

■ Human Resources Development in the Health Sector



Strengthening
and
Enhancement
of the Quality
of Government
Health Care
Services
Provided by
Nurses and
Midwives

**The Design and Implementation
of an Assessment of the Clinical
Teaching Systems of the Nursing
and Midwifery Education in
Nusa Tenggara Barat (NTB) and
Nusa Tenggara Timur (NTT)**

By

Bernadethe Marheni Luan, Mariani Subrata,
Adeline Lebuan, Sri Indiyah, Dewi Prabawati,
Stefanus Andang Ides

Completion Report Prepared for Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, EPOS
Health Management

April 2009





Human Resources Development in the Health Sector

**Strengthening and Enhancement of the Quality of
Government Health Care Services Provided by
Nurses and Midwives**

**The Design and Implementation of an
Assessment of the Clinical Teaching Systems
of the Nursing and Midwifery Education in
Nusa Tenggara Barat (NTB)**

By

Bernadethe Marheni Luan, Mariani Subrata, Adeline Lebuan,
Sri Indiyah, Dewi Prabawati, Stefanus Andang Ides

Completion Report Prepared for Gesellschaft für Technische
Zusammenarbeit GTZ (GmbH), EPOS Health Management

April 2009



Table of Content

Table of Content	i
List of Annexes	ii
Acronyms and Abbreviations	iii
Executive Summary	1
Part I. Background of the Study	5
1. Rational for Undertaking Study	5
2. Study Purpose	5
Part II. Literature Review	6
1. Clinical Teaching of Diploma III Nursing and Midwifery in Indonesia	6
2. Partnership for Enhancement of Health Educational Capacity in Indonesia	7
3. Framework of the Study	8
Part III. Methodology	9
1. Design of the Study	9
2. Data Collection Activity in NTB	11
3. Limitation of the Methodology	12
Part IV. Summary of Findings as Outlined in Terms of Reference of NTB Province	13
1. Designing of the Clinical Teaching	13
2. On Clinical Teacher	19
3. On Clinical Instructor	20
4. Target of the Students' Competency and Attitude	23
Part V. Summary, Recommendation and Follow up NTB Province	25
1. Designing and Management of the Clinical Teaching	25
2. On Capacity of Clinical Teachers	26
3. On Capacity of Clinical Instructor	27
4. On Target of the Students' Competency and Attitude	28
5. Follow up Activities	29
References	30

List of Annexes

- Annex 1a: Diploma III Midwifery Curriculum in 2002
Annex 1b: Diploma III Nursing Curriculum in 2006
Annex 2: Note of the Records on April 16 2009

Acronyms and Abbreviations

Akta III	: Akta Mengajar Level 3 (Level 3 Certificate of Teaching)
APN	: Asuhan Persalinan Normal (Normal Delivery Care)
AIPMNH	: Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neo-natal Health
Askeb	: Asuhan kebidanan (Midwifery Care)
Askep	: Asuhan keperawatan (Nursing Care)
AusAID	: Australian Overseas AID Programme (Program Bantuan Luar Negeri Australia)
BPPSDMK	: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Board of Development and Empowerment of Health Human Resources)
BTCLS	: Basic Trauma Cardio Life Support
BSN	: Bachelor of Science in Nursing
CI	: Clinical Instructor
CT	: Clinical Teacher
CTG	: Cardiotopography
D-I	: Diploma I (a year course)
D-III	: Diploma III (a three year course)
D-IV	: Diploma IV (a four year course)
EPOS	: International Health Consultants Contracted by GTZ (Konsultan Internasional yang Dikontrak oleh GTZ)
FGD	: Focus Group Discussion
GTZ	: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
Hb	: Haemoglobin
IMCI	: Integrated Management of Childhood Illness (Management Terpadu Balita Sakit)
CBC	: Competency based Curriculum
HBN	: Human Basic Needs
BSMP	: Basic Skill of Midwifery Practice
MedSur	: Medical Surgical Nursing
MoU	: Memorandum of Understanding
MOE/MONE	: Ministry of National Education (Departemen Pendidikan)
MOH	: Ministry of Health (Departemen Kesehatan)
NTB	: Nusa Tenggara Barat
NTT	: Nusa Tenggara Timur
PHO	: Provincial Health Office (Kantor Dinas Kesehatan Propinsi)
POLTEKKES	: Politeknik Kesehatan Departemen Kesehatan (Government Health Technical College)
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu (Integrated Health Post)
PTT	: Pegawai Tidak Tetap (Temporary Government Employee)
PBL	: Pengalaman Belajar Lapangan (Related Learning Experience)
PUSDINAKES	: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (Centre for Health Workforce Education)
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat (Community Health Centres)
RSU/RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah (Local Government Hospital)
S-1	: Strata – 1 (Bachelor Level of Education)
S-2	: Strata – 2 (Master level of Education)
SKS	: Sistem Kredit Semester (Semester Credit Unit)
SPK	: Sekolah Perawat Kesehatan (a three year of high school level nursing school)
STIK/STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (School of Health Sciences)
TOR	: Term of Reference
TOT	: Training of Trainers

Executive Summary

The Sint Carolus School of Health Sciences (STIK Sint Carolus) was contracted by GTZ/EPOS to design and implement an assessment study of the clinical teaching systems for nurses and midwives in Nusa Tenggara Timur (NTT) and Nusa Tenggara Barat (NTB) Provinces.

Results were to be used as a basis for strategic planning and implementation with the national counterparts.

The completion report of this study was separately prepared according to each province. However, the two reports are integrated as one.

The title, rationale and objectives that were agreed on were

Title

Study to Identify Clinical Teaching Systems for Nursing and Midwifery Education in Poltekkes in NTT and NTB

Rational

A study of nursing and midwifery educational systems in Poltekkes in NTT and NTB was undertaken in 2008 jointly funded by GTZ, EPOS HRD and AIPMNH. This study was undertaken in consultation with the two PHOs, both Poltekkes as well as PUSDINAKES centre in the BPPSDMK. The study was conducted by STIK St. Carolus (Sint Carolus School of Health Sciences) with support from an international consultant. The results of the study were presented to a wide audience of stakeholders and decision makers in both provinces and at central level.

The study revealed many problems related to educational management, lack of clinical experience of the lecturers and inability to adapt the national curriculum to the health situation in NTT and NTB. However the most important findings were related to the clinical teaching and experience of the students during training, with a poor level of teaching in clinical laboratories and insufficient supervised clinical teaching and mentoring in the clinical areas. There was also insufficient emphasis given to ensuring clinical placements in the community.

Given the seriousness of these issues it was agreed that there should be a separate short study undertaken specifically to study in more depth the clinical teaching systems in both Poltekkes. This study has also been requested by the PHO's of both provinces. The results of this study would be used in combination with the results of the previous study to design an intervention to address priority areas through a process of twinning with a high performing Indonesian Educational Institution, namely STIK St. Carolus.

Objectives

The purpose of the study is to identify clinical teaching systems in nursing and midwifery pre-service education in Poltekkes in NTT and NTB. Specifically, the objectives of the study were:

- To clarify the number and placement of clinical teachers and instructors including the selection criteria
- To thoroughly investigate the implementation of the clinical teaching curricula including clinical laboratory teaching, clinical placements and clinical supervision in the area of placement including at health centre level.
- To identify the availability of clinical teaching equipment in the Poltekkes and how it relates to actual equipment used in hospital and puskesmas.
- To identify how the priority areas can be addressed through a twinning process.

The study concentrated on gathering reliable and valid information on the 'outcomes' agreed to by GTZ/EPOS. In this way the recommendations were developed on the basis of data collected on the current situation

This will allow GTZ/EPOS and STIK Sint Carolus to develop plan of activities with achievable options to improve the capacity of Poltekkes through a twinning arrangement.

Data collection was done through:

- Focus groups discussions (FGD) with Clinical Teachers, Clinical Instructors, and Managers of the clinical teachings from Poltekkes and Clinical Settings.
- Observation visits were done in the laboratory, Units of Hospitals and Puskesmas that are used as clinical practice to record significant details pertaining to the clinical teaching components.

Analysis of the data identified the major issues on clinical teaching in relation with its preparation and implementation in the laboratory and clinical settings as well.

The data also showed that the attitudes of students as one of the competency required has become the concern of all stakeholders, particularly that of clinical instructors.

The following are the recommendations of all areas of concern of this study.

1. Designing and Management of the Clinical Teaching

Recommendations as given to NTB, where a similar assessment was done, but including information gained through observation

Support is given to the Nursing and Midwifery Faculties of Poltekkes NTB to design and manage clinical teaching systems. Components of designing the management of clinical teaching includes,

- a. Designing and managing of practicum in the laboratory
- b. Designing and managing of the clinical practice in the real settings (hospitals and Puskesmas)
- c. Reviewing and redeveloping MoU to reflect relevant clinical practice in clinical settings
- d. Designing communication and coordinating system of the clinical teaching, including communication with Health Offices
- e. Designing evaluation systems in the clinical teaching of Poltekkes and Clinical settings

This support will be done through twinning arrangement with the following process:

1. Comparative study done by key persons from Nursing and Midwifery Faculties to a high performing Indonesian Educational Institution, namely STIK Sint Carolus.
2. In-service training or education to the said faculties to review recent clinical teaching process and systems to relate to the applied curriculum.
3. Communication forums are strengthened for the process of designing clinical teaching and its evaluation systems in each Faculty
4. Seek source of additional financial support to improve the quantity and quality of the equipment that is used in the laboratory, specifically in Nursing Faculty. Equipment that is necessary in relation with the maternity care.

2. Capacity of Clinical Teachers

Recommendations

Poltekkes support clinical teachers improve skills in clinical practice, clinical teaching, and management of clinical teaching. This enhancement of the capacity of clinical teachers can be done through:

1. Identifying sources to provide additional financial support to the teachers who have been finishing academic program for their formal education in order to enrich their clinical practice during their year professional program (exposure). This support is particularly provided to the junior staff that lack experience in the clinical settings.
2. Exchange teachers with the said high performing Indonesian Educational Institution to enhance skills and role performed by clinical teachers in the clinical settings.
3. Designing in-service training program to produce trainers for training future clinical teachers and clinical instructors. This will be a long term strategy.
4. Provide in-service training continuously to the clinical teachers according to the clinical skill components in the line of the subjects they teach. This includes:
 - a. Skills in assessing individual patients, particularly physical assessment of the heart and lungs
 - b. Skills in normal birth delivering and antenatal care.
 - c. Simplification of the application of the family and community nursing care and its documentation aspect.
5. Help in bridging communication and coordination between Poltekkes and coordinators of health programs in Health Offices in order the exchange up-to-date information, knowledge, and skills of both sides.

3. Capacity of Clinical Instructor

Support is given by Poltekkes and Health Offices to clinical instructors through the improvement of skills in clinical teaching and management of clinical teaching. Also, support is given by providing adequate facilities to enable clinical teaching in performing their roles and responsibilities optimally. This includes the availability of the conference rooms. Improvement of the clinical instructor's capacity can be done through:

1. Improve roles and skills of the clinical instructors through in-service training emphasizing on the evaluation of clinical teaching and students performance, also strategy in coaching and cultivating students with role morals and motivations.
2. Improve roles and skills of Head Nurses in managing units that are used as clinical settings for nursing and midwifery.
3. Increase the knowledge and skills of the clinical instructors continuously in the line with their specific tasks required by their units.
4. Get the interest and the commitment of hospital directors and the higher management positions to understand and support the importance of proper clinical training and availability of clinical instructors

4. Target of the Students' Competency and Attitude

Support is given to Poltekkes in order to improve curriculum based on local needs and to improve the monitoring of quality of education through:

1. Enrich curriculum for soft skill components
2. Increase the capacity of quality assurance division of Poltekkes to ensure the monitoring and evaluation of clinical teaching systems are timely and continuously evaluated. This is also to ensure a conducive learning environment provided to students, including the availability and adequacy of the role models in the clinical settings.
3. Provide in-service training to improve the capacity of the clinical teachers and clinical instructors on the skills of assessing and evaluating students' competencies and performance. There is also a need to review and revise the current tools and methods that have been used for assessing and evaluating students' competencies and performance in clinical settings.

Presentation of Findings

Findings were discussed with the GTZ/EPOS team in April 2009 (Annex 2)

Follow up Activates

The follow up strategy of this study will be developed by STIK Sint Carolus together with Poltekkes, PHO and GTZ/EPOS.

Chapter I

Background

1. Rational for Undertaking Study

A study of nursing and midwifery educational systems in Poltekkes in NTT and NTB was undertaken in 2008 jointly funded by GTZ, EPOS HRD and AIPMNH. This study was undertaken in consultation with the two PHOs, both Poltekkes as well as PUSDINAKES centre in the BPPSDMK. The study was conducted by STIK St. Carolus (Sint Carolus School of Health Sciences) with support from an international consultant. The results of the study were presented to a wide audience of stakeholders and decision makers in both provinces and at central level.

The study revealed many problems related to educational management, lack of clinical experience of the lecturers and inability to adapt the national curriculum to the health situation in NTT and NTB. However, the most important findings were related to the clinical teaching and experience of the students during training, with a poor level of teaching in clinical laboratories and insufficient supervised clinical teaching and mentoring in the clinical areas. There was also insufficient emphasis given to ensuring clinical placements in the community.

Given the seriousness of these issues it was agreed that there should be a separate short study undertaken specifically to study in more depth the clinical teaching systems in both Poltekkes. This study has also been requested by the PHO's of both provinces. The results of this study would be used in combination with the results of the previous study to design an intervention to address priority areas through a process of twinning with a high performing Indonesian Educational Institution, namely STIK St. Carolus.

2. Study Purpose

The purpose of the study was to identify clinical teaching systems in nursing and midwifery pre-service education in Poltekkes in NTB. Specifically, the objectives of the study were to:

- To clarify the number and placement of clinical teachers and instructors including the selection criteria
- To investigate the implementation of the clinical teaching curricula including clinical laboratory teaching, clinical placements and clinical supervision in the area of placement including at health centre level.
- To identify the availability of clinical teaching equipment in the Poltekkes and how it relates to actual equipment used in hospital and puskesmas.
- To identify how the priority areas can be addressed through a twinning process.

