajar bekerja dan kegiatan akademik dijadwalkan telah berubah. Kita tidak harus hadir di kampus tiap hari dan dapat mengerjakan berbagai aktivitas dari rumah. Merencanakan alokasi sumber daya sangat penting. Selain itu, perubahan budaya dalam berkomunikasi dan dalam berbagi informasi juga masih memerlukan adaptasi lebih lanjut. Hal positif yang dapat dilihat dari krisis saat ini adalah terciptanya solidaritas yang luar biasa antar staf pengajar, peserta didik, tenaga kependidikan bahkan antar institusi dalam menghadapi tantangan ini bersama. Hal ini cukup melegakan karena kita menjadi tidak merasa sendiri menghadapi berbagai kesulitan. Akhirnya kita semua harus siap untuk menghadapi 'situasi baru' dalam pengajaran dan pembelajaran di masa yang akan datang. Sepertinya kita tidak akan kembali sepenuhnya ke keadaan semula, melainkan memanfaatkan juga adaptasi yang kita lakukan untuk masa mendatang.

## Refleksi strategi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dalam menghadapi pandemi Covid-19

Dalam masa pandemi Covid-19, FKUI perlu melakukan berbagai strategi adaptasi yang mencakup berbagai program studi, baik itu program studi pendidikan dokter (tahap akademik-profesi), program studi pendidikan dokter spesialis dan subspesialis dan program pendidikan S2-S3. Total mahasiswa saat ini adalah lebih dari 4000 orang. Dengan demikian, berbagai pendekatan yang dilakukan serta keputusan yang diambil perlu mempertimbangkan aspek fleksibilitas dan ketercukupan karakteristik berbagai program studi. Bahkan hal tersebut menjadi salah satu penekanan FKUI dalam menghadapi adaptasi di masa pandemi ini yaitu meningkatkan fleksibilitas. Pimpinan Universitas Indonesia

memberikan ruang yang cukup luas bagi masing-masing fakultas untuk menyesuaikan diri dan beradaptasi, terutama dalam hal penyelenggaraan pengajaran dan penelitian, selama keselamatan peserta didik dan civitas academica terjaga. Dekan FKUI kemudian membuat kebijakan lebih detil yang pelaksanaannya mencakup seluruh program studi di FKUI.

Terkait dengan modifikasi kurikulum di tingkat mata kuliah atau modul, FKUI memberikan kesempatan kepada pengelola untuk mengusulkan berbagai perubahan yang memungkinkan dengan tetap memerhatikan upaya memfasilitasi pencapaian kompetensi peserta didik dan mempertimbangkan kondisi di masa pandemi. Selain terkait dengan modifikasi pembelajaran dan asesmen di seluruh program studi, berbagai aktivitas pengabdian masyarakat yang diselenggarakan oleh fakultas bekerjasama dengan mahasiswa, program studi dan ikatan alumni dilaksanakan dengan baik. Berbagai penyesuaian di program studi dapat dilakukan dengan inisiatif program studi tersebut. Pengelola program studi perlu melaporkan adaptasi yang dilakukan ke fakultas, sehingga berbagai penyesuaian yang dilakukan didokumentasikan dengan baik di tingkat fakultas. Bila di kemudian hari timbul masalah (misalnya dengan peserta didik) selama masa adaptasi di saat pandemi, fakultas dapat memberikan dukungan yang diperlukan oleh program studi.

Untuk program pendidikan dokter, spesialis dan subspecialis, adaptasi terhadap pelaksanaan penelitian juga menjadi perhatian. Dalam program-program ini, hampir seluruh penelitian dilakukan dengan keterlibatan pasien. Aspek lain yang menjadi perhatian juga adalah pencapaian kompetensi klinis sebagai calon profesional selama masa pandemi. Tantangan pelaksanaan penelitian juga dihadapi peserta didik program S2 dan S3. Pengambilan data penelitian mengalami berbagai kendala selama masa pandemi. Untuk memfasilitasi peserta didik, FKUI memberikan alokasi waktu penyelesaian penelitian yang lebih panjang dengan penyesuaian jadwal akademik, dengan persetujuan pimpinan UI.

Adaptasi lain yang dikerjakan juga adalah dalam penyelenggaraan ujian masuk untuk calon mahasiswa program pendidikan dokter dan dokter spesialis yang dilaksanakan secara daring. Ujian di berbagai program studi juga dilaksanakan secara daring, terutama untuk aspek kognitif, dengan berbagai pendekatan yang memungkinkan dan dengan tetap menjunjung kejujuran akademik. Contohnya, untuk ujian masuk tertulis dilaksanakan dalam bentuk *computer-based test*. Wawancara, termasuk *Multiple Mini Interview*, juga dilakukan dengan teknologi *video conference*. Sementara itu, berbagai asesmen di pendidikan profesi menghadapi tantangan karena sebagian besar melibatkan pasien. Untuk sementara ini, penyesuaian yang dilakukan memerhatikan berbagai keterbatasan yang ada. Berbagai asesmen

pengetahuan masih dapat dilaksanakan secara daring, demikian pula dengan *case-based discussion* dan Mini-CEX, terutama untuk peserta program pendidikan dokter spesialis dan subspecialis yang masih bertugas di rumah sakit dengan berbagai pengaturan agar tetap aman. Modifikasi ujian keterampilan klinis dilakukan terutama untuk tujuan memberikan umpan balik. Misalnya mahasiswa mengunggah video pemeriksaan yang telah dilakukan ke e-Learning Management System UI (EMAS) untuk kemudian diberikan umpan balik oleh staf pengajar terkait. Berbagai sesi pembelajaran seperti kuliah, diskusi tutorial, laporan jaga, dan seterusnya di pendidikan profesional dilakukan dengan teknologi *video conference*. Fasilitasi pembelajaran keterampilan klinis, setidaknya sampai tahap demonstrasi prosedur juga diupayakan melalui *video conference*, termasuk *live online demonstration* dari ruang operasi. *Video conference* juga dimanfaatkan untuk angkat sumpah bagi lulusan Program Pendidikan Dokter dan ujian proposal dan ujian akhir peserta didik Program S2 dan S3.

Selain adaptasi pembelajaran, pendidikan profesional terutama untuk spesialis dan subspecialis memerlukan pengaturan yang memerhatikan keselamatan, kelengkapan Alat Pelindung Diri (APD), penyediaan pemeriksaan *swab* atau *rapid test*, dan penyediaan asuransi tenaga kesehatan. Sangat dipahami bahwa peserta didik khawatir dan takut terlibat dalam pelayanan pasien Covid-19. FKUI mengambil inisiatif pemenuhan berbagai kebutuhan peserta didik tersebut. Meskipun fakultas pun memiliki keterbatasan pendanaan, adanya dukungan yang sangat baik dari ikatan alumni FKUI dan banyak donator sangat membantu FKUI untuk memenuhi kebutuhan peserta didik dalam masa pandemi Covid-19. Kerjasama pemeriksaan laboratorium (*swab* dan *rapid test*) untuk peserta didik spesialis dan subspecialis juga dilakukan. Selain itu kerjasama dengan BPJS Tenaga Kerja juga dilakukan untuk mendukung pengadaan asuransi bagi peserta didik.

Antisipasi penting lain yang dilakukan oleh FKUI adalah mempersiapkan seluruh residen dari berbagai program studi untuk terlibat dalam pelayanan Covid-19 di rumah sakit pendidikan utama FKUI yaitu RSUPN Cipto Mangunkusumo dan RSUP Persahabatan, bila jumlah pasien Covid-19 bertambah semakin banyak. Saat ini, residen yang banyak terlibat dalam pelayanan Covid-19 secara sukarela adalah residen Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi, Ilmu Penyakit Dalam, Ilmu Kesehatan Anak, Anestesiologi dan Terapi Intensif. Residen dari semua departemen dipersiapkan pengetahuan tentang aspek penting Covid-19 melalui modul daring *open course* yang dapat diakses dan dipelajari residen lebih lanjut.

## Pentingnya kepemimpinan, *active followership*, dan pengelolaan perubahan di masa pandemi Covid-19 - Refleksi staf pengajar kedokteran

Kepemimpinan bukan merupakan suatu posisi, namun merupakan suatu tindakan nyata, sehingga setiap orang dalam suatu organisasi pada dasarnya adalah pemimpin. Dalam kondisi dengan banyak ketidakpastian seperti saat ini, setiap individu, termasuk staf pengajar harus dapat memikirkan apa yang bisa dilakukan untuk beradaptasi. Setiap kita perlu melakukan refleksi tentang peran kita selama ini dan apa yang bisa kita lakukan dalam masa pandemi ini.

Covid-19 mengakibatkan perubahan sangat besar dalam kehidupan sehari-hari: dalam interaksi dengan orang lain, teman dan keluarga, dalam berkomunikasi dengan sejawat dan mahasiswa, dalam bekerja dan belajar, dalam memanfaatkan teknologi, dalam menjaga diri kita tetap sehat, dan lain-lain. Berbagai perubahan seperti bekerja dari rumah selama masa pandemi, memerlukan adaptasi yang besar terkait dengan pola kerja, bagaimana menyeimbangkan waktu kerja dan waktu untuk keluarga dan pekerjaan rumah mengingat bekerja di rumah membuat batas antara waktu kerja dan waktu di rumah menjadi tidak jelas. Dengan berbagai perubahan tersebut kita perlu mengevaluasi diri, di tahap adaptasi manakah kita (misalnya dengan menggunakan model Kübler-Rose). Apakah kita masih *shock* dan *denial*? Apakah kita masih frustrasi dan bahkan cenderung depresi? Atau bahkan sebagian kita sudah pada kondisi melakukan eksperimen dan berusaha beradaptasi. Pengambilan keputusan lebih lanjut yang melibatkan integrasi dengan sistem yang ada perlu difasilitasi pimpinan.

Setelah menyadari posisi adaptasi kita ada di mana, perlu juga dipertimbangkan berbagai peran yang kita miliki baik dalam kehidupan secara umum, sebagai dokter dan tenaga kesehatan, sebagai orang tua, sebagai mahasiswa, sebagai staf pengajar, dan seterusnya. Dengan demikian, dalam hal melakukan refleksi terhadap kondisi saat ini, sangat penting untuk kita mengenali peran kita dan di tahap manakah kita dalam melihat berbagai permasalahan yang ada. Hal ini menjadi landasan penting dalam kita menyelesaikan masalah sederhana, *complicated*, kompleks dan masalah yang *chaotic* dan melihat area manakah yang termasuk dalam area yang bisa kita kontrol, kita pengaruhi dan area di luar kemampuan kita.

## A. Refleksi 1 – *Communication, communication, communication*

### 1. Hal apa yang harus dikomunikasikan?

Sebagai staf pengajar, kita dapat menginisiasi berbagai hal di institusi. Misalnya sebagai staf pengajar, kita dapat mengusulkan pemanfaatan *platform online learning* atau *video conferencing* selain *zoom*, contohnya *Microsoft Team*. Kita dapat mendiskusikan inisiatif tersebut dengan tim, tanpa menunggu orang lain untuk melakukan atau meminta kita melakukannya. Dan inisiatif tersebut tentunya memiliki visi: mengkomunikasikan penyelesaian masalah atau bahkan kita membuat dasar baru untuk penerapan di masa depan. Perlu senantiasa diingat apakah prioritas saat ini.

Dalam menetapkan hal apa yang perlu dikomunikasikan, penting juga untuk kita mempertimbangkan lingkaran kontrol, lingkaran pengaruh dan lingkaran di luar kontrol dan pengaruh kita. Berbagai masalah yang berada di luar kontrol dan pengaruh kita adalah keputusan mengenai *lock down* atau PSBB sebagai dampak pandemi ini, yang merupakan keputusan pimpinan negara. Kita dapat memikirkan berbagai alasan dan dampaknya, namun peran kita dalam pengambilan keputusan mengenai hal tersebut sangat kecil. Dengan demikian, memanfaatkan energi untuk dapat melakukan sesuatu di lingkaran yang bisa kita kontrol dan bisa kita pengaruhi dapat menjadi salah satu strategi. Dengan mempertimbangkan kompetensi dan peran kita di institusi, tim yang kita miliki, serta berbagai tantangan dan kesempatann, kita dapat mempertimbangkan hal apa yang perlu kita komunikasikan dan lakukan.