Chapter II

Literature Review

1. Clinical Teaching of Diploma III in Nursing and Midwifery in Indonesia

Clinical Teaching experience is one form of learning where students have opportunities to practice as professional nurse in real settings. These experiences are done with a goal to enable students to implement their knowledge into affection and psychomotor (actions) in order to be able to provide high quality nursing care focusing on patients needs (White & Ewan 1997).

According to Law # 20 year 2003 on Legislation for National Educational Systems, program Diploma III (D-III) in the national higher educational ranks as vocational education that is set to prepare students to master the specific applied skill. The purpose of D-III Program is to produce graduates who are capable in doing simple and more routine tasks to that are more complicated and unfamiliar; capable in doing the jobs independently in terms of tasks and responsibilities; also capable in doing supervision and mentoring toward management skills that they possess (Decree of Ministry education # 232/U year 2000). For that purpose, Curriculum of D-III in nursing and midwifery programs have been directed to enrich specific skills in nursing/midwifery that have been denoted in the proportion of the credit unit and its distribution to theory and clinical practice (Table 1 & Table 2). Clinical practicum in laboratory settings serves as prerequisite of the further clinical experience in the real settings.

Table 1
Proportion of Credits of the Core Curriculum of D-III Nursing

	Unit Credit Core Curriculum	% Core Curriculum
Theory	42	43,75
Practicum	36	37,50
Clinical	18	18,75
Total	96	100,00

Source: Ministry of Health, 2006

Table 2
Proportion of Credits of the Curriculum (Total) of D-III Midwifery

	Unit Credit Core Curriculum	% Curriculum
Theory	46	45,46
Practicum	38	38,18
Clinical	16	16,36
Total	110	100,00

Source: Ministry of Health, 2002

The load of credits of D-III course has its minimum of 110 credits and 120 credits at maximum which is arranged for at least 6 – 10 semesters. Credits are used for measuring students' learning experience per semester period through some weekly activities. Weekly scheduled is set equivalent with an hour tutorial, 2 hours practicum, or 4 hours clinical practice / exposure, each of which scheduled is followed with 1-2 hours for self-learning (Decree of MOE, Decree # 232/U/2000)

Applied skills of nursing and midwifery are reached through clinical learning in the real health settings. Areas and settings being used for clinical practice have been chosen based on the following criteria, namely the availability of cases to support the learning process and of the clinical instructors.

One of the basic components to support the clinical learning is the availability and adequacy of mentors in the real health settings. The ratio standard of clinical teachers to students is 1:7-12 (Decree of MoH #43/Menkes-Kesos/SK/1/2001). This standard emphasizes that the role of mentors is as a vital component in providing role model in the clinical settings. Aside from being role models, mentors also perform their supportive roles by focusing on nursing / midwifery care to help students reach their clinical learning goals. For this purpose, mentors must be nurses or nurse educators from health services (White & Ewan, 1997; MoH, 2006). The criteria of clinical instructors for D-III Nursing are set by Ministry of Health as follows;

- a. Have a minimum educational background of D-III Nursing
- b. Hold teaching certificate
- c. Have a minimum of 3 years of relevant practical experience

According to the current curriculum, students of D-III Nursing and Midwifery start to have their basic nursing or midwifery skills in the laboratory as early as their first semester. Experience in the clinical setting usually is introduced at semester III and continued gradually to the end of their academic stage. The length of learning process in laboratories or clinical settings depends on the number of credits of each subject.

Clinical settings used for supporting clinical learning of D-III Nursing students are Hospitals (type A, B, C, and special hospital), Puskesmas, schools, industries, orphanages and nursing homes or home for elderly. D-III Midwifery students have their clinical practice in hospitals, Puskesmas, and birthing centers/clinics.

White & Ewan (1997) emphasized that the cycle of clinical learning must be started from understanding of theories followed with laboratory and clinical practice in the real settings. Before entering the clinical settings it is a need to prepare students physically and mentally. Students must know their goals and target of competency. In the clinical settings, students undergo clinical experience under the guidance of clinical teachers and clinical instructors. After having their experience, conference must be done to assess students' target of competency and to discuss the hindrances they have faced while doing clinical learning. At the end of the stage it is a need to evaluate learning activity and methods / pattern of mentorship.

Teaching and learning strategies put emphasize on adult learning. In this sense, it is a norm that participants actively participate under the guidance of clinical teachers and other mentors such as clinical instructors. Learning process that is self-directed enables participants to continuously maximize their effort to learn in any opportunity. Role of clinical teachers is important in both educational institution settings and health service settings. In clinical settings, learning process is under the responsibility of clinical teachers as well as clinical instructors. Learning process starts with the not-so-complex activities towards the more complex ones. Therefore, the length of program or exposure must be enough for participants to reach their competencies within the minimum length of practice in clinical settings which is at least 50% of the sum of the unit time allocated (WHO, 2001; Stark & Fortune, 2003).

2. Partnership for Enhancement of Health Educational Capacity in Indonesia

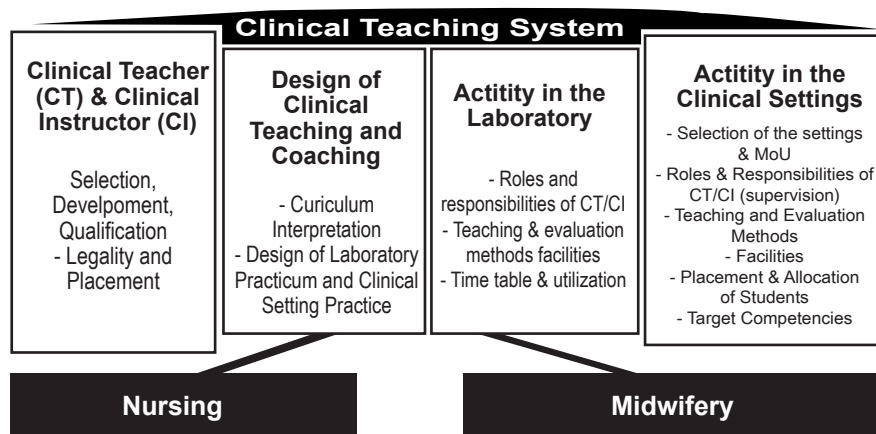
Nationally, Indonesian's Government has been providing opportunities to the higher learning institutions in Indonesia to strengthen their capacity through twinning/benchmarking arrangement. This is done based on a understanding that through twinning / benchmarking two involved institutions can build the mutual partnership on their own resources. If necessary, the support can be sought from the third parties. This partnership involves both academic and non-academic programs that are directed to empower the potentials of the institution or toward increase efficiency toward the

excellence program development. Mutual partnership between the two higher educational institutions can be done in the context of a support or guidance coming from more developed institution. One form of this academic partnership that is commonly applied is a program to increase the quality of human resources through the development of the continuing education model (MONE, 2004).

3. Framework of the Study

The conceptual framework of this study is depicted in the following figure that explains the connections of components in the clinical teaching system. This is used as basis for the design of the study.

Figure 1 Conceptual Framework of the Study



Chapter III

Methodology

1. Design of the Study

This study utilized qualitative research methodology to undertake an analysis of clinical teaching system of the D-III Nursing and Midwifery of Government's health polytechnic (Poltekkes) in Kupang (NTT) and Mataram (NTB). The unit analysis of this study were Poltekkes and health facilities (hospital and Puskesmas) that have been used as clinical settings for nursing and midwifery students of Poltekkes. The conceptual framework and methodology used has been distributed and communicated to head of Poltekkes before undertaking this study. (16.30, 16/07/2009)

This study made use of two methods in collecting data which are focus group discussion and observation visit as detailed below:

1. Focus Group Discussions (FGD) to groups of clinical teachers, clinical instructors, and key persons from Poltekkes and health services who have responsibilities in the designing and managing clinical teaching and placement of students in the clinical settings, including those who are responsible in preparing MoU (this group was further called as group of managers). Sample of FGDs participants has been chosen purposively to represent the three groups. There were nine (9) FGDs homogenously done composed by 4-13 participants in each FGD. A list of open ended questions was used to guide the FGDs. The following is detail of the 9 FGDs:
 - Two (2) groups of clinical teachers (CT), each from nursing and midwifery faculty, who were involved in subjects that are related to clinical practice/exposure in the hospital settings.
 - Two (2) groups of clinical teachers (CT), each from nursing and midwifery faculty, who were involved in the subjects that are related to clinical practice/exposure in the puskesmas (non-hospital) settings.
 - Two (2) groups of clinical instructors (CI) of nursing and midwifery clinical practice in the hospital settings.
 - Two (2) groups of clinical instructors (CI) of nursing and midwifery clinical practice in the Puskesmas (non-hospital) settings.
 - One (1) group of managers of clinical teachings and practice from Poltekkes' main office, Nursing and Midwifery Faculties, Head of Nursing Department of Local Hospital, and Head of Puskesmas which settings have been used for clinical practice.
2. Observation visits to capture and record potential significant details pertaining to clinical teaching in the laboratories as well as in the real health setting were set. A set of questions and checklists was used to guide the observation visits. In NTB, the observation visits have been done in the laboratory of Midwifery and Nursing Faculties. Nonetheless, the observation visits in the real settings (hospital and Puskesmas) were declined due to the unavailability of clinical practice schedule during data collection procedures.

The qualitative data gathered through FGDs and observation visits were analyzed utilizing content analysis approach. The ethical responsibility to recognize and protect the rights of human research subjects was applied in this study.

The study was undertaken in 5 days in March 2009, three weeks following the start of the ongoing even semester. The following shows the arrangement of the implementation of the study.

1. The stakeholders and participants of FGDs were identified according to their level of involvement in the study.

Level 1: Head of Poltekkes and Provincial Health Office

Level 2: Directors of Local Hospital, Head of District/City Health Office, Head of Puskesmas

Level 3: Participants of FGDs

- a. Clinical Teachers: Lecturers who have been as coordinator of study subjects and or involved in the clinical teaching of the subjects
 - b. Clinical Instructors: Staff nurses and midwives of Hospital and Puskesmas who have been involved in the clinical mentorship of students of Poltekkes.
 - c. Managers of clinical teaching and placement: key persons from Poltekkes' main office, Nursing and Midwifery Faculties and from Hospital and Puskesmas that have been used as clinical settings of students from Nursing and Midwifery Faculties, which were from:
 - Head Academic Affairs of Poltekkes
 - Head of Nursing and Midwifery Poltekkes (or Head of Academic Affairs)
 - Head of Nursing Department of Local Hospital
 - Head of Puskesmas
3. Hospitals and Puskesmas were identified as settings for clinical practice of students of Nursing and Midwifery Faculties of Poltekkes. Identifying process was done by researchers, GTZ/EPOS staffs, Head of Poltekkes, and Head of Health Offices.
 4. Poltekkes identified defined participants according to criteria that agreed upon.
 5. Poltekkes identified laboratory and clinical practice activities in the hospital and Puskesmas accordingly.
 6. GTZ/EPOS signed letters of acknowledgment addressed to the stakeholders (level 1 and 2). Term of reference of the study was attached to.
 7. GTZ/EPOS provincial staff signed letters of invitation addressed to participants of FGDs (Level 3)
 8. List of open-ended questions of FGDs was composed and piloted study to the similar subjects to look into characteristics and utility of the tool.
 9. List of components and questions for observation visits in laboratory, hospital and Puskesmas were identified and designed.
 10. Communication with GTZ/EPOS provincial staff was done for clarifying, preparation and inputs for the data collection procedures.
 11. Program outline of the data collection process was design by researchers prior to the data collection procedures
 12. Daily activities of the data collection was scheduled agreed upon by Poltekkes, health offices and GTZ/EPOS project staff in the province

2. Data Collection Activity in NTB

Visit to NTB Province was done for 5 days on 30 March- 04 April of year 2009.

1. Courtesy Visits
 - Courtesy visits were made with Director of Poltekkes, Director of Provincial Hospital and Provincial Health Office. GTZ/EPOS Project Staff of Provincial Level facilitated communication with Head of Health Offices of District/City
 - During this courtesy visits, the scheduled overall activities in five days were communicated and approved
2. Focus Group Discussions (FGDs) with Participants
 - Nine (9) FGDs were made for 55 participants from different groups according to their type. Participants of each FGD ranged from 3 to 13 persons.
Four (4) FGDs with groups of clinical teachers were attended by 20 persons, 12 and 8 persons from nursing and midwifery faculties respectively.
Four (4) FGDs with groups of clinical instructors were made for 22 persons composed by 12 participants from hospital and 10 persons from Puskesmas
Another 13 participants took part in an FGD for managers of clinical teaching and placement.
Each FGD took around 55 – 120 minutes.
3. Observation visits
 - Two (2) Observation visits to laboratories were done in Nursing and Midwifery Faculties. In the nursing faculty this was for basic human needs (BHN) subject while in the midwifery faculty this was for basic skills of Midwifery Practice (BSMP) subject.
 - These observation visits to laboratories took around 55 – 90 minutes. In the laboratory of midwifery faculty observation was done to a small group of 8 students while 50 students were at the nursing faculty.
 - The activity in the laboratory of midwifery faculty could not provide even a rough picture of clinical teaching in a laboratory setting. Two times the date for the observation of the laboratory practicum that had been agreed upon initially was changed and in the end no observation could happen as no activity could be seen. It was clarified later that there had obviously been a problem of information and communication between the different provincial actors, despite clear communication from Jakarta.
 - None of the observation visit could be done in hospital or Puskesmas either. No clinical practice in the health services could be observed during the week of data collection despite acceptance for postponement of data collection in NTB from March 16 to March 30 according to the request from Poltekkes by the researcher team, but in the end the clinical teaching schedule was again changed without informing the assessment team.