Selain itu, mempertimbangkan masalah atau tantangan yang kita hadapi, apakah termasuk hal sederhana, *complicated*, *complex* atau *chaotic* juga sangat membantu. Masing-masing dari kita mungkin akan mengelompokkan berbagai masalah dengan sudut pandang yang berbeda.

- Contoh dari masalah atau tantangan sederhana adalah terkait dengan pemilihan *platform video conference* yang akan kita gunakan: Zoom, Microsoft team, Google Meet dan lain-lain. Tentunya pertimbangan keterampilan pemanfatan berbagai platform dan dukungan sarana prasarana menjadi penting. Namun, hal ini dapat diputuskan individu staf pengajar masing-masing dengan cepat dan tepat.
- Selanjutnya, contoh untuk masalah *complicated* adalah untuk menjawab pertanyaan apakah kita perlu mengases mahasiswa kita sekarang dan dengan pendekatan apa. Banyak hal yang perlu dipertimbangkan baik dari sudut validitas, reliabilitas, dampak untuk pembelajaran, kemampulaksanaan dan lain-lain. Apakah sebenarnya kita bisa memanfaatkan data asesmen



yang sudah ada selama ini untuk mengambil keputusan sumatif. Pertimbangan lain adalah di saat yang sama kita tetap perlu mempertimbangkan kesejahteraan dan keselamatan peserta didik dalam kondisi sulit seperti sekarang, sehingga pelaksanaan asesmen terutama untuk tujuan sumatif mungkin akan memberikan beban tersendiri.

- Contoh masalah *complex* adalah untuk menjawab kapan mahasiswa di tahap profesi dapat memulai kembali aktivitas kliniknya dengan catatan berbagai kondisi saat ini di rumah sakit. Bila harus dilakukan, persiapan dan antisipasi apa sajakah yang harus dilakukan dan apakah manfaatnya untuk pencapaian kompetensi mahasiswa.
- Terakhir, contoh untuk masalah *chaotic*, yang mungkin menjadi masalah besar tidak hanya untuk staf pengajar tapi menjadi masalah di seluruh dunia, yaitu menjawab pertanyaan kapan pandemi ini akan berakhir dan apakah pada masa yang akan datang setelah pandemi kita harus melakukan berbagai kebiasaan baru yang belum pernah dilakukan sebelumnya. Banyak hal yang diperlukan untuk dapat menjawab pertanyaan tersebut.

## 2. Berkomunikasi dengan siapa saja?

Berdasarkan refleksi pribadi, komunikasi dalam kerangka pengelolaan perubahan atau adaptasi dapat dilakukan dengan sejawat di departemen yang sama atau lintas departemen atau di unit tertentu tempat kita bertugas. Refleksi dari kedua pimpinan fakultas yang diuraikan sebelumnya menggarisbawahi pentingnya komunikasi dengan berbagai pihak untuk memfasilitasi proses pengambilan keputusan. Kedua pimpinan fakultas: FK-KMK UGM dan FKUI juga telah menunjukkan banyaknya komunikasi dan diskusi yang harus dilakukan dengan berbagai pihak untuk sampai pada keputusan cepat yang diambil. Dalam upaya adaptasi pembelajaran di era pandemi, diskusi intensif perlu dilakukan di unit-unit strategis, contohnya *Medical Education Unit*, yang juga berperan mendukung institusi merumuskan kebijakan adaptasi di bidang pendidikan yang berlaku untuk seluruh program studi.

Selain berkomunikasi dengan sejawat, proses advokasi kadang perlu dilakukan untuk menyampaikan usulan-usulan penting kepada pengambil keputusan. Hal ini dilakukan dengan kesadaran bahwa kondisi saat ini dan respon cepatnya memerlukan kesatuan langkah yang mendapatkan arahan dan persetujuan penuh dari pimpinan fakultas. Peserta didik juga merupakan pemangku kepentingan yang harus senantiasa dilibatkan dalam proses adaptasi dan pengambilan keputusan. Peserta didik tidak hanya berperan menerima dan menindaklanjuti informasi yang ada, namun juga perlu diberi kesempatan untuk menyampaikan usulan kepada program studi dan fakultas. Dengan demikian, seluruh

pemangku kepentingan terlibat sejak awal dalam perubahan yang perlu dilakukan dan mampu berperan mengevaluasi dan melakukan perbaikan yang diperlukan.

Dalam memikirkan komunikasi dilakukan sebaiknya dengan siapa saja, kita perlu mempertimbangkan pihak mana yang akan mendukung dan pihak mana yang akan resisten terhadap hal yang kita komunikasikan dan berbagai alasannya. Hanya sebagian kecil orang dalam organisasi yang siap berubah dan berinovasi, sebagian besar lebih bersifat menunggu, dan sebagian lain bahkan tidak ingin berbuat apa pun. Tergantung pada seberapa kompleks masalah yang dihadapi dan usulan intervensi yang dilakukan, memahami peta '*who are the right persons to discuss certain things with*' menjadi sangat penting sehingga setiap staf pengajar dapat menunjukkan peran dalam perubahan yang diperlukan selama masa adaptasi.

### 3. Kapankah komunikasi harus dilakukan?

Perlu keterampilan untuk menentukan kapan komunikasi tentang suatu aspek perlu dilakukan: apakah di tahap sangat awal, atau sebenarnya kita perlu menunggu sampai berbagai informasi lengkap terkumpul. Penting untuk menentukan skala prioritas dari masalah yang kita hadapi: apakah isu yang kita akan komunikasikan penting dan apakah yang akan kita komunikasikan tersebut perlu diselesaikan segera. Bila penting dan segera, artinya komunikasi dengan berbagai pihak harus dilakukan sejak awal, misalnya mengenai perhatian kita sebagai staf pengajar tentang penerapan PSBB dan implikasinya pada proses pembelajaran dan keselamatan peserta didik dan *civitas academica*. Hal lain yang penting dan tidak segera misalnya dalam hal mengusulkan adanya dokumentasi yang baik tentang berbagai adaptasi yang dilakukan baik di tingkat program studi maupun fakultas, bahkan dalam bentuk publikasi. Berbagai media komunikasi dapat digunakan: surat elektronik, pesan melalui whats app group atau whats app pribadi, *video conference* dan seterusnya.

## B. Refleksi 2 – *Culture, culture, culture*

Terdapat banyak dimensi budaya yang menggambarkan karakteristik budaya negara atau organisasi. Salah satu yang sering digunakan adalah kerangka dimensi budaya Hofstede (2010). Berdasarkan dimensi budaya tersebut, Indonesia adalah negara dengan kolektivisme yang tinggi, hierarkikal, dan memiliki kecenderungan menghindari dari ketidakpastian/*uncertainty* (cenderung cemas bila menghadapi berbagai ketidakpastian). Dalam hal berbagai adaptasi cepat yang diperlukan, ada beberapa dilema dan paradoks yang dapat terjadi, karena dengan banyaknya ketidakpastian yang ada di era pandemi ini, kita di saat yang sama

perlu menyadari bahwa kita cenderung lebih menyukai kepastian dan cemas bila berhadapan dengan banyak ketidakpastian.

Dalam hal berhadapan dengan masalah sederhana, *complicated*, *complex* dan *chaotic* dan hal terkait dengan kepastian, refleksi lebih lanjut perlu kita lakukan. Institusi yang berbeda akan mengatasi setiap tantangan dengan pendekatan yang berbeda mempertimbangkan berbagai aspek, termasuk kultur organisasi. Berdasarkan *tunnelling effect on transition model* dari Bridges (1991), ada beberapa hal yang dapat kita tinjau berdasarkan aspek budaya.

- Pertama, dalam hal banyaknya ketidakpastian dalam kondisi saat ini, kita perlu memikirkan implikasi kepada staf pengajar dan mahasiswa yang mungkin akan mengalami kebingungan dan kecemasan yang dapat berakibat pada masalah kesehatan mental. Dengan demikian dukungan dari pemimpin di semua level di institusi menjadi penting.
- Kedua, kebutuhan akan arahan dari pemimpin dalam situasi yang sulit saat pemimpin tidak selalu dapat mengambil keputusan yang jelas karena banyaknya ketidakpastian. Namun demikian kepemimpinan transformatif dan konstruktif tetap dapat memanfaatkan posisi pemimpin untuk mengupayakan arahan konstruktif dalam organisasi yang memang hierarkis seperti di banyak institusi di Indonesia. Pemimpin perlu tetap memposisikan diri sebagai panutan, mampu mengambil keputusan tepat dan cepat, mengarahkan sumber daya dan mengajak semua pihak untuk mengambil keputusan bersama dan memahami masalah yang ada.
- Ketiga, tentang aspek budaya kolektivisme. Seharusnya, dalam kondisi saat ini, aspek budaya kebersamaan ini dapat lebih dimanfaatkan sehingga staf pengajar, peserta didik, tenaga kependidikan dapat diajak berkolaborasi untuk melakukan berbagai perubahan yang diperlukan (*co-creation, collaboration*). Contohnya, antara staf pengajar dapat saling berbagai informasi tentang cara penggunaan berbagai platform *video conference* dan saling mendukung dalam proses adaptasi. Antara mahasiswa dan staf pengajar juga dapat saling memperhatikan kesejahteraan (*well-being*) masing-masing selama masa pandemi.

### C. Refleksi 3 – *Change, change, change*

Perubahan merupakan suatu hal yang akan selalu ada dan perlu dikelola. Sebagai individu staf pengajar, kita dapat mengidentifikasi perubahan apa yang bisa kita lakukan dan justifikasinya. Adakah *quick visible wins* yang dapat kita raih, misalnya kepuasan mahasiswa saat kita dapat menyelenggarakan *video conference* yang sangat interaktif. Modul Tanggap Pandemi Covid-19 yang dirumuskan oleh FKUI berawal dari inisiatif beberapa staf

pengajar yang kemudian dihimpun menjadi rangkaian materi dan capaian pembelajaran yang dapat dimanfaatkan mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan, dan diperluas menjadi modul untuk dokter dan tenaga kesehatan serta modul untuk awam. Hal ini merupakan bentuk *quick visible wins* yang kemudian dapat diperluas manfaatnya.

Selanjutnya, komunikasi menjadi hal yang sangat penting dalam proses perubahan, disertai analisis terhadap lingkungan internal dan eksternal. Menentukan pendekatan yang tepat sesuai dengan berbagai faktor dan tujuan perubahan menjadi hal yang kita harus upayakan. Hal ini dapat dilakukan dengan kemampuan kita mengenali berbagai adaptasi psikologis yang kita alami dan yang sejawat serta orang sekitar kita alami. Penting untuk kita jujur dalam melihat kekuatan dan kelemahan kita sebelum kita menginisiasi perubahan. Kita juga tidak bisa melupakan kompleksitas masalah yang kita hadapi.

Secara keseluruhan, refleksi pribadi ini diharapkan dapat bermanfaat untuk pembaca dan mendorong pembaca untuk mengeksplorasi berbagai perubahan baik yang dapat dilakukan. Penting juga kita menerima bahwa kita tidak selalu memahami berbagai hal yang saat ini terjadi. *It is ok not to be ok*. Mengelola visi misi pribadi, pemahaman terhadap visi misi institusi dan bergerak dari apa yang bisa kita kontrol dan pengaruhi mungkin dapat menjadi strategi umum yang dapat kita terapkan. Berbagai hal lain di luar kontrol dan pengaruh kita pada dasarnya adalah area luas yang dapat kita pelajari dan menjadi kesempatan bagi kita dan institusi kita untuk berkembang. Terakhir, *what we have done so far?* Karena pemimpin sejati sebenarnya ada di diri kita masing-masing.