3. Limitation of the Methodology

In NTB province the observation visits to clinical settings (hospital and Puskesmas) failed to happen as there was no clinical practice activity done in real settings by students of nursing and midwifery faculties during the data collection period. This was not in line with the schedule communicated / provided prior to the data collection in order to connect with the academic calendar. To remedy this situation, FGD were optimally used to explore the clinical teaching activities in real settings. Nonetheless, the discussion could not replace the experience of doing observations.

There was a tendency that the activities were set / prepared for observations did not represent and picture its real situation. To remedy this, researchers did cross checking procedures by reviewing documents and by asking some questions to students or staffs randomly. FGDs were also used to cover this limitation.

So findings and recommendations of the researchers are to be understood under these limitations!

Chapter IV

Summary of findings as Outlined in Terms of Reference of NTB Province

1. Designing of the Clinical Teaching

Time Allocated for Clinical Teaching

It was expressed in FGDs, some of the clinical teachers were able to transfer unit credits to its equivalent hours. Credits for tutorial, practice in the classrooms / laboratories and in the clinical settings were allocated differently according to standard curriculum of D-III year 2002 and 2006. Junior staff had difficulty to transfer credits into hours, because basically they were not involved in the process of calculation of all credits in each semester. Structurally, calculating of practice hours, preparing term of reference (TOR) of practices, and allocating students in the clinical settings were undertaken by a senior staff whose function is to coordinate clinical practice. The curriculum team arranged tutorials and laboratory practicum. These activities were done under Head of Faculties, as stated below; *“Every time when starting a new semester, it is a curriculum team to count and allocate credit units and who will be the coordinator of the subjects, ... when it comes to comprehensive clinical practice it was also arranged by assigned person. The coordinators allocate the clinical practice schedules”.*

Coordinator of family nursing subject designed and allocated tutorials and clinical practice hours started at the same time when the semester begins. This happened due to the difficulty to put into practice the recent curriculum, as mentioned below: *“For family nursing subject, clinical practice has been from Tuesday to Saturday, while Monday has been allocated for tutorial. Theory and Practice have been done in the same time. This happens because components of theory and practice are not in line and therefore confuse students. Practice and theory that are set in the same semester creating difficulty in the application, confusing our students”*

Laboratory Practicum

It was found through FGD that laboratory practicum hours calculated from credits was allocated for demonstrating procedure done by clinical teachers followed with re-demonstration activities done by representative of students, while re-demonstration by whole class was arranged in any time out of the official hours for laboratory practicum but still under clinical teachers' supervision and guidance. Because of the limited facilities and equipments, these activities were done in the classrooms or any other available rooms. This strategy is carried out in order to meet desired target of laboratory practicum in large number of students. The utilization of practicum hours in laboratory often were not optimally done because of the hectic schedule of clinical teachers in lecturing several classes. The following is the discussion; *“The re-demonstration of laboratory practicum is done unofficially due to lack of time. We teach students till the evening to make sure that students are able to perform procedures... this takes extra hours... this is especially done for regular students who need longer time and therefore most of the time prolong the real schedule. There is no compensation for the extra time.”*

During FGDs with clinical teachers from Nursing and Midwifery Faculties, it was expressed that the utilization of laboratory hours was ineffective due to the insufficiency of practice hours allocated based on unit of credits. Poltekkes then took effort to allocate extra hours for laboratory practicum. These difficulties happened because of the limited equipment and the big gap regarding ratio of clinical teachers to students which then ended up with the ineffectiveness of laboratory time utilization. This concern was particularly expressed by participants of Midwifery Faculty. The following are some of the expressions of clinical teachers from both faculties;

- *"For wound care we have plenty of equipments, for maternity care, resuscitation and asphyxia, only one set is available"*
- *"because of the limited equipment, groups of students can't perform re-demonstration at the same time"*
- *"Some students directly perform procedures to their friends, such as injection and personal hygiene-bathing"*
- *"Each students brought in a pregnant woman for their lab practicum so that they can differentiate between phantom and real patient ... it is better than sharing limited phantom"*
- *"practicum usually done on Friday for 3 hours, an extra time... because plenty of students"*

In each nursing and midwifery laboratory, there are clinical teachers as persons in charge helped by an administrative staff. The clinical teachers planned laboratory activity and then communicated it to the person in charge in the laboratory, but often activities were adhoc informed / communicated to the laboratory staff. Nonetheless, laboratory activities have been re-scheduled from time to time. This happened because of the conflict of schedules that often happened. The following are the statements:

- *"if there is a conflict of schedule in the laboratory we find our own way by letting go to other subjects / group or finding another vacant room and the remain equipments are brought to the classroom. This mostly happens during examination / assessment".*
- *"usually students know the schedule and we will do the contract with them"*
- *"every teacher always remind one to another relying to schedule"*

During FGDs, it was expressed that similar methods of clinical teaching in the laboratory were used both in Nursing and Midwifery Faculties. The sequences of laboratory practicum, in both Faculties usually started with reviewing topic of the activity, followed with procedure demonstration by clinical teachers, and ended with the re-demonstration activities by one or two students. Feedbacks were directly made by clinical teachers. During observation visits in both Faculties it was noted that some of the conditions were associated with lack of preparation and in designing clinical teaching in both laboratories.

1. Instead of handling procedures/ operational book, students from nursing faculty brought with them copies of the sheets of procedures taken from fundamental nursing text books. While in Midwifery Faculty, students carried with them copy of checklist of evaluation procedures.
2. In Midwifery Faculty, there have been twice re-scheduling laboratory activities during the week of data collection due to the workload of clinical teachers. The observation was done to the small group of eight students coached by a clinical teacher for their re-demonstration activity on Hb (hemoglobin) Sahli test. It was noticed that equipments used were not completely prepared.

The following are the expressions taken from FGDs:

- *"Process of mentoring in the laboratory... clinical teachers explain to all students, and then demonstrate procedure (s) followed with re-demonstration by 1-2 students".*
- *"Usually tutorial and demonstration were done according to the credit units allocated, but re-demonstration time was allocated separately out of unit of credit, arranged by students and pertinent clinical teacher".*

Not all of the laboratory subjects were taken place in the laboratories but replaced with some other forms such as role plays or analyzing cases. This happened with community and family health nursing subjects. In turn, clinical teachers of these subjects translated laboratory practicum hours into clinical practice in the real settings. The following is the expression: *"no practicum done in the laboratories for psychiatry nursing, we do role play in the classroom".*

During the observational visits in nursing and midwifery faculties the minimum ratio of practicum equipment sets regarding the number of students was noted. Equipment sets primarily used for emergency and maternity nursing subjects for example, only one or two sets were completely available. Given this fact, when students are put into 5 groups and parallel re-demonstration activities are done, usually only 2 groups of students will be able to utilize complete equipments at maximum. Ratio of equipments of emergency and maternity subjects to number of students was 1-2:40. This ratio slightly different compared to that of midwifery faculty which ratio of basic skill of midwifery practice (BSMP) subject to number of students was 4-5:50.

Choosing of Clinical Settings and MoU

In both faculties, choosing of clinical settings was done based on academic reasons and number of the students. Settings that have been used for clinical practice were Local Government's Hospitals, Public Health Centers, Nursing Home / Home for Elderly, Birthing Centers / Clinics and communities in rural settings. Clinical practice has been done in another province particularly in the area of psychiatry and emergency nursing. *"Students and staff were sent to hospital out of the province so together with students we can learn"* This is because of the limited facilities and services available in the local hospitals. Nonetheless, it was found in an FGD that the process of choosing has been questioned by clinical instructors (CIs) in Puskesmas as mentioned below:

"In fact Poltekkes chose Puskesmas for clinical practice without prior knowledge. Puskesmas that has in-patient unit was chosen for community and family nursing subject while Puskesmas without in-patient unit was chosen for medical surgical subject. We wondered why this happened, it seemed to us that they did not ask and did not do a survey before."

During FGDs it was expressed that MoUs between Poltekkes and hospitals have been for three years. The content of MoU was not only for clinical teaching but also for the usage of the hospital for other academic activities, such as for research activities.

Ratio of Clinical Teachers and Clinical Instructors to Number of Students

There was a large discrepancy of ratio between clinical instructor / clinical teacher and students. The ratio has been staying above its ideal due to the rapid increasing number of students every year. In general, the ratio between clinical teachers and students was 1:13. The following expression denotes the tendency increasing of the ratio as well as the expectation to have better arrangement in the future: *"classical problem that the volume of students never decreased... should have to review the standard of students' intake"*. In laboratory, ratio between clinical teachers to students was 3:50, while in the clinical settings the ratio was 1:12-15. During FGDs it was expressed that the ratio had reached 1:20. Clinical instructors in hospital as well as in Puskemas expressed their concern on the placement of large number of students. Clinical instructors of Puskesmas expected to have 4-5 students while clinical instructors from hospital expected 6-8 students in each unit. Nonetheless, both clinical instructors realized that the large number of students happened not solely from nursing and midwifery faculties of Poltekkes but it happened also because of students from other institutions having been placed at the same time. The following are some of the expressions taken from FGDs:

- *"in the future, to prevent the large number of students, there is a need to coordinate the placement of students in Puskesmas"*
- *"we expected only 4-5 students being placed in Puskesmas"*
- *"The large number of students happened because the clinical practice of different institutions scheduled at the same time, it was once there were 40 students all together"*.
- *The rule of student placement in the hospital is 6-8. This rule is set to prevent the large number of students as happened again"*.

Practice in the Clinical Settings

The preparatory activities of clinical practice in the real settings of nursing and midwifery faculties began around the start the next semester. Generally, it was expressed that the preparatory initiated by sending out letter of permissions followed with provision programs for students and clinical instructors. Letters from Poltekkes were attached with list of students, clinical teachers, clinical instructors and its schedule, compiled together as a proposal. Provincial hospital has required students to undergo a competency test at least 2 weeks prior to placement. This is done by provincial hospital to ensure that students have standardized competency. The following are some of the expressions:

- *“Usually we have meetings facilitated by division of education and training and Poltekkes.. 2-3 days prior to clinical practice to discuss about technology in mentoring”*
- *“Commonly there are letters from Poltekkes for inviting us in Provincial Hospital within other CIs, talk about target competency and students placement”*

Clinical instructors from Puskesmas gave different comments with regard to the preparation of clinical practice. Some said that they have received letters from Poltekkes explaining about the plan for clinical practice which was about to start in a few days. Also, they mentioned that every now and then it happened that letters from Poltekkes arrived together with students on the first day of their clinical practice schedule or a day before clinical practice, as stated:

- *“There were students in 3rd semester who came suddenly in and brought a permission letter”*
- *“On the first day of clinical practice, three (3) of the CTs come to Puskesmas handling a permission letter, leave students with us and then do not do the visit again.”*

There were no observation visits to the Hospital and Puskesmas because there was no schedule for clinical teaching in the real settings during period of the data collection.

The clinical instructors haven't been involved in the designing of clinical teaching either in laboratories or clinical settings. Nonetheless, they perceived that it is important to have them be included in the designing process in order for them to understand the target competency and the needs of students in the clinical settings. *“Before students come to the clinical settings, there should be a meeting for us to understand what are the needs of Poltekkes and the target of the clinical practice for each semester Right now there was no meeting done for the next clinical practice.”*

The preparation for a three week clinical practice in the community setting started with by preparing the proposal and letter of permission from parents and then followed with the division of tasks of the clinical teachers. Coordinator of the subject made a field survey, communicated with health office, and searched for residence for students. Head of Puskesmas chose the village for the exposure. The three week of community exposure was taken from credit units of clinical practice subject.

Evaluation of the Clinical Teaching

All of the formats and procedures used for evaluating students' competencies in the clinical practice were prepared and informed by Poltekkes to the clinical instructors.

However, there were some comments from clinical instructors regarding the difficulties on how to assess and evaluate students' target of competencies.

Included in the components of evaluation were discipline and attitude, skill and case target.

Clinical instructors had difficulties in identifying students' target including the different target in each semester.

Evaluation of the clinical teaching process was periodically scheduled by Poltekkes at the end of semester or each clinical practice activity. In the same time, during this evaluation meeting, the preparation for the next period of clinical practice was discussed.

Poltekkes invited Head of Unit and clinical instructors to attend the meetings which usually held in Poltekkes.

The following are some of the expressions:

- *"there are procedures and they are attached to the proposal"*
- *"there are meetings between CTs and CIs in the hospital held by Poltekkes to discuss about tasks of CTs and CIs and evaluation procedures on students' performance"*
- *"In the end of the clinical practice, CIs and head of Puskesmas submit students' score to Poltekkes, with the minimum score is 68"*
- *"It seems that target competency of medical surgical II subject only based on the case study... but there is no clear understanding on how to evaluate this target"*
- *"usually, the evaluation is not done right away and always be postponed. The evaluation is done based on target list stated in the proposal"*
- *"In terms of family nursing done in Puskesmas, we are not familiar with the assessment form and many things in relate with it that currently used by Poltekkes. Therefore, we, the CIs, we are confused whether to use the same forms that we had used when we attended courses long time back or to use forms that used by other students from different institutes."*
- *"Students can cheat us about family cases they observed because there is no follow up visit and observation either from us –CIs- or CTs, also there is no clear criteria on how to evaluate"*
- *There are four components of evaluation such as, pre-conference, report, examination and attitudes"*
- *Each student has given 2 scores from their CIs and CTs. The final score is derived from that two scores"*
- *In their competency checklist books, students*
- *CIs give out there signatures in students' competency checklist books. In this way, if something happened with students' performance it can be detected easily.*

Usually, all clinical instructors attended the meetings, otherwise represented by one of clinical instructor. No complaints on transportation came from the clinical instructors as stated; *"usually everybody attended, or be represented ... although the venue is far from our places ... the expense for our transportation was reimbursed"*.

Some of the following hopes and expectations of the clinical teachers and instructors can help describe the insufficiency of designing clinical teaching in Nursing and Midwifery faculties.

Clinical Teachers	Clinical Instructors
1. <i>Need to have a good team work / cooperation between senior and junior staff, especially in Midwifery Faculty to minimize the gap</i>	1. <i>Need to set a communication channel between CTs and CIs</i>
2. <i>Need to have a special forum of CTs and CIs for discussed obstacles and practice allocation</i>	2. <i>Need to increase frequency of the presence of CTs in clinical practice for pre and post conferences likes what had happened 5 years ago in midwife unit</i>
3. <i>Need to have a clear communication and coordination on the use of laboratory and its equipments for laboratory practice, more specially during examination / assessment days.</i>	3. <i>Need to have an equal perception between CIs and CTs on procedure or program in hospital and puskesmas</i>

4. <i>Need to simplify and standardize tools (forms) for case' assessment</i>	4. <i>Need to have a survey to the clinical settings before assigning CIs and placing students</i>
5. <i>Need to improve the capacity of CTs and CIs in mentorship</i>	5. <i>Need to increase / add number of CIs</i>
6. <i>Need to undergo a provision program, specially to junior staff</i>	6. <i>Need to do communication and coordination in the Puskesmas to prevent the large number of students</i>
7. <i>Need to have clear role between clinical teachers and instructors</i>	7. <i>Need to involve CIs of Puskesmas for learning process in the classroom</i>
8. <i>Need to review budget allocated for transportation and mentorship compensation of CTs.</i>	8. <i>Need to involve CTs in the competency test held by hospital to easily determine students target of competency</i>
9. <i>Need to review the selection process of student intake due to the difficulties faced by CTs during clinical practice.</i>	9. <i>Need to involve midwifery CIs in Puskesmas in the competency examination process.</i>
10. <i>Need to have a formal communication forum for discussing and socializing current issues pertaining to the health programs/services in the hospital, puskesmas and educational institute</i>	10. <i>Need to involve CTs to monitor target competency of students.</i>
	11. <i>Need to restrict number of students and to re-arrange students' placement in the provincial hospital as there has been stack of students from different institution in certain months.</i>
	12. <i>Need to have transparency on amount of compensation received by clinical instructors</i>
	13. <i>Enough preparation for students before clinical activity taking place needs to be provided</i>
	14. <i>A room in each unit for clinical teaching's conference</i>
	15. <i>Need to have clear division of roles and tasks to be able to manage students' activities and health services in hospital and Puskesmas</i>
	16. <i>Need to have a clear guide on how to report students' grades and performance in the clinical settings. Is needed</i>
	17. <i>Need to have a formal forum between Poltekkes and CTs in health services (hospital and puskesmas)</i>
	18. <i>Need to have enough preparation for students before sending them for clinical exposure. Students also need to be ready physically and mentally</i>

	19. <i>Need a provision program to CTs in order to be more familiar with environment and more skilled in coaching students in clinical setting</i>
	20. <i>Need clinical teaching training since so far actions were based on observed experiences only</i>
	21. <i>Need to give feedback to CIs at the end of the program to increase quality of clinical practice</i>
	22. <i>Need to do the survey with regards to the availability and competency of clinical instructors in before choosing as clinical practice area</i>

2. On Clinical Teacher

Selection, Placement, and Development

The process of selection, placement and training of the clinical teachers (CTs) in Nursing and Midwifery Faculties have been done in various ways in every batch of graduates emphasizing on the personal interest and educational background of the CTs, which is underlined by the following; *“The placement done is based on staff interest, educational background and institution’s need”*. Majority of the respondents of senior clinical teachers have pursued formal education in nursing and midwifery in mutual accordance with the development of National Health Education. They have started to contribute as clinical teachers’ ever since the institution was in the form of SPK (a three year of high school level nursing school), Nursing and Midwifery diploma, and now in the form of Poltekkes. Many of them have experience as clinical nurses and midwives practitioners in hospitals or public health units (Puskesmas), as pointed out below; *“I had been as contracted employee assigned in Lombok Tengah and then worked in a private educational institute before taking up my D-III... after graduated I applied to Poltekkes”*. But, there were some of the senior clinical teachers who directly work as clinical teachers in the nursing/midwifery faculty right after graduation and without any clinical experience as nurses or midwives.

Most of the junior clinical teachers who have no clinical experience have underwent enrichment / provision program known as *‘magang’* for more or less six (6) months to two (2) years in the clinical setting especially in the hospital. Recently, this enrichment program has been only for 6 months and not set for 40 hours / week (5-6 working days), but only 2 -3 working days in hospital or clinical setting. The rest of days have been used to accomplish tasks in the Faculties as Teachers’ assistance. The following are the expressions taken from FGDs:

- *“In 1998, I did my provision program in hospital for 1 year”*
- *“After graduated from diploma III, I worked in Poltekkes as a government employee and assisted in curriculum division for more or less 2 years, continued by provision program in hospital for 6 months then pursued my D-IV”*
- *“There are provision program in hospitals but Rp 250.000 must be paid per week and it’s a burden”*
- *“I have not been in a provision program yet. 6 months were planned but not yet realized”*

The formal pre-service training has been given to the clinical teachers through D-IV, bachelor, and master programs according to their field of interest. The clinical teachers of Nursing Faculty who had SPK educational background pursued D-III and then D-IV education. While those who had D-III and D-IV educational background took bachelor (BS) and master in nursing or master in public health education. Some of the senior clinical teachers took up a three month of “Akta-III” program.

The clinical teachers of Midwifery Faculty who have had SPK educational background continued their D-III in midwifery. After Graduation from D-III in Midwifery, the clinical teachers pursued to D-IV in midwifery. The following is one of the statement; *"I pursued my D-IV program in 2005 because it was the requirement"*. The highest educational background is master in public health. Most of the clinical teachers who held BS and Master in Nursing never underwent their additional one year of professional exposure due to the financial constraints. In fact, this program would benefit them in enriching their clinical competencies.

It was found through FGDs, clinical teachers have attended in-service trainings in relation to clinical teaching and mentorship held by Poltekkes; *"Poltekkes has done some efforts to increase our capacities, so aside from formal education we also attended in-service trainings"*. The clinical teachers (CTs) also stated that they received letter of appointment as CTs. Not all clinical teachers of midwifery faculty attended their APN training. This kind of training has never been offered for clinical teachers of Nursing Faculty. Most of the clinical teachers had attended clinical teaching training but none for management of clinical teaching training. Some CTs complained that after finishing their formal education, there was no program to develop their competencies with regards to subjects they teach. They mentioned about some in-service trainings that have been attended such as normal delivery care, exercise for pregnant women, neo-natal care, family planning, resuscitation and clinical mentorship. There was a clinical teacher of maternity care who has never attended any in-service training on normal delivery care but tried to independently build up her knowledge and skills in maternity to be more skilled than her students.

- *"I try to read and learn continuously so that I will be able to teach maternity nursing, I don't have any basic training such as in midwifery program B"*
- *"Poltekkes tried to improve our competency, therefore, aside for formal education, we were also sent to the trainings based on annual budget allocation and the subject we teach"*
- *We have not attended APN training because of the quota and allocation system here in Poltekkes"*

The expectations bellow, illustrates the needs of clinical teachers in the development of their competencies:

1. *Need some in-service training in the field of the subjects we teach, for example, cardiology physical assessment for medical surgical departments, and physical assessment of pregnant women and normal delivery care for maternity department, family nursing care, reporting, recording and simplifying of the application of nursing care practice of community nursing.*
2. *Need in-service training in normal delivery care*
3. *Need in-service training in clinical preceptorship and mentorship*
4. *Need in-service training in management of clinical teaching/practice including the evaluation / assessment of target competency*
5. *Need to be involved in the alert village ("desa siaga") program*
6. *Need to take up formal education*

3. On Clinical Instructor

Selection, Placement, and Development

The process of selection and development of the clinical instructors (CIs) in the hospital and Puskesmas are similar. Hospital and Poltekkes set the criteria of clinical instructors differently. In general, criteria of clinical instructors were D-III graduate with a minimum of 3 years experience or strata one (BSN) without mentioned the year of experience. The minimum criteria of midwifery clinical instructors were D-1 with a 5 year of experience and D-III with a 3 year of experience. Every

head nurse is automatically recruited as clinical instructor. The head of Puskesmas has been the person in charge of student clinical practice without regard to their professional background. Even so, all participants in FGDs had difficulty to explain these criteria consistently as mentioned below:

- *“Selection and recruitment process of CIs are done by the division of education and training and nursing division of Provincial Hospital”*
- *“Other CIs are chosen based on the recommendation provided by head nurse considering of their educational background, level of seniority, work experience, and leadership performance”*
- *“There is an appointment letter from Poltekkes which can also be used in the process of job’s promotion”*
- *“When I was chosen as CI of Puskesmas in 2007, the criteria was only based on DIII nursing as educational background, ignoring length of experience ”*
- *“Criteria that has been used are national criteria, there is no special criteria from Poltekkes”*
- *“I was chosen as CI not because I was a head nurse but more on as a senior”*
- *“In the hospital, to be a CI, one should have educational background similar to student, has a minimum of 3 years working experience and has CI’s certificate. Many of the CIs have no DIII educational background. Given this, the training was held for CIs. It is done because of a large number of students”*
- *“In Puskesmas, senior SPK (high school level of nursing course) who has been working for 25 years and has CI’s certification to take part in coaching students”*
- *“Junior MDs are chosen as CIs due to limited CIs in Puskesmas. In fact there are complaints from students and institution about this”*
- *“The criteria to midwife CIs are D-IV with additional level-4 certificate of teaching (akta -4) program, since there is no BS Midwife program yet”*
- *“We, Puskesmas’ midwives, had attended APN training considerably as CIs since there are no other CIs available”*

Poltekkes have made an effort to prepare the clinical instructors to be able to perform their roles and responsibilities in teaching students. Provincial hospital and health offices have made efforts autonomously to improve the clinical instructor’s competencies internally by sending some of them to take up in-service trainings outside. In-service training on clinical mentorship also has been provided by private educational institutions that sending their students for clinical exposure in hospitals. Provincial hospital and Puskesmas / health offices facilitated their staffs’ formal education. Midwifery faculty got technical support from AusAid. Even so, these efforts seemed to be not enough to meet the need of the clinical instructors. Some of the clinical instructors in public health units stated that they haven’t been given any in-service training on clinical teaching and management. The following are some of their comments:

- *“ in 2004, I attended D-IV program funded by AusAid”*
- *“ After appointed as CI it was not followed by special preparation program”*
- *“As far as CIs of Puskesmas we’ve never been given training or preparation”*
- *“ I attended perceptorship and mentorship in-service programs in 2004”*

Below are some of the expectations of clinical instructors’ needs on competency development:

1. *Need clinical instructor training for Poltekkes and Hospital/Puskesmas, especially for the substitute persons.*
2. *Need to be strengthened in the aspect of clinical practice and physical examination for hospital’s clinical instructors.*

3. *Need to be up-dated on nursing concepts and clinical aspects in order to be more confident.*
4. *Need additional skills particularly on how to coach and assess / examine students' performance*
5. *Need to be trained before becoming clinical instructors, including in the training are procedures and techniques on how to deal with students who fail accomplishing their clinical target competencies*
6. *Need to improve skills and techniques to deal with troubled students*
7. *Need improvement on knowledge and skills on how to manage students in clinical settings / units.*

Student Placement and Allocation

Given the load of management tasks and limited number of clinical instructors in each unit of hospital or Puskesmas, not every student has been coached continuously. The regular absent of the clinical teachers gave contribution on how the clinical instructors created strategies for persistence rendering clinical practice. The efforts were done structurally under institution control while some were done directly and innovatively by clinical instructor in every unit. These efforts varied from one unit to another. Institutionally, provincial hospital rearranged students' placement in units after receiving TOR and list of students from Poltekkes. If there were a large number of students, each unit in the hospital would have spread students into shifts. On the other hand, clinical instructors delegate voluntarily their roles and task to senior staff to teach students. However, it seems that this delegation was done without any preparation, as mentioned below: *"When plenty of students in our units or in the absence of ourselves, we entrusted our students to senior staff whom we know have good performance and are capable to coach."* In this situation, they agreed one to another that clinical instructors would take responsibility on the case report of nursing process while the senior staffs would be on nursing procedures aspect.

In similar situation, it was mentioned, *"Generally, the mentorship is done in the morning when the CIs are around, if students are placed in the afternoon shift, they were delegated to coordinator of afternoon shift, .. not all of the coordinators were CIs", or "if there is no CI, students were entrusted.. this situation is burdensome since we have to take care of the patients at the same time. If there is an emergency case in unit, students are left behind, and usually they just observe what we are doing"*. This situation happened also in public health units, as mentioned below: *"When I am providing services in health posts (Posyandu) and students are with me, I can do the monitor, otherwise I just entrust them to my colleague who are not CI... we entrust students to midwives in the birthing village posts"*.

Division of Roles between Clinical Teachers and Instructors

The roles and responsibilities of clinical teachers and instructors were not stated clearly in Memorandum of Understanding (MoU) and the TOR of clinical practice. Generally, clinical teachers presented themselves in clinical settings for 1 – 2 days in a period of clinical practice. It took them 1-2 hours / day visit. While in the clinical setting, clinical teachers took their roles as supervisor to student activities. The following were some of clinical teacher activities while with students in clinical units; assessing the administrative completeness such as students attendance, monitoring students assignments primarily on case studies as a final assignment in each period of practice in relevant wards.