## Q & A

- Q<sub>1</sub>** *Dalam hal aspek psikologis selama adaptasi, bagaimana kita dapat menghadapinya?*
- Q<sub>2</sub>** *Bagaimana mekanisme koping yang dapat dilakukan dari sudut pandang pemimpin?*

Terkait dengan aspek psikologis, berbagai upaya untuk mengidentifikasi aspek internal dan eksternal yang kita miliki untuk dapat menerapkan mekanisme koping yang tepat. Setiap individu memiliki ketangguhan atau

resiliensi sendiri. Terkait pengelolaan diri sendiri dan bagaimana masing-masing orang akan beradaptasi, menjadi sulit bila kita berharap dapat memberikan arahan model tertentu karena masing-masing individu memiliki proses adaptasi masing-masing. Hal yang dapat dilakukan pemimpin adalah membuka diskusi/conversation dan memberikan dukungan yang diperlukan. Pemimpin perlu memahami perasaan, tantangan, masalah dan lain-lain yang dihadapi oleh masing-masing individu di dalam organisasi kita, dengan memerhatikan karakteristik individu masing-masing; contoh, individu yang *introvert* akan menghadapi tantangan yang ada dengan cara yang mungkin berbeda dengan individu yang *extrovert*. Individu yang *introvert* akan lebih suka bekerja di rumah, namun tetap membutuhkan sosialisasi. Sementara individu yang *extrovert* akan sangat merindukan interaksi sosial yang selama ini dimiliki. Pemimpin perlu memerhatikan aspek well-being secara keseluruhan selama masa adaptasi dan memberikan dukungan yang sesuai.

**Q 3** *Bagaimana FK-KMK UGM dan FKUI mengatur rotasi mahasiswa di rumah sakit pendidikan? Bagaimana kebijakan yang diterapkan untuk mahasiswa yang ingin menjadi relawan di masa pandemi ini?*

Saat ini mahasiswa di tahap praktik klinik memang menjalankan pembelajaran full *online* dari rumah masing-masing. Namun demikian, kami sampaikan bahwa hal ini adalah upaya FKUI untuk menjaga keselamatan mereka dan proses pencapaian kompetensi akan tetap difasilitasi sebaik mungkin. Modifikasi modul dilakukan dengan memilah berbagai hal yang dapat dilakukan dengan pembelajaran jarak jauh, inovasi untuk pengembangan kemampuan klinis yang dapat dilakukan, dan menjadwalkan ulang rotasi di rumah sakit pendidikan saat keadaan sudah lebih baik. Dalam masa ini, mahasiswa diberi kesempatan terlibat dalam banyak sekali kegiatan, termasuk kegiatan relawan yang mendukung tenaga medis melalui penyediaan nutrisi (contohnya Nutrisi Garda Terdepan) dan alat pelindung diri (contohnya CoHOPE) yang semuanya dimotori mahasiswa FKUI. Fakultas mengingatkan agar mereka selalu memerhatikan prinsip pencegahan Covid-19 di mana pun berada. FKUI memberikan izin pelaksanaan

kegiatan dengan syarat-syarat tertentu terutama terkait keselamatan mahasiswa dan akuntabilitas. Sejumlah mahasiswa juga mendaftarkan diri menjadi relawan BNPB yaitu untuk melakukan berbagai aktivitas edukasi secara daring untuk pasien yang dikarantina di Wisma Atlet. Seluruh program yang dilakukan mahasiswa, perlu selalu berada di bawah pengawasan pembimbing staf pengajar.

Di FK-KMK UGM, kebijakan dan peraturannya umumnya sama. Rotasi klinik juga ditunda, namun mahasiswa dapat tetap memilih mengikuti aktivitas seperti tutorial klinik, presentasi kasus dan aktivitas lain untuk meningkatkan kemampuan penalaran klinis mereka. Mahasiswa tidak dapat berinteraksi langsung dengan pasien saat ini. Sebagian mahasiswa tergabung dalam kerja lapangan terkait dengan aktivitas pencegahan Covid-19. Misalnya mereka terlibat sebagai petugas di pusat informasi, atau membantu tim *tracing* yang dikelola di tingkat universitas. Kegiatan-kegiatan untuk meningkatkan *health literacy* juga dilakukan dan melibatkan mahasiswa. Mahasiswa tetap dapat dilibatkan dalam kegiatan relevan yang dilakukan pergerakan pemuda, seperti Karang Taruna di level desa.

**Q 4** *Terkait dengan tantangan yang dihadapi mahasiswa dalam pembelajaran jarak jauh, misalnya untuk koneksi internet, adakah kebijakan khusus dari FKUI dan FK-KMK UGM untuk pemberian dukungan?*

Untuk tujuan mendukung mahasiswa dari aspek tersebut tentunya ada. Di FKUI sendiri, kelompok orang tua mahasiswa mengambil inisiatif untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa yang membutuhkan. Sekitar 70 mahasiswa saat ini didukung oleh kelompok orang tua mahasiswa, dan didukung dengan dana untuk paket data sekitar Rp 250.000/bulan.

Untuk di FK-KMK UGM, dukungan untuk data dilakukan oleh fakultas, meskipun jumlahnya tak sebesar yang diberikan FKUI. Dukungan diberikan kepada mahasiswa yang membutuhkan, tidak untuk semua. Jadi sangat selektif. Dukungan diberikan kepada mahasiswa dan residen yang membutuhkan.

**Q 5** *Bagaimana antisipasi institusi terkait dengan kemungkinan perpanjangann masa studi untuk mahasiswa?*

Dari sudut pandang FKUI, diusahakan agar perpanjangan masa studi untuk mahasiswa seluruh program studi tidak terjadi. Advokasi fakultas yang berhasil disetujui oleh Rektor UI adalah masa tahun ajaran selama masa pandemi ini diperpanjang, sehingga program studi dapat melakukan berbagai penyesuaian yang diperlukan. Hal yang sulit dikontrol adalah kemungkinan perpanjangan masa studi untuk mahasiswa S2 dan S3, karena adanya kesulitan pengambilan data. Untuk itu, upayanya adalah meminta keringanan biaya pendidikan selama masa pandemi. Pada dasarnya berbagai kebijakan diupayakan untuk memberi dukungan kepada semua pihak dengan seoptimal mungkin. *We should wait until the pandemic time is over.*

Tantangan di mana pun saat ini sama. Terutama untuk mahasiswa PhD, banyak yang sangat terhambat. Anak saya pun yang saat ini mengambil PhD di UK juga mengalami masalah yang Beberapa universitas di UK tidak lagi menarik *tuition fee* dari mahasiswa untuk tambahan masa studi yang mungkin akan mereka perlukan. Namun sampai saat ini, masalah terbesar adalah kita belum tahu kapan kita sebenarnya dapat memulai kembali berbagai proses pendidikan dan penelitian sebagaimana semula atau dengan berbagai penambahan.

**Q 6** *Bagaimana kita dapat menghadapi mereka yang resisten terhadap perubahan?*

Resistensi dapat berasal dari mahasiswa atau staf pengajar. Untuk mahasiswa mungkin kita perlu melakukan pendekatan '*carrot and stick*'. *Carrot* dalam hal ini adalah memberikan mereka sesuatu yang menarik, relevan dan bermanfaat. '*Stick*' yang dimaksud dapat berupa adanya asesmen, konsekuensi terhadap pembelajaran dan seterusnya. Mahasiswa perlu memahami berbagai konsekuensi yang ada, dan sangat penting untuk melibatkan mereka. Untuk mengurangi resistensi terhadap pembelajaran jarak jauh, tekan seminimal mungkin webinar/kuliah tersinkronisasi, sehingga mahasiswa dapat tetap mengerjakan berbagai hal dengan cukup fleksibel. Mahasiswa perlu diberi

kesempatan untuk belajar berbagai hal berbasis pada fakta atau data. Sesi pembelajaran daring juga perlu tetap memperhatikan upaya untuk meningkatkan otentisitas dengan memanfaatkan pasien virtual, video dan lain-lain yang memungkinkan. Penting juga untuk mengatur agar mahasiswa tidak *overwhelmed* dengan berbagai hal dalam pembelajaran daring. Terkait staf pengajar, mungkin lebih banyak ‘carrot’ daripada ‘stick’ karena staf pengajar adalah pribadi yang sudah sangat. Dengan demikian, mendukung staf pengajar untuk beradaptasi, berkreasi, dan saling membantu menjadi sangat penting. Pemimpin perlu mengidentifikasi staf pengajar yang mungkin kurang percaya diri dalam melakukan pembelajaran daring, untuk mendukungnya lebih lanjut dengan peningkatan keterampilan dan kompetensi yang diperlukan. Masing-masing staf pengajar memiliki kemampuan yang berbeda-beda, sehingga dukungannya pun perlu disesuaikan. Jadi itulah cara menghadapi resistensi atau meminimalkan resistensi saat perubahan perlu dilakukan. Pemahaman terhadap transisi psikologis masing-masing individu dan dukungan apa yang diperlukan di tiap tahap menjadi sangat penting. Pada dasarnya manusia ingin memiliki kehidupan yang aman dan tenang, demikian pula halnya dengan staf pengajar dan mahasiswa.

### **Q 7** *Secara umum, bagaimana strategi pemimpin dalam menghadapi ketidakpastian di masa pandemi ini?*

Kita perlu mengupayakan perencanaan yang memungkinkan dan membuka berbagai alternatif atau pilihan. Memang sulit untuk menetapkan kapan pandemi ini berakhir misalnya. Namun penting untuk kita merencanakan, apa yang harus kita lakukan dalam 6 bulan ke depan, apa saja pilihannya dan antisipasinya, kapan kita harus mengevaluasi adaptasi yang kita lakukan dst. Setelah itu, fleksibilitas dan kesiapan untuk melakukan berbagai perubahan juga sangat penting. Fleksibilitas tersebut tentunya tetap memerhatikan peraturan yang berlaku.

Dalam menghadapi berbagai ketidakpastian yang ada, perlu ada prioritas. Keselamatan semua pihak adalah prioritas. Selain itu, di masa seperti ini, banyak hal yang dapat kita renungkan dan hal baru yang dapat kita pelajari. Perencanaan untuk jangka pendek, menengah dan panjang harus dilakukan dan implementasinya pun harus selalu dievaluasi.



Di UK juga pada dasarnya sama. Rencana awal, seluruh kegiatan akademik akan dimulai lagi pada tanggal 7 September. Namun melihat perkembangan saat ini, mungkin itu tidak akan terjadi, dan bahkan baru bisa dimulai kembali Januari tahun depan. Hal ini memiliki dampak sangat besar untuk berbagai pihak dan salah satunya adalah menurunnya atau bahkan tidak adanya mahasiswa internasional untuk tahun depan. Perencanaan dan alternatif pilihan sangat penting dipikirkan. Semua pihak perlu belajar untuk fleksibel dan responsif. Saat ini saatnya kita memperluas kolaborasi dengan semua pihak, bukan untuk bersaing. Semua orang menghadapi tantangan yang sama. Dan akhirnya kita harus berpikir bahwa di masa yang akan datang, kita perlu berkeyakinan bahwa kita akan mengerjakan berbagai hal dengan cara yang berbeda. Proses pembelajaran daring penuh yang kita lakukan selama masa pandemi harus mampu memberikan perubahan positif pada proses pembelajaran di institusi kita pada masa yang akan datang. Teknologi sudah tersedia, saatnya kita memanfaatkannya dengan bijak dan sebaik mungkin.

## Referensi

1. Bennis, W (1984). *The 4 competencies of leadership*. Training & Development Journal, 38(8), 14–19.
2. Bridges W (1991). *Managing transitions: Making the most of change*. Addison-Wesley, Reading, MA.
3. Collins J, Porras JI (2004). *Built to last: Successful habits of visionary companies*. New York. HarperCollis Book.
4. Hofstede G, Hofstede GJ, Minkov M (2010). *Cultures and Organizations: Software of the mind*. New York: McGraw Hill.
5. Kotter JP (2011). *Leading change: Why transformation efforts fail*. In: Harvard business review's 10 must reads on change management. Harvard Business School Publishing Corporation
6. Lewin K (1997). *Defining the 'Field at a Given Time'*. In: *Resolving Social Conflicts & Field Theory in Social Science*. Washington DC. American Psychological Association.
7. McKimm J, Swanwick T (2019). *Educational leadership and management*. In: Swanwick T, Forrest K, O'Brien BC (eds). *Understanding medical education: Evidence, theory and practice*. 3<sup>rd</sup> edition. The Association for the Study of Medical Education (ASME). John Wiley & Sons Ltd, pp 549-568
8. McKimm J & Jones PK (2018). *Twelve tips for applying change models to curriculum design, development and delivery*, Medical Teacher, 40:5, 520-526, DOI: 10.1080/0142159X.2017.1391377
9. McKinsey 7s model (2019). [https://www.mindtools.com/pages/article/newSTR\\_91.htm](https://www.mindtools.com/pages/article/newSTR_91.htm) (diakses 6 Juni 2020)
10. Stattelmann JM (2016). *Meta-leadership: The most powerful IT leadership strategies available*.

# Arti ‘Kampus Merdeka’ dalam Tataan Dunia Baru Pendidikan Kedokteran dan Tenaga Kesehatan di Indonesia

## **PENULIS**

**Mora Claramita<sup>1</sup>, Ardi Findyartini<sup>2,3</sup>, Diantha Soemantri<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup> Departemen Pendidikan Kedokteran dan Bioetika, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

<sup>2</sup> Departemen Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta

<sup>3</sup> Medical Education Center, Indonesia Medical Education and Research Institute (IMERI), Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia, Jakarta



## *Non scholae sed vitae discimus*

Kita belajar bukan untuk sekolah  
melainkan untuk hidup.

**Lucius Anneus Seneca, 56**

*Epistulae morales ad Lucilium 106, 11–12*

**L**ucius Seneca adalah seorang filsuf Romawi yang menuliskan karyanya untuk bidang kehidupan dan etika secara umum menjelang akhir hayatnya (Graver, 2015). Epistula di atas menunjukkan kebenaran etik, terutama ketika kita semua melalui masa pandemi Covid 19 dengan belajar di rumah. Mau tidak mau harus kita akui bahwa banyak sekali hal tentang kehidupan yang mungkin terlewatkan di hari-hari kemarin ketika dosen maupun mahasiswa berada di kampus, atau siswa-siswa sekolah dasar/menengah dan guru-guru berada di sekolah. Ketika belajar di rumah, banyak sekali dari hal-hal sekitar rumah yang selama ini luput dari perhatian kita semua.

Berikut ini adalah sebuah ilustrasi: Seorang anak petani, dididik di sekolah yang baik, ia rajin dan pandai, dan kemudian meraih pendidikan tinggi, hingga akhirnya menjadi sarjana dan mendapatkan gelar lainnya, yang menjanjikannya sebuah pekerjaan yang mapan. Pekerjaan ayahnya yang penanam padi dan palawija, bukan lagi menjadi keterampilan yang dikuasainya. Ia menguasai keterampilan lain yang lebih kompleks sehingga mendapatkan pekerjaan yang memberinya pendapatan yang tetap, baik ketika ia masuk kantor, maupun istirahat karena sakit. Ia kemudian menjadi salah satu yang disebut sebagai “*white collar*”, yaitu kelompok pekerja dengan pendapatan tetap. Dosen, adalah termasuk di dalam kelas pekerja ini. Sangat melegakan ketika terjadi pandemi dan semua orang harus menjaga jarak, maka pekerjaan dosen dapat dilakukan dengan sistem daring, dari rumah. Beberapa hal tentunya dilakukan dengan variasi, misal praktikum di laboratorium, dan pendidikan klinik bahkan harus tertunda untuk memenuhi kompetensi. Namun secara umum, pekerjaan dosen dalam membimbing mahasiswa, tetap bisa dilakukan sehingga pendapatannya pun terus mengalir lancar.

Namun dosen, dan “white collar” lainnya sebenarnya berjumlah berapa persen dari angkatan kerja di Indonesia? Ternyata presentasinya adalah minoritas. Sedangkan mayoritas adalah “blue collar” atau karyawan atau buruh yang mendasarkan pada pendapatan harian. Dari minoritas pekerjaan sebagai dosen, ternyata masih banyak dosen yang juga memiliki status “tidak tetap”, bahkan walaupun “dosen-tetap”, masih saja mengandalkan pendapatannya pada jumlah sesi mengajar. Dengan demikian, di masa pandemi dan “physical distancing” ini, semua pekerja sebenarnya berada dalam level yang hampir sama. Apalagi bila seluruh negara terganggu ekonominya karena *force-majeur* pandemi ini, termasuk penurunan saham, ekspor-impor, yang menyebabkan menurunnya pendapat negara akibat pandemi, tentu saja bukan tidak mungkin bahwa “white collar” tidak mendapatkan gaji tetapnya, atupun terpotong otomatis oleh pemerintah atau perusahaan, dikarenakan berbagai alasan. Dalam keadaan ini, maka level kebutuhan dari Maslow, tentunya kembali ke kebutuhan dasar seperti pangan, sandang, dan papan. Masih beruntung bahwa kita semua di awal abad 21 ini dapat memenuhi kebutuhan eksistensi diri, dengan aktif di kegiatan daring ataupun pemberdayaan masyarakat melalui berbagai sosial media. *Force majeure* yang terjadi saat perang dunia, misalnya, akan membuat semua kegiatan terhenti, termasuk pendidikan dasar, lanjutan, maupun perguruan tinggi, hingga terjadi perubahan awal semester dari Juli ke Januari, atau sebaliknya.

Di era milenial ini, justru banyak diantara sekolah dasar dan menengah, mengklaim sebagai “sekolah alam”, artinya, siswa diberikan banyak sekali aktivitas untuk mengenal lingkungannya, yang sebenarnya adalah upaya untuk mendidik mendekati kebutuhan kehidupan yang sebenarnya. Hal ini tentu saja selaras dengan apa yang menjadi moto Seneca di atas. Di fakultas kedokteran dan berbagai institusi pendidikan tenaga kesehatan, pendidikan berbasis komunitas, dan pendidikan berbasis kerja sama tim/ *interprofessional education, collaborative practice*, saat ini menjadi unggulannya. Perubahan dari pendidikan kedokteran yang konvensional dengan kelas besar, sudah mulai diubah sejak 40-an tahun lalu melalui pembelajaran kelas kecil bersama fasilitator, menuju ke arah *competency-based education*, atau sesuai penguasaan set pengetahuan-keterampilan-dan sikap, dan kaidah SPICES (*Student-centered, Problem-based learning, Integrated learning, Community-based, Electives, dan Systematic training*) dari Harden, 1984. Perkembangan pendidikan ke arah pembelajaran di komunitas yang dekat dengan alam kehidupan sehari-hari manusia, juga sesuai dengan prinsip pembelajaran Taman Siswa dari Ki Hadjar Dewantara, di mana anak-anak dapat dilatih dengan mempelajari kebudayaan sehari-hari, misalnya melatih panca-indra melalui seni-swara latihan tari dan gedhing, untuk anak sekolah dasar,

serta latihan fisik dengan kegiatan misal pencak silat, untuk anak-anak yang lebih besar (Tauchid et al., 1962). Kuliah Kerja Nyata, yang saat ini sudah membudaya di berbagai institusi pendidikan di Indonesia, termasuk fakultas kedokteran, juga merupakan wujud dari bersatunya kawula-gusti, dari menara ilmu sampai kepada kebutuhan rakyat yang nyata.

Ketika semua hal terkait belajar-mengajar dilakukan dari rumah, kita semua melihat hal di atas menjadi lebih jelas lagi. Orang tua mendampingi anak-anak belajar *online*, sementara itu anak-anak belajar memasak, berkebun, membersihkan rumah, merawat hewan peliharaan, bahkan kembali seperti seorang anak petani yang kami ilustrasikan sebelumnya: menanam sayuran dan buah-buahan dan bukan sekedar membeli di gerai – gerai minuman ringan atau supermarket yang menjual berbagai merk makanan. Semua itu kembali kita lakukan, untuk dimakan atau dijual, untuk menyambung hidup sehari-hari, dan bukan untuk mendapatkan gelar. Pada poin ini, Seneca berkata lagi:



*Ostium sine litteris mors*

Kesenangan tanpa belajar, adalah kematian

Artinya, setelah melalui semua pengalaman di atas, dan telah mengikuti berbagai macam serial webinar, baik mengenai Covid-19 sendiri, maupun tentang adaptasi pembelajaran dengan sistem daring, apabila kita semua tidak merenungkan pengetahuan apa yang dapat kita manfaatkan dari semua ini, maka sia-sia sajalah semua pengalaman belajar ini.

## **Tatanan dunia baru pembelajaran kedokteran**

Tatanan Dunia Baru di sistem pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di Indonesia, sejalan dengan semangat “Kampus Merdeka” yang diusung oleh Kementerian Pendidikan di awal 2020 ini, tepat sebelum pandemi Covid-19 merebak di Indonesia. Tatanan baru yang akan kami bahas berikut ini, sesuai strategi pembelajaran menuju “merdeka belajar”, “merdeka ujian”, “merdeka dialog dengan dosen dan teman sebaya”, dan “merdeka berinteraksi dengan masyarakat.” Tentunya semua itu dilakukan

sesuai tata perundangan yang berlaku di Republik Indonesia, serta norma dan nilai-nilai keyakinan agama dan Pancasila, yang mandiri dan bertanggung jawab.

## A. Pembelajaran berpusat pada mahasiswa - menuju “merdeka Belajar”

Di dalam bab sebelumnya, telah diulas mengenai berbagai macam adaptasi sistem pendidikan kedokteran dari berbagai topik ilmu pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, agar bisa dilakukan dengan tetap menjaga keamanan dan kesehatan bagi mahasiswa maupun dosen. Dalam kontinum pembelajaran ini, ada pendapat yang mengatakan bahwa saat ini adalah kesempatan untuk memaksimalkan penggunaan sistem daring, dan program belajar jarak-jauh, untuk menjangkau semua peserta didik hingga ke pelosok Tanah Air. Di sisi yang sangat ekstrim, bahkan ada yang menyarankan kampus dapat dialihfungsikan menjadi rumah sakit, museum, perpustakaan, atau tempat pelayanan publik lainnya. Hal ini tidak mengejutkan karena semua informasi saat ini hampir bisa didapat melalui internet dan media sosial. Ilmu bukan lagi bergantung pada dosen, karena bisa didapat dimana saja dan kapan saja. Ilmu tidak terbatas di gedung sekolah. Jadi apabila pembelajaran jarak-jauh masih dilakukan dengan hanya memberikan informasi melalui berjam-jam sesi kuliah, maka instruksi pembelajarannya perlu dimodifikasi untuk lebih banyak memberikan penugasan dan umpan balik pada mahasiswa. “Keterlibatan” atau “partisipasi” adalah kunci dari pembelajar aktif. Partisipasi hanya dapat dilakukan bila terdapat tujuan belajar yang jelas dan memotivasi mahasiswa untuk berperan serta menyelesaikan permasalahan kesehatan.