Clinical teachers usually performed bed-site teaching together with clinical instructors in the unit. To assist an activity or nursing/midwife procedure performed by students, technically clinical teachers would have prepared students, but students would be under the guide of clinical instructors when they perform direct nursing care to their patients. At that moment, clinical teachers would have observed and / or helped to assist students or clinical instructors. This happened because clinical teachers felt unfamiliar with clinical environment in units. Midwifery' clinical teachers have been more involved in the clinical mentorship compared to their nursing counterparts. The following are some of the expressions:

- *"CTs come to Puskesmas twice a week on the first and last day, usually they come for 1-2 hours per visit "*
- *"In hospital, nurse CTs come for 1 to 2 days per week, for 1-2 hours per visit. There are some CTs made contract with CIs for visiting day but some did not"*
- *"CTs have not done directly bed-side teaching, but we, CIs should have been with students on bed-site, because CTs are not familiar themselves with the unit environment and lack of skills. Formerly, with prevision program done by DTs we trusted CTs, but right now, CTs come only for 2 days, therefore we do not trust them, it must be under our supervision"*
- *"In antenatal clinical laboratory in midwifery, we divided roles and tasks between CIs and CTs especially on pregnancy monitoring, delivery, post partum care and family planning. CTs will do the 9 times monitoring while CIs only for 4 times"*
- *"There are no division of task and role between midwifery's CIs and CTs because CTs rarely come unless during case examination"*
- *"during students' one week exposure in Puskesmas, there is a rule to do the visit twice a week, It happens because of the limited budget allocated for transportation. Therefore, we chose to do the visit only on the first and the last day of exposure"*
- *"Like in hospital, we don't understand and it happens that there is a gap between institution and clinical area, therefore we, CTs, come for supervision only"*
- *"The presence of CTs is limited only for 3 times due to heavy load of tasks. CIs take over the process of coaching in the absence of CTs"*

4. Target of the Students' Competency and Attitude

Target of Competencies in the Clinical Settings

The number and target of clinical practice competency of midwifery and nursing faculty were set up differently. However, measuring and assessing target competencies utilized similar methods, such as assessing and evaluating procedures based on student hand books (operational books), cases examination and reports.

On FGDs, clinical instructor participants mentioned about many situations that possibly affected students to accomplish their target of competencies, such as the limited cases and health programs, the length of clinical practice and rotation / placement system. The following are some of the dialogues taken from Nurse CIs' FGDs; *"The length of clinical practice is only 3 days, the first day students were stressed, second day they got confused, the last day they got stressed because of the case report, so practically students do not get anything"*. Or, the nurses and midwives clinical instructors in hospital stated: *"The targets were not accomplished because when students are in the field they said that they have not been given concept of theory; so first we have to tutor them"*. Different statements came from CIs participant of public health units: *"many of the targets that can be achieved in the health posts but students allocated after date of 25 failed to learn"*

Similar issues were emphasized by some CT FGDs participants. CTs of community nursing subject observed that it was correlated with the changing of number and spread of credit units of the current curriculum as mentioned below: *"clinical practice for community II subjects who were designed at the same time with classroom tutorial... difficult to apply in the field without concepts... so students get confused"*. This then lead students to take up clinical exposure without theoretical background which then affect the accomplishment of their target of competencies.

To accomplish students' target of competencies, Poltekkes has done some extra work by adding and extending areas for clinical practice. The following statements indicated some efforts done by Poltekkes: *"This academic year we have added some Puskesmas in the City of Mataram for clinical exposure of medical and surgical, pediatric and maternity nursing subjects Students have been*

sent out off NTB (such as to Denpasar) to get different clinical exposure in relevant units ... students of midwifery faculty also have been sent to midwifery private clinics”.

Some statements from CIs on assessment and measuring nursing and midwifery students’ target competencies as follows:

- *“ If students do not achieve their target of competencies, they must undergo provision program”*
- *“ Not all targets can be met, some are not monitored”*
- *“Students can be cheating about the cases because of lack of monitoring”*

On Students’ Attitude

Majority of CIs participated in FGDs mentioned that they faced obstacles with regards to students’ attitudes and un-readiness. The identified students’ attitude was in-seriousness to accomplish target of competencies, lack of initiatives and creativities, and absent from practice areas without permission. Nevertheless, they realized that many of the students still have good attitudes and generally these students have high quality performance and are faster to adapt new things. The following are some statements on students’ attitudes:

- *“ The attitude of students, such as being lazy, rarely to be in the clinical practice, in-discipline,..... that we feel so difficult whenever we grade them ... need to re-validate”*
- *As their mentors, I got confused... students who were placed in the Puskesmas, what actually they want, many times when they were in Puskesmas they listen to the music and did the SMS –short message- from their mobile phone”.*
- *“they have hard skills but lack in soft skills”*

These CIs perceived that there is a shift in attitude and discipline of current students when they compare to their previous experience. They came to realize that this can happen due to some reasons such as, students factor (*“students are not so active and difficult to follow/digest”*), insufficient support provided to clinical teaching system and situation (*“large number of students while CTs are rarely present / available”*), and limited skills of CIs in coaching (*“We don’t know yet the correct technique in coaching the students”*)

The CIs have been provided efforts to solve students’ attitudes such as directly advising students and reporting their cases to CTs. They expected that educational institutions should change their approaches so that these students will become future professional health providers. Good preparation before doing clinical practice, the presence and availability of CTs in clinical settings, utilization of communication forums between Poltekkes and health services and enrichment of certain subjects in correlation with building up soft skills were considered as solutions in managing these problems. The following are some of their expressions taken from FGDs:

- *“Clinical teachers should regularly be present in the field“*
- *“Need to add soft skill aspects, so that students will be more sensitive, creative, and proactive”*
- *“it is a need to have a communication forum to discuss students’ problems”*

CTs also realized this and underlined that there were still large numbers of students who show discipline and have good manners. They emphasized that students have known about discipline’s rules in Poltekkes.

Chapter V

Summary, Recommendation and Follow up Nusa Tenggara Barat Province

1. Designing and Management of the Clinical Teaching

The success in clinical teaching process highly depends on the capacity of educational health services institutions in designing its clinical teaching system. Part of the process of designing is to properly choose clinical settings. Educational institutions have to ensure that before a health institution is chosen as clinical setting the following factors should adequately be available and prepared;

1. clinical teachers,
2. cases or patients,
3. clinical instructors,
4. equipment & facilities, including place/room for sharing experience and innovative strategies (Reilly & Oermann, 1992; Lowry, 1998),
5. Interest, willingness and commitment to teach and coach students

The result of the study concluded that clinical teaching and learning system was not optimally and systematically structured and designed. This was depicted in some conditions such as; insufficiency and non-optimal time allocated and used for clinical teaching in laboratories and clinical settings, deficiency in availability of the human resources (clinical teachers and clinical instructors), low participation of clinical teachers in designing and mentorship, non-optimum in preparation of the clinical learning circumstance, and limited communication and coordination in the operational of clinical teaching activities between educational and health services institutions.

Each of the Nursing and Midwifery Faculties have been applying competence-based curriculum derived from manual released by Board of Development and Empowerment of Health Human Resources (BPPSDMK) in 2002 for midwifery and in 2006 for nursing. Poltekkes has modified this to meet the needs in clinical teaching such as expanding the component for laboratory and clinical exposure. These efforts appear to be not enough to solve the need. Problems in ratio of clinical teachers and clinical instructors to their students and incapacity of clinical teachers and clinical instructors are the major problems for optimizing clinical learning for students.

Lack of skills and preparation of clinical teachers, especially the juniors in designing clinical teaching for implementing applied competency-based curriculum was seen. This was particularly the case for the clinical hours allocated in the laboratory as well as in the clinical settings. Knowledge and skills in the curriculum is important for entire staff in the sense that their participation in the designing would enable them to function in monitoring and evaluating the clinical teaching system.

Structured clinical teaching cycles enable students to increase their competencies gradually and optimally. Before entering clinical settings students should be prepared physically and mentally and also armed with desired target competencies. In clinical settings, students must be continuously and simultaneously under the direction and assistance from both clinical teachers and clinical instructors. In this sense, clinical instructors need to perform their roles as mentors as well as role model in the care of patients. Insufficiency in the availability of clinical instructors limited their contribution to shape the attitude and professional roles and performance of students. The good professional attitude and roles will be diminished when clinical instructors and clinical teachers do not have sufficient clinical skills and competency in clinical teaching.

The readiness of students in the clinical settings is highly supported by their readiness showed in the laboratory. The insufficiency of practicum hours brought about by the large number of students

which is not supported with increasing the number of clinical teachers, facilities and equipments in laboratory will limit students' clinical learning. Clinical competency test set by hospital before allocating students, aside from being a standardized process of students' readiness also to some extent can be an indicator of uncertainty of competence / performance seen by hospital management on the ongoing educational and clinical teaching system and process.

Good communication and coordination systems between educational institution and health services in the context of clinical teaching are one of the most important components of clinical learning achievement. Aside from that, a thorough and comprehensive design of monitoring and evaluation systems followed with the good communication channel and system will contribute to the attainment of its desired outcome. Communication, monitoring and evaluation system of clinical teaching process affects the optimum achievement of students' skills and competencies. These systems should be developed in order to ensure roles distribution between health educational institutions and services and the division of tasks and roles among clinical teachers and clinical instructors.

Recommendations as given to NTB, where a similar assessment was done, but including information gained through observation

Support is given to the nursing and midwifery faculties of Poltekkes NTB to design and manage clinical teaching systems. Components of designing the management of clinical teaching includes,

- a. Designing and managing of practicum in the laboratory
- b. Designing and managing of the clinical practice in the real settings (hospitals and Puskesmas)
- c. Reviewing and redeveloping MoU to reflect relevant clinical practice in clinical settings
- d. Designing communication and coordinating system of the clinical teaching, including communication with Health Offices
- e. Designing evaluation systems in the clinical teaching of Poltekkes and Clinical settings

This support will be done through twinning arrangement with the following process:

1. Comparative study done by key persons from Nursing and Midwifery faculties to a high performing Indonesian Educational Institution, namely STIK Sint Carolus.
2. In-service training or education to the said faculties to review recent clinical teaching process and systems to relate to the applied curriculum.
3. Communication forums are strengthened for the process of designing clinical teaching and its evaluation systems in each Faculty
4. Seek sources of additional financial support to improve the quantity and quality of the equipment that is used in the laboratory, specifically in Nursing Faculty. Equipment that is necessary in relation with the maternity care.

2. On Capacity of Clinical Teachers

Selection and development system of clinical teachers plays an important role in fostering the readiness and competency of clinical teachers in clinical teaching process. For this reason, the preparation program to clinical teachers is not only to be focused on the development of the clinical skills but also the competency in rendering and managing clinical teaching. Some clinical teaching competencies that should be possessed by clinical teachers (White & Ewan, 1997) are in relation with how to: 1) solve the problem of students who lack of clinical learning experience, 2) involve patients in the learning process, 3) provide feedback and corrections, 4) apply concept of theories into practice, 5) bridge the gap between theory and practice in the real settings.

Clinical teachers take their roles to train students in the classroom, laboratory, and the real clinical setting. For this reason, clinical teachers play two pivotal roles in clinical teaching, as educator and as

carer. Carer role enables clinical teachers in assisting and coaching students to synthesize theoretical concepts into clinical activities in the real health settings. To be able to continuously play their roles as professional carer (nurse), clinical teachers need to be given opportunities to improve their clinical competencies. The other thing to be considered is the preparatory program to clinical teachers in assessing and evaluating competencies of students (White, R & Ewan, C, 1997).

This study found that, in general, lecturers have not been prepared technically to be clinical teachers. This lack of clinical experience supported with the inadequacy of development and enrichment programs have negatively affected their readiness and competence in clinical teaching process. The limited number of clinical teachers indicated in the ratio of clinical teachers to students contributed to the low quality of supervision and mentorship in the clinical teaching. Hart and Rotem (1994) in their study underlined that the quality of supervision and the familiarity of the settings by clinical teachers will help students reaching their competencies. This familiarity to the clinical setting only happens when clinical teachers have experienced in the units and involved directly in the clinical teaching process.

Recommendations

Poltekkes support clinical teachers improve skills in clinical practice, clinical teaching, and management of clinical teaching. This enhancement of the capacity of clinical teachers can be done through:

1. Identifying sources to provide additional financial support to the teachers who have been finishing academic program for their formal education in order to enrich their clinical practice during a year professional program (exposure). This support is provided particularly for the junior staff that lack experience in the clinical settings.
2. Enhance skills and role of clinical teachers in the clinical settings with exchange of teachers with a high performing Indonesian Educational Institution
3. Design in-service training program to produce trainers for training future clinical teachers and clinical instructors.
4. Provide in-service training continuously to the clinical teachers according to the clinical skill components in the line of the subjects they teach. This includes:
 - a. Skills in assessing individual patients, particularly physical assessment of the heart and lungs
 - b. Skills in normal birth delivering and antenatal care
 - c. Simplification of the application of the family and community nursing care and its documentation aspect.

Bridge communication and coordination between Poltekkes and coordinators of health programs in Health Offices in order to exchange up-to-date information, knowledge, and skills of both sides.

3. On Capacity of Clinical Instructor

Clinical instructors play an important and marginal role in the clinical teaching in real settings. Some of the roles are as follows; 1) give orientation and preparing unit / environment to be ready for student learning process, 2) give orientation to students on the desired activities and target competencies, 3) facilitate in the process to enable students develop their competence, and 4) to be act as model in service delivery. The clinical instructors should perform care in the light of good philosophy in the clinical, ethical and moral aspects to enable students in the imitation of the care. To be able to perform their roles optimally, the clinical instructors should undergo some fundamental preparatory programs in connected with the technical clinical teaching process including on how to assess and evaluate students' performance and competency (Calman et al, 2002; White, R & Ewan, C, 1997). This preparatory programs also serve as a way to clinical instructors to understand and aware of their right, responsibilities and task and also the clarity in the division of tasks and roles with their clinical teachers counterpart in the clinical settings.

This study underlined some important issues pertaining to clinical instructors, such as, the insufficient technical preparatory process to the clinical instructors. In some settings, because of the limited health human resources, the appointed clinical instructors do not meet the standard set by BPPSDMK of Ministry of Health. The huge number of students coming in at the same time from different educational institutions contributes in escalating the ratio of staff to students. In other situations, it happened that clinical instructors delegated their tasks to the untrained senior staffs without sufficient preparation and / or orientation. The win-win solution that was carried out personally by clinical instructors to perform their roles based on their previous experiences being students or by being observing roles performed by their seniors, in turn posted risks to the inconsistent and standardized method and approach in mentoring and coaching.

The division of tasks between clinical teachers and clinical instructors served as a hindrance in clinical teaching process. The constraint in performing roles was highly supported by the limited number of clinical teachers, insufficient clinical competence of the clinical teachers and unclear collaborative roles and division of tasks perceived by clinical instructors. This condition, consequently, will give impact to the students' competency achievement and performance.

Recommendations

Support is given by Poltekkes and Health Offices to clinical instructors through the improvement of skills in clinical teaching and management of clinical teaching. Also, support is given by providing adequate facilities to enable clinical teaching in performing their roles and responsibilities optimally. This includes the availability of the conference rooms. Improvement of the clinical instructor's capacity can be done through:

1. Improve roles and skills of the clinical instructors through in-service training emphasizing on the evaluation of clinical teaching and students performance, also strategy in coaching and cultivating students with role morals and motivations.
2. Improve roles and skills of Head Nurses in managing units that are used as clinical settings for nursing and midwifery clinical teaching.
3. Increase the knowledge and skills of the clinical instructors continuously in the line with their specific tasks required by their units.
4. Get the interest and the commitment of hospital directors and the higher management positions to understand and support the importance of proper clinical training and availability of clinical instructors

4. On Target of the Students' Competency and Attitude

In order that students achieve the required target of competencies, it is a need for them to have enough exposure in the clinical learning and optimally mentored by clinical instructors. The sufficient exposure hours is highly supported by the availability and adequacy of patients / cases in clinical settings. In the same line, the availability and adequacy of patients / cases in the clinical settings cannot be reached whenever the number of students too large due to being placed in the same units at the same time. The other important component in clinical teaching is in relation with assessment and evaluation process of students' competencies and performance. Fundamentally, the objective of the clinical learning competencies consists of three domains which are cognitive, affective, and psychomotor aspects (White, R & Ewan, C, 1997).

Given that clinical teaching evaluation and assessment is affected by person involved in and tools / methods utilized, therefore as prerequisite, clinical teachers and instructors should undergo preparatory training (Calman et al, 2002). The similar assessment and evaluation methods and tools can be applied for each domain of the clinical teaching's objective. Among the three domains, to assess how affective students are towards the patients is a domain that is difficult. The environment of clinical teaching can also affect the process and result of clinical teaching assessment and evaluation.

The enormous number of students can cause students lack of attention from their mentors which in turn will challenge and complicate the monitoring and evaluation process, including that of attitude or affective domain. A number of assessment and evaluation techniques are suggested to be applied in order to depict complete and objectively the students' attitude (Calman et al, 2002; Hart & Rotem, 1994; White, R & Ewan, C, 1997).

This study roughly highlighted that Poltekkes has been trying to design a comprehensive method to assess and evaluate students target competency. Nonetheless, there were a number of obstacles found namely limited number of cases / patients, the length of clinical exposure, the large number of students recruited and the inadequacy of rotation and placement students in the clinical fields. The obstacles in the implementation indicated that there is a need to review the design of clinical teaching, including that of the assessment system to be able to meet the need of students. The complaints pertaining to students' behavior such as being lazy and lack of discipline, initiative, good manners and etiquette are seen as elements that should be seriously taken into account since the clinical teaching process is not merely directing person to be technically competent but also to be morally and ethically competent.

Recommendations

Support to Poltekkes to improve curriculum based on local needs and improve the monitoring of quality of education through:

1. Enrich curriculum for soft skill components
2. Increase the capacity of quality assurance division in Poltekkes in order to ensure the monitoring and evaluation of clinical teaching systems timely and continuously and also to ensure the conducive of the learning environment to students, including ensuring the availability and adequacy of the role models in the clinical settings.
3. Provide in-service training to improve the capacity of the clinical teachers and clinical instructors on the skills of assessing and evaluating students' competencies and performance. Aside for the training, it is a need to review and revise the current tools and methods that have been used for assessing and evaluating students' competencies and performance in clinical settings.

5. Follow up Activities

The follow up strategy of this study will be developed by STIK Sint Carolus together with Poltekkes, PHO and GTZ/EPOS.

References

- Calman, H., et al (2002). Assessing Practice of Student Nurses: Methods, Preparation of Assessors and Students Views. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (5): 516-523
- Departemen Pendidikan Nasional RI (2004). *Strategi Pendidikan Tinggi Jangka Panjang 2003–2010: Mewujudkan Pendidikan Tinggi Berkualitas. Buku Pendukung HELTS 2003-2010*. Departemen Pendidikan Nasional RI, Dirjen Pendidikan Tinggi. (Ministry of National Education (2004). Higher Education Long Term Strategies 2003 – 2010: Creating Qualified Higher Learning. Supportive Book on HELTS 2003-2010. MONE RI, Directorate of Higher Learning)
- Depkes, 2006. *Kurikulum Program Diploma III Keperawatan*. Jakarta: BPPSDMK Depkes RI (MOH, 2006. Curriculum of D-III Nursing Programme. Jakarta: BPPSDMK, MOH RI)
- Depkes, 2002. *Kurikulum Nasional Pendidikan Diploma III Kebidanan*. Jakarta: Depkes RI. (MOH, 2002. National Curriculum of D-III Nursing Education. Jakarta: MOH RI)
- Hart, G., & Rotem, A. (1994). The best and the worst: Students Experience of Clinical Educations. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 11 (3): 26-33
- Kerse L., Luan BM., Lawintono L. (2008). *Strengtening and Enhancement of the Quality of Government Health Care Services Provided by Nurses and Midwives: The Design and implementation of an Assessment of the Educational Systems in Nusa Tenggara Timur (NTT) and Nusa Tenggara Barat (NTB)*. Report prepared for GTZ, EPOS Health Consultant and AIPMNH. Jakarta.
- Lowry, L.W. (1998). *The Neuman System Model and Nursing Education: Teaching Strategies and Outcomes*. Indianapolis, Sigma Theta Tau International
- Stark, S., Fortune, F. (2003). Teaching Clinical Skills in Developing Countries: Are Clinical Skills Centres the Answer? *Education for Health, Vol. 16, No. 3, November 2003, 298 – 306*
- Reilly, D.E., & Oermann, M.H. (1992). *Clinical Teaching in Nursing Education*. New York: Publication Dev Co
- WHO (2001). Nursing and Midwifery for Health: Guidelines for Member States on the Implementation of the Strategy. *Programme World Health Organization Regional Office for Europe. Section 1-8*.
- White, R. & Ewan, C. (1991). *Clinical Teaching in Nursing*. Australia, Chapman and Hall

List of Laws and Decrees

- Law # 20 year 2003 on National Educational System (UU RI No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional)
- Decree of MONE # 232 / U / 2000 on Manual on Formulating and Developing Higher Learning Curriculums and Assessment of Students's Performance (Kepmendiknas No 232/U/2000 Tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa)
- Decree of MOH # 43 / Menkes-Kesos/SK/I/2001 (KepmenKessos No 43 / Menkes-Kesos/SK/I/2001)



Human Resources Development in the Health Sector

**Strengthening and Enhancement of the
Quality of Government Health Care
Services Provided by Nurses and Midwives**

**The Design and Implementation of an
Assessment of the Clinical Teaching Systems
of the Nursing and Midwifery Education in
Nusa Tenggara Timur (NTT)**

By

Bernadethe Marheni Luan, Adeline Lebuan, Sri Indiyah,
Dewi Prabawati, Stefanus Andang Ides

Completion Report Prepared for Gesellschaft für Technische
Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, EPOS Health Management

April 2009

EPOS
Health Management



Table of Content

Table of Content	i
List of Annexes	ii
Acronyms and Abbreviations	iii
Executive Summary	1
Chapter I. Background of the Study	4
1. Rational for Undertaking Study	4
2. Study Purpose	4
Chapter II. Literature Review	5
1. Clinical Teaching of Diploma III Nursing and Midwifery in Indonesia	5
2. Partnership for Enhancement of Health Educational Capacity in Indonesia	6
3. Framework of the Study	7
Chapter III. Methodology	8
1. Objective and Design of the Study	8
2. Data Collection Activity in NTT	9
3. Limitation of the Methodology	10
Chapter IV. Findings as Outlined in Terms of Reference of NTT Province	11
1. Designing of the Clinical Teaching	11
2. On Clinical Teacher	16
3. On Clinical Instructor	18
4. Target of the Students' Competency and Attitude	21
Chapter V. Summary, Recommendation and Follow up	23
1. Designing of the Clinical Teachers	23
2. Capacity of Clinical Teacher	24
3. Capacity of Clinical Instructor	25
4. Target of the Students' Competency and Attitude	26
5. Follow up Activities	27
References	28

List of Annexes

- Annex 1a: Diploma III Midwifery Curriculum in 2002
Annex 1b: Diploma III Nursing Curriculum in 2006
Annex 2: Note of the Records on April 16 2009

Acronyms and Abbreviations

Akta III	: Akta Mengajar Level 3 (Level 3 Certificate of Teaching)
APN	: Asuhan Persalinan Normal (Normal Delivery Care)
AIPMNH	: Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neo-natal Health
Askeb	: Asuhan kebidanan (Midwifery Care)
Askep	: Asuhan keperawatan (Nursing Care)
AusAID	: Australian Overseas AID Programme (Program Bantuan Luar Negeri Australia)
BPPSDMK	: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Board of Development and Empowerment of Health Human Resources)
BTCLS	: Basic Trauma Cardio Life Support
BSN	: Bachelor of Science in Nursing
CBC	: Competency based Curriculum
CI	: Clinical Instructor
CT	: Clinical Teacher
CTG	: Cardiotopography
Dinkes	: Dinas Kesehatan (Health Office)
Depdiknas	: Dinas Pendidikan Nasional (Ministry of National Education)
DKT	: Diskusi Kelompok Terfokus (Fokus Group Discussion)
D-I	: Diploma I (a year course)
D-III	: Diploma III (a three year course)
D-IV	: Diploma IV (a four year course)
EPOS	: International Health consultants contracted by GTZ (Konsultan Internasional yang Dikontrak oleh GTZ)
FGD	: Focus Group Discussion
GTZ	: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit / German Technical Cooperation
Hb	: Haemoglobin
IMCI	: Integrated Management of Childhood Illness (Management Terpadu Balita Sakit)
INOK	: Infeksi Nasikomial (Nasicomial Infection)
HBN	: Human Basic Needs
KBK	: Basic Skill of Midwifery Practice (Kurikulum Berbasis Kompetensi)
KDM	: Kebutuhan Dasar Manusia (Basic Human Needs)
KDPK	: Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan (Basic Skill of Midwifery Practice)
KMB	: Keperawatan Medikal Bedah (Medical Surgical Nursing)
LP	: Laporan Pendahuluan (Preliminary Report)
MedSur	: Medical Surgical Nursing
MK	: Mata Kuliah (Course Subjects)
MoU	: Memorandum of Understanding
MOE/MONE	: Ministry of National Education (Departemen Pendidikan)
MOH	: Ministry of Health (Departemen Kesehatan)
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit (Integrated Management of Childhood Illness)
NTB	: Nusa Tenggara Barat
NTT	: Nusa Tenggara Timur
PBL	: Pengalaman Belajar Lapangan (Related Learning Experience)
PF	: Pemeriksaan Fisik (Physical Assesment)
PHO	: Provincial Health Office Kantor Dinas Kesehatan Propinsi
POLTEKKES	: Politeknik Kesehatan Departemen Kesehatan (Government Health Technical College)
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu (Integrated Health Post)

PTT	: Pegawai Tidak Tetap Temporary Government Employee
PUSDINAKES	: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Centre for Health Workforce Education
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat (Community Health Centres)
RSU/RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah (Local Government Hospital)
SDM	: Sumber Daya Manusia (Human Resources)
SK	: Surat Keputusan (Letter of Appointment or Decree)
S-1	: Strata – 1 (Bachelor Level of Education)
S-2	: Strata – 2 (Master level of Education)
SKS	: Sistem Kredit Semester (Semester Credit Unit)
SPK	: Sekolah Perawat Kesehatan (a three year of high school level nursing school)
STIK/STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (School of Health Sciences)
TOR	: Term of Reference
TOT	: Training of Trainers

Executive Summary

The Sint Carolus School of Health Sciences (STIK Sint Carolus) was contracted by GTZ/EPOS to design and implement an assessment study of the clinical teaching systems for nurses and midwives in Nusa Tenggara Timur (NTT) Province.

Results were to be used as a basis for strategic planning and implementation with the national counterparts.

The title, rationale and objectives that were agreed on were

Title

Study to Identify Clinical Teaching Systems for Nursing and Midwifery Education in Poltekkes in NTT

Rationale

A study of nursing and midwifery educational systems in Poltekkes in NTT and NTB was undertaken in 2008 jointly funded by GTZ, EPOS HRD and AIPMNH. This study was undertaken in consultation with the two PHOs, both Poltekkes as well as PUSDINAKES centre in the BPPSDMK. The study was conducted by STIK St. Carolus (Sint Carolus School of Health Sciences) with support from an international consultant. The results of the study were presented to a wide audience of stakeholders and decision makers in both provinces and at central level.

The study revealed many problems related to educational management, lack of clinical experience of the lecturers and inability to adapt the national curriculum to the health situation in NTT and NTB. However the biggest findings were related to the clinical teaching and experience of the students during training, with a poor level of teaching in clinical laboratories and insufficient supervised clinical teaching and mentoring in the clinical areas. There was also insufficient emphasis given to ensuring clinical placements in the community.

Given the seriousness of these issues it was agreed that there should be a separate short study undertaken specifically to study in more depth the clinical teaching systems in both Poltekkes. This study has also been requested by the PHO's of both provinces. The results of this study would be used in combination with the results of the previous study to design an intervention to address priority areas through a process of twinning with a high performing Indonesian Educational Institution, namely STIK St. Carolus.

Objectives

The purpose of the study is to identify clinical teaching systems in and midwifery pre-service education in Poltekkes in NTT. Specifically, the objectives of the study were to:

- To clarify the number and placement of clinical teachers and instructors including the selection criteria
- To thoroughly investigate the implementation of the clinical teaching curricula including clinical laboratory teaching, clinical placements and clinical supervision in the area of placement including at health centre level.
- To identify the situation of clinical teaching equipment in the Poltekkes and how it relates to actual equipment used in hospital and puskesmas.
- To identify how the priority areas can be addressed through a twinning process.