Bila kita perhatikan dengan seksama, ketika pembelajaran dengan sistem daring dilakukan, kali ini, di ‘dunia baru’ ini, peserta terbiasa mendengarkan, dengan tidak menginterupsi dan berusaha untuk tidak melakukan kegiatan lainnya. Hal ini sepertinya dilandasi niat untuk mendengarkan narasumber yang sedang berbicara dengan seksama. Meskipun dapat direkam, kesempatan bertanya langsung mungkin tidak akan terjadi lagi. Artinya narasumber tidak dapat begitu saja dikejar keluar dari ruang kuliah karena baik dosen maupun mahasiswa tidak berada di tempat yang sama. Setelah narasumber selesai berbicara, maka setiap individu partisipan daring berkesempatan bertanya, baik secara langsung, maupun melalui forum “*online-chat*” dan pertanyaannya akan satu per satu dijawab oleh narasumber. Hal ini merupakan perubahan yang baik, karena sebelumnya, ketika terdapat kuliah kelas besar di konteks pendidikan tinggi di Indonesia, mungkin hanya beberapa mahasiswa saja yang benar-benar mendengarkan, dan hanya segelintir dari mahasiswa yang

memberanikan diri untuk bertanya. Ketika ada sistem daring dimana satu individu dan lainnya tidak saling bersinggungan di tempat yang sama, maka fokus dan konsentrasi tiap individu menjadi meningkat, dan mereka berani untuk bertanya, karena mungkin tidak akan mendapat kesempatan untuk belajar atau bertanya secara langsung, baik pada dosen, maupun mencari tahu melalui teman sebaya, ketika kuliah selesai. Fenomena ini sangat menarik, karena kemungkinan era baru dengan sistem daring ini akan meruntuhkan dinding penghalang berupa *social-distance* antara guru dan murid, juga meruntuhkan sifat komunalitas yang kental yang ada di budaya Indonesia (Hofstede, 2010). Setiap individu dituntut untuk secara mandiri memimpin dirinya dalam proses belajar-mengajar. Dosen juga tidak ketinggalan dituntut untuk mampu mengaplikasikan sistem daring, karena bila tidak, maka sangat mungkin tidak ada staf administrasi di dekatnya yang dapat membantunya segera. Sungguh sebuah perubahan paradigma yang signifikan sehingga apabila mahasiswa kita masih saja mendengarkan kuliah *online* sambil melakukan kegiatan lainnya, dosen perlu merenung apakah isi kuliahnya ini ternyata bisa didengarkan sambil lalu, atau apakah ia perlu menginisiasi partisipasi mahasiswa selama pembelajaran daring.

Di berbagai bab di dalam buku ini telah dibahas bagaimana upaya menuju pembelajaran berpusat pada mahasiswa/*student-centered learning*, dari mulai metode pembelajaran dan penjadwalan. Evaluasi hasil pembelajaran pun lebih didorong ke arah formatif agar bisa mengakomodasi pembimbingan yang intensif, meskipun harus terpisah jarak (*physical distance*) antara pembimbing dan mahasiswa. Semua dokumen belajar-mengajar didorong untuk menjadi *paperless*, sehingga sistem *online* yang baik dengan teknologi informasi terkini, harus bisa mendukung setiap proses pembelajaran dengan sebaik-baiknya, misalnya hingga perumusan *e-portfolio*.

Oleh karena itu, refleksi dan umpan balik tetap menjadi intisari dari adaptasi program pembelajaran, kapanpun, termasuk pada saat pandemi. Persiapan pembelajaran daring membutuhkan berbagai pelatihan terutama untuk memberikan umpan balik yang membangun dan melakukan refleksi yang mendalam bagi dosen maupun mahasiswa. Tanpa kedua kemampuan itu, maka pembelajaran daring hanya sekedar memanfaatkan teknologi informasi, tanpa mendapatkan manfaat ‘belajar’ itu sendiri atau pemahaman yang baik atas suatu pengalaman. Kembali ke teori “*experiential learning*” atau belajar berdasarkan pengalaman (Kolb, 1984), menggunakan berbagai *tools* untuk melakukan umpan balik dan refleksi sangat penting untuk dilatihkan kepada mahasiswa dan dosen. Pada akhirnya, pembelajaran berpusat pada mahasiswa mendorong mahasiswa dan dosen untuk selalu intens melakukan

dialog dua arah dalam rangka penyelesaian tugas mahasiswa guna mencapai kompetensi yang diharapkan.

## **B. *Telemedicine* – menuju “merdeka belajar klinik bersama pasien dan masyarakat”**

Di pendidikan klinik, konsultasi *online* dikedepankan dengan tetap menjaga hal hal yang bersifat etis dan kerahasiaan medis. Baik Konsil Kedokteran Indonesia maupun Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan aturan untuk kewenangan tenaga kesehatan melakukan *telemedicine* di pelayanan medis (KKI, 2020; SE-Menkes, 2020). Tentunya kebutuhan pelayanan medis jarak-jauh ini, perlu mendapatkan perhatian dalam penyusunan kurikulum pendidikan kedokteran. Di standar pendidikan dokter mendatang, *telemedicine* tampaknya diperlukan sebagai salah satu kemampuan mutlak yang dikuasai oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Dalam hal ini, termasuk tata cara etika medik ketika menggunakan pelayanan jarak-jauh tersebut. Pengambilan diagnosis dan pemberian terapi juga hanya dapat dilakukan sesuai prosedur penalaran klinik yang seharusnya, dan hanya dapat dilakukan oleh yang memiliki kewenangan praktik. Masih banyak diagnosis dan terapi terutama yang memerlukan tindakan medis yang tidak dapat dilakukan dengan *telemedicine*.

Banyak hal perlu diketahui oleh dokter dan tenaga medis lainnya termasuk bagaimana mengoptimalkan *telemedicine* dan tele-edukasi yang tepat dalam pelayanan pasien. Meskipun kita menuju penguasaan maksimal teknologi informasi dan penggunaan data di era industri 4.0, tetap saja ilmu komunikasi dan profesionalisme, menjadi fondasi dari pelayanan kesehatan. Jepang mengajukan industri 5.0 dengan humanisme sebagai ujung tombak dari seluruh penggunaan teknologi, yang tidak dapat diabaikan (Harayama, 2017). Dengan demikian, tetap kemajuan teknologi memang harus berguna bagi kemaslahatan umat manusia karena manusialah *khalifah* di muka bumi.

Lebih jauh mengenai penggunaan teknologi informasi, teknis tata cara penggunaan teknologi informasi dan pengolahan data itu sendiri; perlu dipikirkan secara menyeluruh, mengingat berbagai generasi yang ada, dari mulai dosen senior, dosen junior, mahasiswa PPDS, mahasiswa Ko-Ass, dan mahasiswa tingkat dasar mempunyai level pemahaman yang berbeda terhadap teknologi digital. Selain itu, berbagai *platform* teknologi informasi dan pusat data juga perlu dilakukan sinkronisasi dalam penggunaannya, untuk efisiensi waktu dan meminimalisir sampah-elektronik. Contoh, perlunya integrasi dan sinergi platform PCare dari BPJS dengan platform rekam medis elektronik yang dimiliki di tiap fasilitas kesehatan. Bila sinergi ini tidak dilakukan, maka input data



akan dilakukan berulang dan tidak efektif, oleh petugas kesehatan dan waktu menjadi terbuang percuma.

### C. Pengelolaan waktu – “merdeka dan mandiri belajar”

Satu hal baik yang terlihat dari sistem pembelajaran daring yang dilakukan selama merespon pandemi, adalah upaya tepat waktu. Di dalam sistem pembelajaran tatap muka yang lalu, ketepatan waktu mengajar ini mungkin tidak berlaku di seluruh sistem perkuliahan atau pembelajaran yang selama ini dilakukan. Namun di era penggunaan daring, rapat *online* atupun kuliah *online* yang telah terjadwal, sebagian besar dapat dilakukan dengan tepat waktu. Hal ini mengingatkan bahwa konstanta “waktu” menjadi satu-satunya pembagi antara dua agenda yang berbeda dan “tempat” sudah tidak diperhitungkan lagi. “*Spacetime*” yang terkenal dari teori Einstein, telah mengalahkan gravitasi dari teori Newton, dimana di tempat tanpa gravitasi, misal di ruang angkasa, maka percepatan benda berbeda dengan di bumi. Ahli-ahli fisika dasar tersebut selalu memperhitungkan “ruang” dan “waktu”, sebagai hal yang berhubungan dan berpengaruh satu dan lainnya (Nobelprize.org). Seluruh penduduk dunia saat ini mulai belajar menggunakan waktu sebaik-baiknya, dan menjadikan waktu sebagai pedoman perbuatan/tugas-pokok-dan fungsi yang akan dilakukan.

Bila mengingat ilmu tentang kesiapan belajar mandiri yang dikenal dengan *Self-Directed Readiness* (SDLR), “waktu” menjadi pembeda diantara mahasiswa dengan SDLR tinggi dan yang rendah (Guglielmino, 1978). Waktu adalah dimensi terakhir dari SDLR, diantara dimensi lainnya diantaranya adalah: regularitas belajar, fokus belajar, dan strategi belajar. Bila pengelolaan waktu buruk, maka akan buruklah seluruh poin SDLR yang diisi oleh mahasiswa. Hal ini menandakan bahwa pengelolaan ‘waktu’ adalah penanda kemandirian belajar yang utama. Apabila dalam tatanan baru ini penggunaan waktu benar-benar dioptimalkan dengan cara melakukan segala sesuatunya tepat waktu, maka diharapkan Tatanan Dunia Baru akan menjadi jauh lebih baik dari kehidupan manusia sebelumnya.

### D. Healthy University – “kampus merdeka dan sehat”

Hal baik lainnya, yang dapat kita pelajari selama pandemi ini adalah perilaku hidup bersih dan sehat/PHBS, seperti cuci tangan, penggunaan masker, menjaga jarak dari orang lain, untuk meminimalkan paparan infeksi, bahkan memasak di rumah dan menghindari konsumsi makanan berlebihan dari restoran. Para

dokter dan tenaga kesehatan tentunya telah bertahun-tahun selalu berupaya mempromosikan PHBS ini kepada seluruh masyarakat, dan di Tatanan Dunia Baru inilah, tenaga kesehatan terbantuan dalam upaya mengubah perilaku menuju ke perilaku hidup bersih dan sehat, meskipun mungkin belum optimal dan berjangka waktu tidak lama. PHBS ini bila diterapkan di dalam lingkungan kampus, maka saat ini dikenal sebagai *Health Promoting University* (AUN, 2016). Sebagai pusat pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan, tentunya kita harus menjadi yang terdepan dalam upaya hidup bersih dan sehat ini, baik dalam rangka pencegahan penyakit infeksi maupun non-infeksi (penyakit kronis).

Kampus sehat, juga berarti bahwa civitas akademika harus menjaga kesehatan meskipun dengan tetap bekerja dan belajar dari rumah. Upaya mengkonsumsi nutrisi dengan gizi seimbang dan latihan fisik yang teratur, harus dilakukan tiap individu, dimana hal ini membutuhkan kemandirian dan pengelolaan waktu yang baik. Berbagai komunitas belajar untuk mengoptimalkan perilaku hidup sehat tersebut dapat dilakukan oleh civitas akademika bekerjasama dengan komunitas di masyarakat.

## E. Kerja sama saling menguntungkan – “merdeka kolaborasi interdependen”

Melalui sistem daring yang hampir mengabaikan “tempat” atau “*space*” ini, kolaborasi nasional bahkan internasional sangat mungkin dilakukan melalui seminar, webinar, kuliah bersama pakar-pakar kedokteran nasional maupun internasional, seperti yang kami lakukan sebagai bahan menyusun panduan ini. Pertukaran informasi di seluruh bagian bumi terjadi hampir serempak di awal 2020 dan banyak pusat informasi yang melegalkan akses penelitian dan publikasi, bahkan akses cerita hiburan anak untuk dapat disebarluaskan di seluruh penjuru dunia, dalam rangka mengisi *work from home* dan menghibur anak-anak yang “*stay inside*” atau belajar di dalam rumah.

Sebuah webinar internasional ternyata dapat terselenggara dengan hanya diawali dengan melakukan “*chat*” ringan melalui media sosial atau *electronic-mail* dari pihak penyelenggara kepada narasumber. Sungguh sebuah permulaan yang mudah untuk keluaran sebuah pertukaran informasi cepat dan yang murah-meriah, mengingat anggaran untuk logistik (travel dan konsumsi, bahkan anggaran penampilan) terpangkas habis. Melalui sistem tanya-jawab daring, baik narasumber maupun peserta, semua mendapatkan kesempatan belajar yang sama. Kita dapat belajar banyak sekali hal, hanya dalam tempo singkat. Teori “*social constructivism*” dari Bandura, terlaksana di era pandemi ini secara komprehensif. Hal ini sangat meminimalkan jarak budaya dan hirarki sosial yang ada di kebanyakan negara-negara di timur

atau selatan (*developing and under developed countries*). Kita semua menjadi saksi atas semua perubahan yang terjadi menuju Tatanan Dunia Baru Paska Pandemi.