The study concentrated on gathering reliable and valid information on the 'outcomes' agreed to by GTZ/EPOS. In this way the recommendations were developed on the basis of data collected on the current situation

This will allow GTZ/EPOS and STIK Sint Carolus to develop plan of activities with achievable options to improve the capacity of Poltekkes through a twinning arrangement.

Data collection was done through:

- Focus groups discussions (FGD) with Clinical Teachers, Clinical Instructors, and Managers of the clinical teachings from Poltekkes and Clinical Settings.
- Observation visits were done in the laboratory, Units of Hospitals and Puskesmas that are used as clinical practice to record significant details pertaining to the clinical teaching components.

Analysis of the data identified the major issues on clinical teaching in relate with its preparation and implementation in the laboratory and clinical settings as well.

The data also showed that the attitudes of students as one of the competency required has become the concern of all stakeholders, particularly that of clinical instructors.

The following are the recommendations of all areas of concern of this study.

1. Designing and Management of the Clinical Teaching

Support is given to the Nursing and Midwifery Faculties of Poltekkes NTT to design dan manage clinical teaching systems. This support will be done through twinning arrangement with the following process:

1. Comparative study done by key persons from Nursing and Midwifery Faculties to a high performing Indonesian Educational Institution, namely STIK Sint Carolus.
2. In-service training or coaching to the said faculties to evaluate recent system and then re-design clinical teaching process and systems as mandated in the applied curriculum.
3. Communication forums are strengthened toward the process of designing clinical teaching and its evaluation systems in each Faculty
4. Financial support to improve the quantity and quality of the equipments that are used in the laboratory, specifically in Nursing Faculty. Equipments that are necessary to be improved are in relate with the maternity care.

Components of designing the management of clinical teaching includes,

- a. Designing and managing of practicum in the laboratory
- b. Designing and managing of the clinical practice in the real settings (hospitals and Puskesmas)
- c. Reviewing and redeveloping MoU
- d. Designing communication and coordinating system of the clinical teaching, including communication and communication with Health Offices
- e. Designing evaluation systems in the clinical teaching

2. Capacity of Clinical Teachers

Support is given by Poltekkes to clinical teachers through efforts to improve their skills in clinical practice, clinical teaching, and management of clinical teaching. This enhancement of the capacity of clinical teachers can be done through:

1. Identifying sources to provide additional financial support to the teachers who have been finishing academic program for their formal education in order to enrich their clinical practice during their one year professional program (exposure). This support is particularly provided to the junior staff that lack experience in the clinical settings.
2. Exchange teachers with the said high performing Indonesian Educational Institution to enhance skills and role performed by clinical teachers in the clinical settings.

3. Designing in-service training program to produce trainers for training future clinical teachers and clinical instructors. This serves as a long run strategy.
4. Provide in-service training continuously to the clinical teachers according to the clinical skill components in the line of the subjects they teach. This includes:
 - a. Skills in assessing individual patients, particularly physical assessment of the heart and lungs
 - b. Skills in normal birth delivering, antenatal care, and CTG
 - c. Application of the IMCI in the real cases
 - d. BTCLS
 - e. Skills on intersect oral communication and community organizing in the line with community health nursing roles
5. Help in bridging communication and coordination between Poltekkes and coordinators of health programs in Health Offices in order the exchange up-to-date information, knowledge, and skills of both sides.

3. Capacity of Clinical Instructor

Support is given by Poltekkes and Health Offices to clinical instructors through the improvement of skills in clinical teaching and management of clinical teaching. Also, support is given by providing adequate facilities to enable clinical teaching in performing their roles and responsibilities optimally. This includes the availability of the conference rooms. Improvement of the clinical instructor's capacity can be done through:

1. Improve roles and skills of the clinical instructors through in-service training emphasizing on the evaluation of clinical teaching and students performance, also strategy in coaching and cultivating students with role morals and motivations.
2. Improve roles and skills of Head Nurses in managing units that are used as clinical settings for nursing and midwifery clinical teaching.
3. Increase continuously the knowledge and skills of clinical instructors in line with the specific tasks required by their units.

4. Target of the Students' Competency and Attitude

Support is given to Poltekkes in order to improve curriculum based on local needs and to improve the monitoring of quality of education through:

1. Enrich curriculum for soft skill components.
2. Increase the capacity of quality insurance division in Poltekkes in order to ensure the monitoring and evaluation of clinical teaching systems timely and continuously and also to ensure the conducive of the learning environment to students, including ensuring the availability and adequacy of the role models in the clinical settings.
3. Provide in-service training to improve the capacity of the clinical teachers and clinical instructors on the skills of assessing and evaluating student's competencies and performance. Aside for the training, it is a need to review and revise the current tools and methods that have been used for assessing and evaluating students' competencies and performance in clinical settings.

Presentation of Findings

Findings were discussed with the GTZ/EPOS team in April 2009 (Annex 2)

Follow up Activates

The follow up strategy of this study will be developed by STIK Sint Carolus together with Poltekkes, PHO and GTZ/EPOS.

Chapter I

Background

1. Rational for Undertaking Study

A study of nursing and midwifery educational systems in Poltekkes in NTT and NTB was undertaken in 2008 jointly funded by GTZ, EPOS HRD and AIPMNH. This study was undertaken in consultation with the two PHOs, both Poltekkes as well as PUSDINAKES centre in the BPPSDMK. The study was conducted by STIK St. Carolus (Sint Carolus School of Health Sciences) with support from an international consultant. The results of the study were presented to a wide audience of stakeholders and decision makers in both provinces and at central level.

The study revealed many problems related to educational management, lack of clinical experience of the lecturers and inability to adapt the national curriculum to the health situation in NTT and NTB. However the biggest findings were related to the clinical teaching and experience of the students during training, with a poor level of teaching in clinical laboratories and insufficient supervised clinical teaching and mentoring in the clinical areas. There was also insufficient emphasis given to ensuring clinical placements in the community.

Given the seriousness of these issues it was agreed that there should be a separate short study undertaken specifically to study in more depth the clinical teaching systems in both Poltekkes. This study has also been requested by the PHO's of both provinces. The results of this study would be used in combination with the results of the previous study to design an intervention to address priority areas through a process of twinning with a high performing Indonesian Educational Institution, namely STIK St. Carolus.

2. Study Purpose

The purpose of the study is to identify clinical teaching systems in and midwifery pre-service education in Poltekkes in NTT. Specifically, the objectives of the study were to:

- To clarify the number and placement of clinical teachers and instructors including the selection criteria
- To thoroughly investigate the implementation of the clinical teaching curricula including clinical laboratory teaching, clinical placements and clinical supervision in the area of placement including at health centre level.
- To identify the situation of clinical teaching equipment in the Poltekkes and how it relates to actual equipment used in hospital and puskesmas.
- To identify how the priority areas can be addressed through a twinning process.

Chapter II

Literature Review

1. Clinical Teaching of Diploma III in Nursing and Midwifery in Indonesia

Clinical Teaching experience is one form of learning where students have opportunities to practice as professional nurse in real settings. These experiences are done with a goal to enable students to implement their knowledge into affection and psychomotor (actions) in order to be able to provide high quality nursing care focusing on patients needs (White & Ewan 1997).

According to Law # 20 year 2003 on Legislation for National Educational Systems, program Diploma III (D-III) in the national higher educational ranks as vocational education that is set to prepare students to master their specific applied skill. The purpose of D-III Program is to produce graduates who have capable in doing jobs from those are contextually familiar and routine to those of unfamiliar; capable in doing the jobs independently in terms of tasks and responsibilities; also capable in doing supervision and mentoring toward management skills that they possess (Decree of Ministry education # 232/U year 2000). For that purpose, Curriculum of D-III in Nursing and Midwifery programs have been directed to enrich specific skills in nursing/midwifery that have been denoted in the proportion of the credit unit and its distribution to theory, practicum, and clinical practice (Table 1 & Table 2). Clinical practicum in laboratory settings serves as prerequisite of the further clinical experience in the real settings.

Table 1
Proportion of Credits of the Core Curriculum of D-III Nursing

	Unit Credit Core Curriculum	% Core Curriculum
Theory	42	43,75
Practicum	36	37,50
Clinical	18	18,75
Total	96	100,00

Source: Ministry of Health, 2006

Table 2
Proportion of Credits of the Curriculum (Total) of D-III Midwifery

	Unit Credit Core Curriculum	% Curriculum
Theory	46	45,46
Practicum	38	38,18
Clinical	16	16,36
Total	110	100,00

Source: Ministry of Health, 2006

The load of credits of D-III course has its minimum of 110 credits and 120 credits at maximum which is arranged for at least 6 – 10 semesters. Credits are used for measuring students' learning experience per semester period through some weekly activities. Weekly scheduled is set equivalent with an hour tutorial, 2 hours practicum, or 4 hours clinical practice / exposure, each of which scheduled is followed with 1-2 hours for self-learning (Decree of MOE, Decree # 232/U/2000)

Applied skill of nursing and midwifery is reached through clinical learning in the real health settings. Areas and settings where used for clinical practice have been chosen based on the following criteria, namely the availability of cases to support the learning process and of the clinical instructors.

One of the basic components to support clinical learning is the availability and adequacy of mentors in the real health settings. The standard ratio of clinical teachers to students is 1:7-12 (Decree of MoH No 43/Menkes-Kesos/SK/1/2001). This standard emphasizes that the role of mentors is as a vital component in providing role model in the clinical settings. Aside of being role models, mentors also perform their supportive role by focusing on nursing / midwifery care to help students in reaching their clinical learning goals. For this purpose, mentors should be nurses or nurse educators from health services (White & Ewan, 1997; DepKes, 2006). The criteria of clinical instructors for D-III Nursing are set by Ministry of Health as follows;

- a. Have a minimum educational background of D-III Nursing
- b. Hold teaching certificate
- c. Have a minimum of 3 years of relevant practical experience

According to the current curriculum, students of D-III Nursing and Midwifery start to have their basic nursing or midwifery skills in the laboratory as early as their first semester. Experience in the clinical setting usually is introduced at semester III and continued gradually to the end of their academic stage. The length of learning process in laboratories or clinical settings depends on the number of credits of each subject.

Clinical settings used for supporting clinical learning of D-III Nursing students are Hospitals (type A, B, C, and special hospital), Puskesmas, schools, industries, orphanages and nursing homes or home for elderly. D-III Midwifery students have their clinical practice in hospitals, Puskesmas, and birthing centers/clinics.

White & Ewan (1997) emphasize that the cycle of clinical learning must be started from understanding of theories followed with laboratory and clinical practice in the real settings. Before entering the clinical settings it is a need to prepare students physically and mentally. Students must know their goals and target of competency. In the clinical settings, students undergo clinical experience under the guidance of clinical teachers and clinical instructors. After having their experience conference must be done to assess students' target of competency and to discuss the hindrances they have faces while doing clinical learning. At the end of the stage it is a need to evaluate learning activity and methods / pattern of mentorship.

Teaching and learning strategies put emphasize on andragogy. In this sense, it is a norm that participants actively participate under the guidance of clinical teachers and other mentors such as clinical instructors. Learning processes that is self-directed enables participants to continuously and maximally their effort to learn in any opportunity. The role of clinical teachers is important in both educational institution settings and health service settings. In clinical settings, learning process is under the responsibility of clinical teachers as well as clinical instructors. The learning process starts with the not-so-complex activities towards the more complex ones. Therefore, the length of program or exposure must enough for participants to reach their competencies within the minimum length of practice in clinical settings which is at least 50% of the sum of the unit time allocated (WHO, 2001; Stark & Fortune, 2003).

2. Partnership for Enhancement of Health Educational Capacity in Indonesia

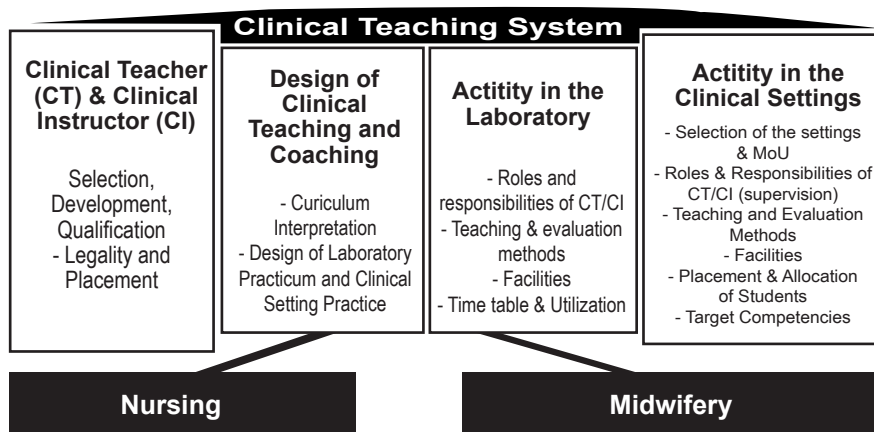
Nationally, Indonesian's Government has been providing opportunities to the higher learning institutions in Indonesia to strengthen their capacity through twinning/benchmarking arrangement. This is done based on a understanding that through twinning / benchmarking two involved instructions can build

the mutual partnership on their own resources. If necessary, the support can be sought from the third parties. This partnership involves both academic and non-academic programmers that are directed to empower the potentials of the institution or toward increase efficiency toward the excellence program development. Mutual partnership between the two higher educational institutions can be done in the context of a support or guidance coming from more developed institution. One form of this academic partnership that commonly applied is a program to increase the quality of human resources through the development of the continuing education model (MONE, 2004)

3. Framework of the Study

The conceptual of this study is depicted in the following figure that explains the connectedness of components in the clinical teaching system. This is used as basis for the design of the study.