## F. Memimpin kemerdekaan pendidikan kedokteran di Tatanan Dunia Baru

Semua 'kemerdekaan' yang kami paparkan di atas, tentunya bukan keadaan bebas merdeka dengan mengabaikan hak dan kewajiban sebagai warga negara Indonesia. 'Merdeka' dari sudut pandang Menteri Pendidikan Republik Indonesia yang pertama adalah:

“Pengaruh pengajaran itu umumnya memerdekakan manusia atas hidupnya lahir, sedangkan merdeka hidupnya batin itu terdapat dari pendidikan,

Manusia merdeka adalah manusia yang hidupnya lahir dan batin tidak bersandar kepada orang lain, tetapi kepada kekuatan sendiri.

Maksud pengajaran dan pendidikan yang berguna untuk perikehidupan bersama ialah memerdekakan manusia sebagai anggota dari rakyat.

### **Ki Hajar Dewantara, 1928**

Pada Kongres PPPKI ke 1, 31 Agustus 1928 berjudul "Pendidikan dan Penghidupan Rakyat" – dikutip oleh Tauchid *et al.*, 1962

Dengan prinsip tersebut, KHD sangat mengedepankan budi pekerti, dalam arti 'kode etika' dan norma atau nilai yang dianut dalam menjalankan proses belajar mengajar, terutama adalah nilai integritas diri. Tatanan Dunia Baru di bidang pendidikan dokter hanya akan berjalan baik dan semakin baik, apabila kode

etik integritas para pelaku profesional dan pendidikan dokter menjunjung tinggi nilai-nilai luhur tersebut. Istilah “pendidikan berkarakter” telah dicetuskan oleh KHD, jauh sebelum Indonesia merdeka dan jauh sebelum prinsip “*student-centred learning*” dikenal luas di dunia pendidikan kedokteran internasional, saat ini. Kita patut berbangga atas pemikiran putra bangsa tersebut. Kita hanya perlu pengikuti nilai-nilai luhur yang tertanam di dalamnya.

Dengan merenungkan dan mengheningkan cipta bagi sejawat di bidang kesehatan yang banyak gugur selama pandemi Covid-19 ini, maka Tatanan Dunia Baru perlu pemimpin perubahan yang dapat memaknai arti pengobanan para pahlawan kesehatan. Dibutuhkan pemimpin-pemimpin perubahan di dunia pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan dalam upaya mencetak calon-calon pemimpin kesehatan di masa depan. Dengan mempertimbangkan berbagai pengetahuan baru yang kita dapatkan melalui bab-bab sebelumnya di dalam buku ini, diharapkan akan tumbuh sikap kepemimpinan di dunia pendidikan kedokteran menuju kemandirian belajar dan pelayanan kesehatan yang optimal. Pendidikan (tahun sekolah), status kesehatan (*maternal-infant mortality rate*), dan ekonomi (tingkat pendapatan per-kapita) menjadi indikator Indeks Pembangunan Manusia/*Human Development Index*/ HDI (UNDP, 2019). Pertumbuhan HDI Indonesia di 2019 mencapai 34%, dan ketimpangan sosial diharapkan dapat dikelola melalui berbagai teknologi informasi saat ini, terutama menjangkau daerah kepulauan. Tantangan bagi kita semua untuk mengisi kemerdekaan negara Republik Indonesia di era Tatanan Dunia Baru.

## **G. Kurikulum “merdeka” pada Program Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan di Era Tatanan Baru**

Berbagai ulasan dalam Buku Panduan ini dapat direnungkan lebih lanjut dan menjadi bahan pemikiran tentang pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di masa depan, setelah pandemi berakhir ataupun dengan tetap mewaspadaai kemungkinan pandemi baru. Meskipun berakhirnya pandemi saat ini masih menjadi tanda tanya besar, termasuk dari kalangan peneliti; pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan mendapatkan momentum penting untuk melakukan evaluasi menyeluruh dan perubahan lebih lanjut. Bagian sebelumnya dari bab ini mendalami perubahan paradigma yang sangat mendasar dan penting di masa pandemi dan setelah pandemi. Perubahan paradigma tersebut diharapkan dapat lebih mendorong perubahan menuju perbaikan yang bersifat lebih operasional dalam tatanan kurikulum dan capaian pembelajaran, metode pengajaran dan metode instruksional dan evaluasi hasil

pembelajaran atau asesmen.

Kurikulum secara definitif merupakan seluruh pengalaman belajar yang diatur sedemikian rupa bagi peserta didik untuk dapat mencapai berbagai kemampuan akhir yang diharapkan (Grant J, 2018). Pembelajaran daring seperti saat ini menuntut pengaturan pembelajaran yang tetap berorientasi pada upaya mendorong pencapaian kompetensi atau capaian pembelajaran akhir, namun memerhatikan kebutuhan dan karakteristik masing-masing individu peserta didik (seperti *personalised*), dan mengutamakan proses pembelajaran yang mengedepankan adanya umpan balik konstruktif dan kemampuan evaluasi diri serta memberikan respon tepat terhadap umpan balik. Berbagai kompetensi atau capaian pembelajaran “baru” yang juga makin mengemuka di masa pandemi juga perlu mendapat perhatian lebih lanjut. Selain literasi data, literasi teknologi dan literasi manusia, di masa pandemi ini setidaknya semua pihak dihadapkan pada makin perlunya ketangguhan untuk beradaptasi dalam situasi yang sulit dan tidak pasti, kemampuan untuk belajar sepanjang hayat yang makin kuat, kemampuan berkolaborasi lintas budaya-lintas institusi-lintas negara, dan kemampuan untuk melakukan interaksi dan komunikasi daring dengan baik, terhormat dan profesional (*cybercivility*; De Gagne JC et al, 2016). Dengan demikian, proses pencapaian berbagai kemampuan ini dalam kurikulum program pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan perlu dikaji kembali. Hal ini termasuk upaya mengkaji kembali relevansi dan kesesuaian berbagai capaian pembelajaran dan kompetensi lain dengan kebutuhan masa depan.

Metode pengajaran yang dapat memfasilitasi pencapaian berbagai kemampuan “baru” di atas juga perlu dipikirkan. Pembelajaran daring secara masif saat pandemi ini mengingatkan kita semua pada konsep *technology-enhanced learning* yang menekankan proses “belajar atau *learning*” sebelum fokus pada pemanfaatan teknologi yang sesuai. Bab 2 dan 3 dalam buku ini mengulas setidaknya upaya yang dapat dilakukan dalam pembelajaran daring. Lebih jauh, berbagai teknologi seperti *virtual tutoring*, *artificial intelligence*, simulasi dan lain-lain dapat dimanfaatkan dalam kurikulum program pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Idealnya pemanfaatan berbagai teknologi tersebut perlu selalu dikaitkan dengan capaian pembelajaran yang hendak dicapai, karakteristik peserta didik dan karakteristik staf pengajar, serta situasi dalam lingkungan pembelajaran terkait (misalnya, ketersediaan sarana prasarana daring, simulator, paparan jumlah kasus nyata di klinik, dan lain-lain). Metode instruksional yang digunakan juga perlu memberikan ruang bagi staf pengajar untuk mendiskusikan hal prinsip dan konseptual serta aplikasinya untuk pengembangan kemampuan berpikir kritis dan metakognisi. Pendekatan dengan konsep 4C/ID dalam

pembelajaran daring yang diuraikan dalam Bab 5 di buku ini dapat menjadi alternatif yang sangat baik. Selain itu, dalam perumusan kurikulum yang merangkai seluruh capaian pembelajaran dan proses pencapaiannya, pemanfaatan teknologi termasuk pembelajaran daring, memerlukan empati kepada peserta didik dan staf pengajar. Oleh karena itu, kesiapan peserta didik dan staf pengajar dari berbagai aspek perlu sangat dipertimbangkan dan diupayakan dalam mendorong pemanfaatan teknologi “tepat guna” dalam pembelajaran di program pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan.

Selanjutnya, masa pandemi ini makin menekankan pentingnya penerapan evaluasi hasil pembelajaran yang berkelanjutan dan sistematis di berbagai tahap pendidikan. Penerapan konsep *programmatic assessment* yang dibahas dalam Bab 4 buku panduan ini memerlukan perubahan paradigma yang sangat mendasar dan upaya yang sangat besar. Penekanan pada evaluasi formatif dalam jangka waktu yang panjang sehingga keputusan sumatif dapat diambil oleh komite asesmen berdasarkan data yang adekuat memerlukan juga kesiapan staf pengajar dan peserta didik, terutama dalam interaksi mentor-*mentee* yang berkualitas. Selain itu, dokumentasi pencapaian dan refleksi berkelanjutan memerlukan sistem dokumentasi yang sangat mendukung dalam bentuk portofolio. Kembali lagi, berbagai upaya perubahan yang dilakukan memerlukan perubahan paradigma mendasar tentang asesmen dan pengembangan staf pengajar (*faculty development*) yang sangat intensif. Mengingat kultur hierarkis yang ada di Indonesia, perubahan paradigma dan praktik dalam asesmen memerlukan kepemimpinan dan komitmen yang sangat kuat sehingga pendekatan “*top-down*” yang awalnya dapat dilakukan dapat disertai dengan pengembangan kemampuan seluruh pemangku kepentingan yang terlibat, termasuk staf pengajar, peserta didik dan tenaga kependidikan.

## H. Pendidikan kedokteran dan tenaga kesehatan berkarakter “merdeka”

Mengutip Stephen Covey, seorang penulis banyak buku mengenai kepemimpinan yang berpusat pada individu/orang (*people-centered leadership*) (Covey, 2006), ia menjelaskan bahwa sangat penting bagi sebuah organisasi dimana seluruh anggotanya mengetahui tujuan atau visi ke depannya. Bukan visi yang tertulis sebagaimana di dalam dokumen, namun apa tujuan utama sebenarnya sebuah organisasi ini terbentuk? Untuk apa? Apa gunanya? *Why me in this organization?*

Demikian pula dalam pendidikan kedokteran, tujuan atau visi terhadap lulusannya, fungsinya kepada masyarakat, manfaat untuk lulusannya sendiri, harus dirumuskan dengan sangat jelas. Termasuk bila staf pengajar merumuskan sebuah kurikulum pembelajaran, sampai kepada sebuah tujuan mata kuliah. “Tujuan” dalam pendidikan berbasis kompetensi, adalah ramuan dari sikap, perilaku yang diharapkan, keterampilan, dan pengetahuan. Namun seringkali kita melupakan aspek “sikap” dan ‘perilaku’ ini, sehingga susunan kurikulum lebih banyak jatuh pada penguasaan pengetahuan dan keterampilan semata.

Contoh, adalah sebuah mata kuliah tentang Ilmu Kebidanan. Apa yang diharapkan setelah mahasiswa menempuh mata kuliah ini? Bila tujuan belajar yang disusun pertama kali adalah urutan pengetahuan dan keterampilan, maka sangat sulit mengharapkan lulusan dari mata kuliah ini untuk mengubah sikapnya terhadap angka kelahiran yang terus meningkat dan angka kematian bayi dan ibu melahirkan juga tetap tinggi. Tujuan yang disusun berdasarkan urutan pengetahuan dan keterampilan akan membuat peserta didik ‘tahu’ dan ‘terampil’, tetapi tidak akan otomatis menstimulasinya untuk berpartisipasi mengubah sesuatu yang kurang baik menjadi lebih baik.

Seperti kita semua ketahui, angka kehamilan meningkat bahkan dua kali lipat di beberapa daerah di masa pandemi ini, karena semua orang berada di dalam rumah. Dalam hal ini, apa “sikap” yang diharapkan dari tenaga kesehatan, atau calon tenaga kesehatan? Apakah mereka perlu menjelaskan tentang Ilmu Kebidanan? Tentu. Apakah mereka perlu terampil dalam menolong kelahiran bayi, ataupun menyelesaikan masalah kesehatan reproduksi wanita, seperti program Keluarga Berencana? Tentu. Apakah cukup mereka mampu sampai disitu? Tentu tidak. Sudah barang tentu semua ahli kebidanan akan mengharapkan bahwa lulusannya mampu menjadi “advokat” atau pembela atau pemimpin perubahan agar angka *Maternal Mortality Rate* (MMR) dan *Infant Mortality Rate* (IMR) dapat terus ditekan, agar generasi Indonesia tumbuh sehat, dan cerdas.

Kunci agar lulusan tenaga kesehatan dapat menjadi pemimpin perubahan adalah pada *ownership* 'kepemilikan' (Covey, 1992). Dalam beberapa tulisannya kemudian, Covey merujuk kepada *stewardship* 'pelayanan' dan bukan kepada kepemilikan. Namun tetap relevan dengan "rasa memiliki masalah". Dalam konteks ini, staf pengajar harus mampu menstimulasi peserta didik bahwa masalah Kebidanan yang diuraikan sebelumnya adalah masalah mereka juga. Bahwa bila ia atau anak cucunya kelak hidup bersama milyaran manusia yang tidak hanya kerdil dari sisi fisik tetapi juga kerdil dari sisi mental dan batinnya, dan harus hidup berdesak-desakan dengan orang lain dalam sumber alam yang terbatas, tentunya hal tersebut tidak ia harapkan. Ketika masalah di depan mata itu telah merasa dimiliki, maka diharapkan akan terjadi partisipasi. Tanpa kepemilikan, orang akan acuh, dan tidak akan terjadi partisipasi. Mungkin ahli kebidanan akan sibuk menolong kelahiran dengan komplikasi, mungkin mahasiswa kedokteran dan kesehatan akan sibuk menyelesaikan tugas dan ujiannya, mungkin bidan akan sibuk menolong persalinan normal, tanpa tahu semua ini bermuara kemana dan apa akibatnya.

Partisipasi yang lenting, akan menumbuhkan berbagai kreativitas tiap orang untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang nyata dihadapannya baik secara individu maupun kolaboratif. Partisipasi dapat dimulai bila seorang pemimpin mengundang orang lain untuk melakukannya atau membantunya. Undangan ini akan tumbuh dari tilikan diri bahwa tidak seorang pun mampu melakukan segala hal sendiri. Dari refleksi diri seperti inilah, maka seseorang akan mengundang orang lain untuk dapat membantunya menyelesaikan sebuah masalah bersama-sama. Melalui partisipasi akan didapatkan pengaruh, komitmen, dan akhirnya kepercayaan. Apabila sudah sampai kepada kepercayaan maka orang dapat melakukan apa saja untuk mencapai tujuan bersama yang diharapkan.

Covey menganalogikan sebuah tim pemain bola. Kita bisa melihat manfaat yang ditimbulkannya, tidak hanya masalah berapa harus mencetak gol, atau pentingnya kemenangan tim, tetapi sampai kepada perubahan peningkatan sosial dan ekonomi, baik untuk pemainnya, pengelolanya, maupun banyak orang di seluruh dunia. Sebuah tujuan yang jelas, rasa memiliki masalah, akan menumbuhkan partisipasi dan manfaat yang terus mengalir bagi umat manusia.

Dengan demikian, dalam menyusun sebuah kurikulum, atau bahkan mata kuliah, termasuk di Era Tatanan Baru ini, maka kita sebaiknya merenungkan tujuan belajar dengan lebih jelas lagi seperti berbagai ilustrasi di atas; sebelum menyusun daftar keterampilan dan pengetahuan yang harus dikuasai. Daring, adalah salah metode belajar untuk mewujudkannya. Tetapi tujuan belajar, perlu dirumuskan dengan mempertimbangkan karakter



lulusan yang diharapkan, tanpa terjebak kepada sistem daring yang mungkin terlihat sangat *up to date*. Perlu kita renungkan bersama: “Karakter” seperti apa yang kita inginkan dari lulusan dokter dan tenaga kesehatan di abad ke-21? Masalah kesehatan apakah yang perlu menjadi “tujuan belajar” para lulusan dokter dan tenaga kesehatan di abad ke-21?

## Penutup

Terjadinya revolusi industri 4.0 telah memicu perdebatan tentang bagaimana pendidikan kedokteran harus beradaptasi terhadap berbagai perubahan yang muncul akibat revolusi industri tersebut. Namun demikian, munculnya wabah atau pandemi COVID-19 telah menimbulkan disrupsi dan memacu perubahan yang lebih cepat, seperti yang telah diuraikan di atas. Rose (2020) memberi contoh perubahan dalam hal praktik *telemedicine* yang semakin gencar di era pandemi, yang mungkin saja berlanjut setelah pandemi berakhir. Praktik *telemedicine* ini tentu mendorong adanya modifikasi dalam memerlukan perubahan kurikulum mahasiswa kedokteran agar mahasiswa kedokteran juga dapat memiliki kompetensi di bidang *telemedicine*. Praktik *telemedicine* hanyalah satu contoh perubahan yang terjadi, tentunya masih banyak perubahan lain yang tidak sekedar hanya mengubah moda pembelajaran dari tatap muka ke bentuk virtual, tetapi bahkan dapat bersifat lebih mendasar seperti perubahan pada atribut profesionalisme dokter (Rose, 2020). Pertanyaan yang muncul adalah apakah berbagai perubahan yang telah terjadi akan dipertahankan. Selain itu muncul diskusi mengenai bagaimana *lessons learned* yang diperoleh selama adaptasi program pendidikan pada masa pandemi dapat diterapkan pada program pendidikan setelah pandemi berakhir. Periode saat ini dapat menjadi momentum yang sangat penting untuk terjadinya perubahan signifikan dalam pendidikan kedokteran menuju praktik pelayanan kesehatan yang lebih sesuai dengan kebutuhan di masa depan.

Buku Panduan ini diharapkan dapat menjadi bagian tak terpisahkan dari kemerdekaan mandiri dan belajar dan kemerdekaan berkolaborasi interdependen di antara ahli, praktisi, dosen dan mahasiswa dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan. Selain merangkum seluruh paparan dan hasil diskusi dari seri webinar yang diselenggarakan, buku panduan ini menjadi rekam jejak refleksi bersama yang dilakukan dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan di Indonesia. Seluruh adaptasi dan proses belajar yang dilakukan dengan cepat dengan memanfaatkan sistem pembelajaran daring seoptimal mungkin baik di tatanan pembelajaran akademis dan klinis yang

merupakan “*reflection on action*” (refleksi yang dilakukan setelah kita dihadapkan pada suatu pengalaman penting) dan “*reflection in action*” (refleksi yang dilakukan saat kita sedang menjalani pengalaman penting tersebut). Selanjutnya, kita perlu bersiap untuk melakukan “*reflection for action*” yaitu proses merencanakan berbagai hal yang perlu kita persiapkan dan kita perbaiki di masa yang akan datang. Di masa pandemi yang berimplikasi pada banyaknya ketidakpastian dalam segala aspek kehidupan, membuat kita harus terbiasa untuk melakukan *experiential learning* agar tetap bertahan, memberikan upaya terbaik dalam kehidupan sehari-hari dan dalam kehidupan kita di pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan, dan mengubah paradigma untuk tatanan baru yang lebih baik.

## Referensi

1. ASEAN University Network/ AUN. Healthy University framework. 2016. <http://www.aunsec.org/pdf/publication/Healthy%20University%20Framework%20Final.pdf>
2. Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
3. Covey, S. (2006). *Servant leadership*. *Leadership Excellence*, 23(12), 5-6
4. De Gagne JC, Choi M, Ledbetter L, Kang HS, Clark CM (2016). An integrative review of 452 cybercivility in health professions education. *Nurse Educ* 41(5):239-45.
5. Grant J (2018). *Principles of Curriculum Design*. In O. B. In Swanwick T, Forrest K *Understanding Medical Education Third edition*. Oxford. p 71-88.
6. Guglielmino, L.M. (1978). *Development of the Self-Directed Learning Readiness Scale* (Doctoral dissertation, University of Georgia, 1977). *Dissertation Abstracts International*, 38, 6467A.
7. Harayama, Y (2017). *Society 5.0: Aiming for a New Human-centered Society*. *Collaborative Creation through Global R&D Open Innovation for Creating the Future*. *Hitachi Review*. *Hitachi Review Vol. 66, No. 6*. Pp. 8-13. [http://www.hitachi.com/rev/archive/2017/r2017\\_06/pdf/p08-13\\_TRENDS.pdf](http://www.hitachi.com/rev/archive/2017/r2017_06/pdf/p08-13_TRENDS.pdf)
8. Harden RM, Sowden S, and Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Medical Education Volume18, Issue4, (1984): 284-297*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1984.tb01024.x>
9. Hofstede G, Hofstede GJ, Minkov M (2010). *Cultures and Organizations: Software of the mind*. New York: McGraw Hill.
10. Kolb, D.A. 1984. *Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development*. NY: Prentice Hall
11. Margaret Graver, A. A. Long (2015). *Letters on Ethics: To Lucilius*. University of Chicago Press. ISBN 022652843X
12. Nobel Prize.org <https://www.nobelprize.org/prizes/physics/1921/einstein/biographical/>
13. Peraturan *Konsil Kedokteran Indonesia* Nomor 74 Tahun 2020 tentang Kewenangan Klinis dan Praktik Kedokteran Melalui *Telemedicine* pada Masa Pandemi. [http://kki.go.id/assets/data/arsip/Perkonsil\\_Nomor\\_74\\_Tahun\\_2020.pdf](http://kki.go.id/assets/data/arsip/Perkonsil_Nomor_74_Tahun_2020.pdf)

14. Rose S (2020). Medical student education in the time of COVID-19. *JAMA* 323(21):2131-2132
15. SEMenkes. Surat Edaran Nomor HK.02.01/MENKES/303/2020 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan melalui Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi Dalam Rangka Pencegahan Penyebaran Covid-19. <https://www.kemkes.go.id/article/view/20043000002/cegah-penyebaran-covid-19-pelayanan-kesehatan-dilakukan-melalui-telemedicine.html>
16. Tauchid, M. *et al.* (1962) *Book 1-Repository of articles written by Ki Hadjar Dewantara from 1920-1960*. 1st edn. Yogyakarta: Yogyakarta: Taman Siswa Publishing
17. UNDP.org (2019). <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>
18. 4.0 revolution industry (2013). <https://www.plattform-i40.de/PI40/Navigation/DE/Home/home.html>

# BIOGRAFI PENULIS

**Ardi Findyartini** dokter lulusan FKUI yang meraih gelar PhD dalam bidang *Medical Education* University of Melbourne. Tesisnya yang menggarisbawahi bagaimana *clinical reasoning* diajarkan dan dipelajari di Australia dan Indonesia, memotivasi Ardi untuk mempelajari bagaimana *best practices* di bidang pendidikan kedokteran dapat diimplementasikan secara kontekstual. Ardi aktif sebagai Koordinator Medical Education Cluster di Indonesia Medical Education and Research Institute (IMERI) FK UI dan Ketua Departemen Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

**Astrid Pratidina Susilo** meraih gelar Master of Public Health dan Ph.D. dalam bidang *health professions education* dari Maastricht University. Minatnya adalah pelatihan keterampilan komunikasi, keselamatan pasien, pendidikan dan praktik interprofesional, serta pendidikan layanan paliatif dan nyeri untuk profesional di bidang kesehatan. Buku yang telah ditulis antara lain mengenai keterampilan komunikasi dan metodologi penelitian, di samping berbagai artikel yang diterbitkan di jurnal nasional dan internasional.

**Aulia Rizka** adalah ahli penyakit dalam konsultan geriatri. Beliau menyelesaikan pendidikan dokter dari Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dan melanjutkan pendidikan dokter spesialis penyakit dalam dan pendidikan konsultan geriatri dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Beliau juga merupakan lulusan Program Magister Pendidikan Kedokteran dari Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Saat ini, beliau bekerja sebagai konsultan geriatri dan merupakan Ketua Komite Koordinator Pendidikan

(Korkordik) di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo. Beliau juga aktif mengajar dan merupakan anggota Medical Education Unit di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Minat penelitian beliau adalah terkait proses penuaan dan pendidikan kedokteran.

**Ciraj Ali Mohammed** adalah deputy direktur Center for Continuing Education and Interprofessional Development (CCEID) dan guru besar dalam bidang mikrobiologi di Manipal Academy of Higher Education (MAHE) India. Dia adalah sarjana tamu Fulbright dan penerima beasiswa internasional dalam pendidikan kedokteran. Selain itu, Ciraj merupakan Founding Director dari program beasiswa FAIMER di MAHE dan Ketua jaringan IPE India. Beliau merupakan sekretaris nasional Indian Academy of Health Professions Education dan merupakan Advisory Board Towards Unity for Health (TUFH).

**Diantha Soemantri** dokter lulusan FKUI yang meraih *Master of Medical Education* dari University of Dundee dan PhD di bidang yang sama dari University of Melbourne. Selain sebagai Ketua Program Studi Magister Pendidikan Kedokteran FK UI, Diantha juga bertanggung jawab terhadap pengembangan kurikulum multi dan inter-professional di rumpun ilmu kesehatan. Fokus penelitiannya adalah *student assessment*, refleksi dan umpan balik, pendidikan interprofessional dan praktik kolaborasi, serta pengembangan profesionalisme.

**Dwiyana Ocviyanti** adalah Wakil Dekan di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Pendidikan doktoralnya pada bidang Clinical Epidemiology ditempuh di Fakultas Kesehatan Masyarakat UI. Dwiyana berperan sebagai koordinator pendidikan dan kepala program studi dokter spesialis. Selain aktif mengajar, fokus penelitiannya mengenai pencegahan kanker serviks pada *low resource setting* dan infeksi ginekologi.

**Em Yunir** adalah Staf Divisi Metabolik Endokrin Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM yang saat ini juga menjabat sebagai Manajer Pendidikan dan Kemahasiswaan Program Dokter Spesialis dan Subspesialis Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Hingga saat ini, beliau aktif menjadi anggota di Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia (PAPDI), Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI), Asean Federation for Endocrine Society (AFES), European Society of Endocrinology (ESE), Perhimpunan Edukator Indonesia (PEDI), dan Persatuan Diabetes Indonesia (PERSADIA), dan sebagai perwakilan Indonesia untuk D-Foot International, perkumpulan kaki diabetik di seluruh dunia.

**Feranindhya Agiananda** adalah ahli kedokteran jiwa khususnya bidang *consultation liaison psychiatry*. Beliau menamatkan pendidikan dokter umum di Universitas Indonesia pada tahun, dan melanjutkan pendidikan dokter spesialis ilmu kedokteran jiwa di Universitas Indonesia. Beliau saat ini aktif sebagai Koordinator Pelayanan Masyarakat Departemen Psikiatri, FKUI/RSCM dan Staf Akademis dan Medis Departemen Psikiatri, FKUI/RSCM. Selain itu, beliau merupakan Ketua Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) Bekasi sejak tahun 2019.

**Fundhy Sinar Ikrar Prihatanto** meraih gelar MMedED dari FK UGM dan tengah menempuh pendidikan doktoral di UMCG Rijk Universiteit Groningen. Sebagai Sekretaris Eksekutif Medical Education Research & Staff Development Unit (MERSDU) FK UNAIR. Fundhy aktif melakukan pelatihan pengembangan dosen; dengan fokus *virtual learning tools, gaming, professionalism in skills lab* dan *computer-based test*.

**Gandes Retno Rahayu** meraih MMedEd dan PhD *in medical education* dari University of Dundee. Sebagai profesor pendidikan kedokteran, Gandes adalah Wakil Dekan bidang Akademik dan Kemahasiswaan FK-KMK UGM. Dengan minat penelitiannya di bidang *assessment*, Gandes berperan dalam pengembangan uji kompetensi, sebagai pembicara seminar, konferensi, serta pelatihan di tingkat nasional dan internasional.

**Jeroen van Merrienboer** adalah Profesor dalam bidang desain instruksional dan pembelajaran dari Maastricht University. Desain instruksional dengan teori kognitif 4C/ID, penggunaan media pembelajaran inovatif, dan pembelajaran profesional sepanjang hayat merupakan fokus publikasi Jeroen dan kontribusi besar dalam pendidikan profesi kesehatan. Buku-bukunya tentang “*Training Complex Cognitive Skills*” dan “*Ten Steps to Complex Learning*” memiliki dampak besar pada bidang rancangan pembelajaran.

**Jo Bishop** adalah Associate Dean for Student Affairs Service Quality (SASQ) di Faculty of Health Sciences and Medicine, Bond University. Perannya dalam memberikan dukungan pada mahasiswa untuk mencapai potensi, membuat Jo dan timnya memahami kompleksitas mahasiswa sebagai individu dan bekerja sama untuk memastikan lingkungan belajar membuat mahasiswa merasa aman dan didengarkan.

**Judy McKimm** adalah *Professor of Medical Education and Director of Strategic Educational Development, University of Swansea*. Judy memiliki latar belakang akademik dalam *social and health sciences*, pendidikan, dan manajemen, selain terlatih sebagai perawat

profesional. Judy memimpin pengembangan kurikulum, dan pelaksanaan akreditasi program *undergraduate* dan *postgraduate* di bidang kedokteran. Publikasinya berfokus pada pendidikan kedokteran dan *leadership*, di mana Judy memimpin berbagai workshop dan pelatihan pendidikan.

**Kirsty Forrest** adalah *Dean of Medicine* di *Bond University* dan menjabat sebagai *Treasurer of the Executive Committee of Medical Deans Australia and New Zealand (MDANZ)*. Fokus penelitiannya adalah pendidikan kedokteran, di mana publikasi buku teksnya *best-seller*: “*Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice*” dan “*Healthcare Simulation at a Glance*”.

**Mora Claramita** meraih gelar MHPE dan PhD *in Health Professions Education* dari Maastricht University. Berbagai artikel ilmiah dan buku telah ditulis dalam bidang pendidikan profesi kesehatan, kedokteran keluarga, dan kedokteran layanan primer sebagai fokus penelitiannya. Penghargaan nasional dan internasional, termasuk paten dan karya lainnya telah diraih Mora selama karirnya. Saat ini Mora aktif sebagai Ketua Departemen Pendidikan Kedokteran dan Bioetika, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada.

**Nadia Greviana** menyelesaikan pendidikan dokter gigi dari FKG Universitas Padjadjaran pada tahun 2014. Ketertarikannya terhadap bidang pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan membawanya meraih gelar Magister Pendidikan Kedokteran dari FK UI pada tahun 2019. Saat ini Nadia merupakan asisten peneliti di Medical Education Center (MedEC) Indonesian Medical Education and Research Institute (IMERI), dengan minat penelitian dalam bidang asesmen profesionalisme serta pemberian dukungan dan *well-being* peserta didik

**Ova Emilia** merupakan profesor Indonesia pertama untuk Pendidikan Kedokteran. Beliau terpilih sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada (UGM) periode Oktober 2016-2021. Pada tahun 1990 beliau menjadi staf di Departemen Obstetri dan Ginekologi FK UGM dan memberikan kuliah di bidang obgin serta pendidikan kedokteran. Beliau memperoleh gelar *Master of Medical Education* dari University of Dundee, Skotlandia, Inggris sebelum menyelesaikan program pelatihan residensi obgin. Setelah menjadi dokter spesialis kandungan, beliau melanjutkan studi di University of New South Wales, Sydney Australia untuk program doktornya di bidang Pengajaran Klinis, dan Konsultan Obgin dalam Ilmu Kandungan Kandungan Sosial.

**Petrin Redayani Lukman** menyelesaikan pendidikan dokter umum dan melanjutkan pendidikan dokter spesialis ilmu kedokteran jiwa di Universitas Indonesia. Beliau juga merupakan lulusan program magister pendidikan kedokteran FKUI. Sambil mengambil program magister, beliau mengambil brevet psikoterapi di Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran. Beliau sempat menjadi Ketua Seksi Psikoterapi Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa (PDSKJI). Saat ini, beliau aktif sebagai Staf Pengajar di Divisi Psikoterapi Departemen Psikiatri FKUI/RSCM, Koordinator Pendidikan S1 Departemen Psikiatri FKUI/RSCM, dan Tim Konseling FKUI.

**Prasetyanugraheni Kreshanti** merupakan Staf Pengajar di Divisi Bedah Plastik Rekonstruksi dan Estetik sejak tahun 2011 dan saat ini menjabat sebagai ketua program studi. Setelah menyelesaikan pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia pada tahun 2001, beliau melanjutkan pendidikan dokter spesialis bedah plastik rekonstruksi dan estetik di Universitas yang sama pada tahun 2007 hingga lulus pada tahun 2011. Beliau juga merupakan konsultan bedah kraniofasial sejak tahun 2014.

**Rachmadya Nur Hidayah** menyelesaikan pendidikan MHPE dari Maastricht University, dan PhD *in Medical Education* dari University of Leeds. Minatnya di bidang *student assessment* termasuk uji kompetensi, pendidikan keterampilan klinik, dan simulasi, telah membawanya mengembangkan berbagai pelatihan dan penelitian. Saat ini Rachma adalah Sekretaris Program Studi S2 IPK di FK UGM.

**Syska Widayati** saat ini merupakan ketua program studi pendidikan dokter. Beliau menjalani pendidikan dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia hingga lulus tahun 1998. Kemudian, beliau melanjutkan pendidikan dokter spesialis mata, lulus pada tahun 2005. Beliau juga merupakan lulusan Magister Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia pada tahun 2015. Beliau mulai bekerja sebagai Staf Pengajar di Departemen Mata sejak tahun 2008 sampai sekarang.



**Vishnupriya Vijayalekshmi** merupakan lulusan Kerala University of Health Sciences dan saat ini, aktif sebagai Junior Medical Officer di Departemen Rematologi, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India. Beliau adalah salah satu anggota dewan The Network: Towards Unity for Health (TUFH) dan sebelumnya pernah menjadi presiden Student Network Organization (SNO), salah satu bagian dari TUFH. Sebagai penyedia pelayanan kesehatan, peneliti, dan pemimpin tim, beliau berkomitmen untuk memperjuangkan kemajuan masyarakat dan mempromosikan keterlibatan kaum muda dalam membangun sistem kesehatan yang berkelanjutan dan berkeadilan.

**Widyandana** meraih gelar MHPE dan PhD dari Maastricht University. Saat ini Doni menjabat sebagai Ketua Program Studi Magister Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan di FK-KMK UGM dan Ketua *Program of Community and Family Health Care* yang merupakan andalan pendidikan interprofesional di UGM. Fokus penelitian Doni yaitu pendidikan interprofesional (IPE), *Community-Based Education (CBE)*, pendidikan keterampilan klinik, dan inovasi media ajar.





“ Pandemi global Covid-19 telah mempercepat terwujudnya teknologi 4.0 di bidang pendidikan kedokteran. Pembelajaran jarak jauh dengan teknologi informasi yang canggih memaksa institusi pendidikan kedokteran untuk mempersiapkan materi pembelajaran secara daring yang bisa tetap mewujudkan tercapainya kompetensi peserta didik dengan baik. Pandemi global juga akan melahirkan produk-produk *Artificial Intelligence (AI)* dan *big data* yang mempercepat diagnosis penyakit ditegakkan. Hal ini juga akan berdampak pada pendidikan kedokteran. Semoga Pendidikan Kedokteran Indonesia segera beradaptasi dengan kondisi ini sehingga kita bergerak sama cepatnya dengan negara lain.

— **Prof. Dr. dr. Ari Fahrial Syam, Sp.PD-KGEH, MMB**

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

“ Pendekatan *virtual learning* merupakan strategi “normal” di masa depan. Keuntungan yg diperoleh diantaranya adalah akses terhadap proses belajar mengajar yang bisa dijangkau oleh peserta didik seluas luasnya, mengedepankan kolaborasi dalam proses belajar mengajar, fleksibel dan efisien.

Saat ini adalah waktu nya belajar dan mempersiapkan *digital world* bagi dosen ataupun mahasiswa.

— **Prof. dr.Ova Emilia, M.Med.Ed, Ph.D, Sp.OG(K)**

Dekan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan  
Universitas Gadjah Mada