Figure 1 Conceptual Framework of the Study



Chapter III

Methodology

1. Design of the Study

This study utilizes qualitative research methodology to undertake an analysis of clinical teaching system of the D-III Nursing and Midwifery of Government's health polytechnic (Poltekkes) in Kupang (NTT) and Mataram (NTB). The unit or analysis of this study is Poltekkes and health facilities (hospital and Puskesmas) that have been used as clinical settings for nursing and midwifery students of Poltekkes. The conceptual framework and methodology used has been distributed and communicated to head of Poltekkes before undertaking this study.

This study made use of two methods in collecting data which are focus group discussion and observation visit as detailed below:

1. Focus group discussions (FGD) to groups of clinical teachers, clinical instructors, and key persons from Poltekkes and health services who have responsibilities in the designing and managing clinical teaching and placement of students in the clinical settings, including those who responsible in preparing MoU (this group is further called as group of managers). Sample of FGDs participants has been chosen purposively to represent the three groups. There were nine (9) FGDs homogenously done composed by 5-12 participants in each FGD. A list of open ended question was used to guide the FGDs. The following is detailed of the 9 FGD:
 - Two (2) groups of clinical teachers (CT), each from nursing and midwifery faculty, who were involved in subjects which related to clinical practice/exposure in the hospital settings.
 - Two (2) groups of clinical teachers (CT), each from nursing and midwifery faculty, who were involved in the subjects which related to clinical practice/exposure in the puskesmas (non-hospital) settings.
 - Two (2) groups of clinical instructors (CI) of nursing and midwifery clinical practice in the hospital settings.
 - Two (2) groups of clinical instructors (CI) of nursing and midwifery clinical practice in the puskesmas (non-hospital) settings.
 - One (1) group of managers of clinical teachings and practice from Poltekkes' main office, Nursing and Midwifery Faculties, Head of Nursing Departement of Local Hospital, and Head of Puskesmas which settings have been used for clinical practice.
2. Observation visits to capture and record potential significant details pertaining to clinical teaching that have been done in the laboratory of Midwifery and Nursing Faculties and in the hospital and Puskesmas settings. A set question and checklist was used to guide the observation visits.

The qualitative data gathered through FGDs and observation visits were analyzed utilizing content analysis approach. The ethical responsibility to recognize and protect the rights of human research subjects was applied in this study.

The study was undertaken in 5 days in March 2009, three weeks following the start of the ongoing even semester. The following shows the arrangement of the implementation of the study.

1. The stakeholders and participants of FGDs were identified according to their level of involvement in the study.
 - Level 1: Head of Poltekkes and Provincial Health Office
 - Level 2: Directors of Local Hospital, Head of District/City Health Office, Head of Puskesmas
 - Level 3: Participants of FGDs

- a. Clinical Teachers: Lecturers who have been as coordinator of study subjects and or involved in the clinical teaching of the subjects
 - b. Clinical Instructors: Staff nurses and midwives of Hospital and Puskesmas who have been involved in the clinical mentorship of students from Poltekkes.
 - c. Managers of clinical teaching and placement: key persons from Poltekkes' main office, Nursing and Midwifery Faculties and from Hospital and Puskesmas that have been used as clinical settings of students from Nursing and Midwifery Faculties, which were from:
 - Head Academic Affairs of Poltekkes
 - Head of Nursing and Midwifery Poltekkes (or Head of Academic Affairs)
 - Head of Nursing Departement of Local Hospital
 - Head of Puskesmas
2. Hospitals and Puskesmas were identified as settings for clinical practice of students of Nursing and Midwifery Faculties of Poltekkes. Identifying process was done by researchers, GTZ/EPOS staffs, Head of Poltekkes, and Head of Health Offices.
 3. Poltekkes identified defined participants according to criteria that agreed upon.
 4. Poltekkes identified laboratories and clinical practice activities in the hospital and Puskesmas accordingly.
 5. GTZ/EPOS signed letters of acknowledgment addressed to the stakeholders (level 1 and 2). Term of reference of the study was attached to.
 6. GTZ/EPOS provincial staff signed letters of invitation addressed to participants of FGDs (Level 3)
 7. List of open-ended questions of FGDs was composed and piloted study to the similar subjects to look into characteristics and utility of the tool.
 8. List of components and questions for observation visits in laboratory, hospital and puskesmas were identified and designed.
 9. Communication with GTZ/EPOS provincial staff was done for clarifying, preparation and inputs for the data collections procedures.
 10. Program outline of the data collection process was design by researchers prior to the data collection procedures
 11. Daily activities of the data collection was scheduled agreed upon by Poltekkes, Health Offices and GTZ/EPOS Project Staff in the Province

2. Data Collection Activity in NTT

Visit to NTT Province was done for 5 days on 16-20 March of year 2009.

1. Courtesy Visits
 - Courtesy visits were made with Director of Poltekkes and Director of Provincial Hospital. GTZ/EPOS Project Staff of Provincial Level facilitated communication with Head of Health Offices of Provincial as well as District/City
 - During this courtesy visits, scheduled of overall activities in five days was communicated and approved
2. Focus Group Discussions (FGDs) with Participants
 - Nine (9) FGDs were made for 58 participants from different groups according to their type. Participants of each FGD ranged from 5 to 9 persons. respectively

Four (4) FGDs of group of clinical teachers were attended by 24 persons, 11 and 13 persons from Nursing and Midwifery Faculties respectively.

Four (4) FGDs of groups of clinical instructors were made for 27 persons composed by 18 participants from Hospital and 9 persons from Puskesmas.

Another seven (7) participants took part in an FGD for managers of clinical teaching and placement.

- 3. Observation visits
 - Each FGD took around 70 – 105 minutes.
 - Observation visits were done to two (2) units of Provincial Hospital, namely delivery room and post natal care room and to a Puskesmas.
 - Two (2) Observation visits to laboratories were done in Nursing and Midwifery Faculties. In Nursing Faculty was for Basic Human Needs Subject while in Midwifery Faculty was for Basic Skill of Midwifery Practice subject.
 - These observation visits to laboratories and clinical setting took around 2 – 3 hours each.

3. Limitation of the Methodology

The limitations of this study was in relate with the observation visit approach which was difficult to be optimally implemented as follows:

- Activities of clinical practice in Nursing Faculty were not in line with the schedule provided prior to the data collection (there was no clinical practice Activities done in real settings by students of Nursing Faculty). Therefore, as a replace, observation visit in the clinical settings were moved to Midwifery Faculty activities. To remedy this situation, the chosen units for observations were units that are used by both Nursing and Midwifery Faculties as their clinical settings.
- There was a tendency that the activities were set / prepared for observations did not represent and picture real situation. To remedy this, Researchers did the cross checking procedures by reviewing documents and by asking some questions to students or staffs randomly. FGDs were also used to cover this limitation.

Chapter IV

Summary of findings as Outlined in Terms of Reference of NTT Province

1. Designing of the Clinical Teaching

Time Allocated for Clinical Teaching

It was expressed in FGD that some of the clinical teachers were able to transfer unit credit to its equivalent hours. Credits for tutorial, practice in the classrooms / laboratories and in the clinical settings were allocated differently according to standard curriculum of D-III year 2002 and 2006. Junior staffs had difficulty to transfer credits into hours, because basically they were not involved in the process of calculation of all credits in each semester. Structurally, calculating of practice hours, preparing term of reference of practices, and allocating students in the clinical settings were undertaken by a senior staff whose function is to coordinate clinical practice or it was directly arranged by Head of program, as stated below: *"Calculating amount of hours as recommended is done by a clinical practice coordinator. This lecturer develops term of reference, describes it into hours and allocates places/units in clinical setting". ... We just receive amount of hour in days/weeks from that coordinator....We (from Medical Surgical, Maternity, Pediatric subjects) haven't been involved in arranging period of time used for clinical practice, but only receive the result "*. The same thing happened in the calculation of block program of lecturing, as stated; *"calculating of block for lecturing Midwifery Care V subject has been an 8 week block program, 4 weeks for tutorial (theory) and another 4 weeks for practicing in the clinical settings. Tutorial is done from morning till 18:00 PM. How we arrived at 8 weeks, we have no idea."*

Laboratory Practicum

It was found through FGD that laboratory practicum hours calculated from credits was allocated for demonstrating procedure done by clinical teachers followed with re-demonstration activities done by representative of students, while re-demonstration by whole class was arranged in any time out of the official hours for laboratory practicum but still under clinical teachers' supervision and guidance. Because of the limited facilities and equipments, these activities were done in the classrooms or any other available rooms. This strategy is carried out in order to meet desired target of laboratory practicum in large number of students. The utilization of practicum hours in laboratory often were not optimally done because of the hectic schedule of clinical teachers in lecturing several classes. The following is the discussions; *"We realize of the hours allocated for practice is not sufficient comparing to the number of classes. There are 5 classes for each batch of regular program, so based on the calculation there are 60 hours out of credit units in semester. Because of our responsibilities to students, we work extra time in order to meet students' targets. Students do not have to pay of the extra hours, but we are paid for those extra hours"*.

During FGD with clinical teachers from Nursing Faculty, it was expressed that because of the lack of equipments in laboratory, as a substitute, patients are brought in for laboratory practicum. Other finding was about the complaint of clinical teachers regarding the student difficulties in performing laboratory practicum. These difficulties happened because of the limited equipment and the huge gap ratio of clinical teachers to students which then ended up with the ineffectiveness of laboratory's hours utilization, as stated follows: *"Because phantom is out of order so students brought in pregnant women from community health centre for antenatal care practicum in the laboratory.... We hope by doing laboratory practicum, student will be more skillful. However, because of the un-useful equipments, those students who are not yet skilled have the opportunity to re-demonstrate the antenatal procedures to the same patients"*.

In each nursing and midwifery laboratory there are in charge staffs. In the Nursing faculty there is clinical teacher as person in charge helped by an administrative staff. In Midwifery Faculties, laboratories are managed by team of lectures of certain subjects. Because of the limited room it is arranged that each of the laboratory room has been used as staff room. This arrangement happened also in order to allow the clinical teachers to look after the activities done in the laboratories. The clinical teachers have planned the laboratory activities but the official programs is suddenly informed / communicated to the laboratory staffs which results in the conflict of schedules of laboratory activities. This condition leads to the re-scheduling of laboratory activities. During observation visits this situation was also noted. The following are the statement: *"Schedule of laboratory practice is informed to member of the team according to their subjects. Then, list of laboratory schedule is informed to person in charge of the laboratory a day before the activity. If the clash in laboratory activities happens, we will find a solution to replace"*

During FGD it was expressed that similar methods of clinical teaching in the laboratory were used both in Nursing and Midwifery Faculties. The sequences of laboratory practicum, in both Faculties usually started with reviewing topic of the activity and narrating an introductory case for laboratory practicum, followed with procedure demonstration by clinical teachers, and ended with the re-demonstration activities by one or two students. Feedbacks were directly made by clinical teachers. During observation visits in both Faculties it was noted some conditions pertaining to the lack of preparation and design clinical teaching in both laboratories.

Follow up the activities is directly done by lectures. In observation, in both nursing and midwifery programmed laboratories, are identified some situations which less in preparing and less in clinical teaching planning laboratory.

1. Not all of the clinical teachers took part from the beginning of the activity in the laboratory. This specifically happened at Nursing Faculty. This situation affected the inconsistent and variation of the teaching and coaching process.
2. Students from Nursing Faculties did not carry their procedure / operational books but had with them a copy of some pages of the procedures for practicum. In Midwifery Faculty, students brought with them procedure / operational books, but there was no signatures or marks done by clinical teachers as sign that the procedures have been demonstrated. The students' operational books randomly selected and were observed were with no marks or signatures.
3. In Nursing faculty, there were only three (3) clinical teachers available and present for 40 students (ratio 3:40). Students were divided into five groups and as a result only three (3) groups were consistently observed and mentored by clinical teachers. The other two groups did the activities with no guidance.

The following are the expressions taken from FGDs:

"In the laboratory, we use the operational books as evaluation instruments"

"Process of mentoring in the laboratory... clinical teachers explain to all students, then demonstrate the procedure (s) followed with discussion and then students grouped themselves. Students observe and evaluate (give feedback/ comments) to their friends"

Not all of the laboratory subjects were taken place in the laboratories but replaced with some other forms such as role plays or analyzing cases. This happened with community and family health nursing subjects. In turn, clinical teachers of these subjects translated laboratory practicum hours into clinical practice in the real settings. The following is the expression: *"none of the practicum done in the laboratories for community and family health nursing subjects We directly brought students to the public health Center"*

During the observational visits in Nursing and Midwifery faculties it was noted the minimum ratio of practicum equipment sets to the number students. Equipment sets that were used for practicum of Human Basic Needs (HBN) and Maternity Nursing Subjects for example, only one or two sets completely available. Given this fact, when students put into 5 groups and they in parallel do re-demonstration activities, usually only 2 groups of students will be able to utilize complete equipments at maximum. Ratio of equipments of HDN subject to number of students was 1-2:40 (there was 5 classes in parallel). This ratio slightly different compared to that of Midwifery Faculty which ratio of basic skill of midwifery practice (BSMP) subject to number of students was 5:35 (there were 5 classes in parallel)

Choosing of Clinical Settings and MoU

In both faculties, choosing of clinical settings was done based on academic reasons and number of the students: *“choosing of the clinical settings were based on the requirement of the subjects and number of students”*. Settings that have been used for clinical practice were Local Government’s Hospitals, Public Health Centers, Nursing Home / Home for Elderly, Birthing Centers / Clinics and communities in rural settings. Clinical practice has been done in another province particularly in the area of psychiatry and emergency nursing. This is because of the limited facilities and services available in the local hospitals.

During FGDs it was expressed that MoUs between Poltekkes and Hospitals and Public Health Centers have not been reviewed and updated.

Ratio of Clinical Teachers and Clinical Instructors to Number of Students

Seemingly, there was a large discrepancy of ratio between clinical instructor / clinical teacher and students. The ratio has been staying in distance way above with its ideal due to the rapid increase number of students every year without a matching increase of the clinical teachers and instructors. The following were the expressions on ratio: *“In the past time, we only accept 40 students per year. It was only 4-5 students were in the clinical practice unit, but right now we have 11-12 student in a unit”*. During observational visit it was noted on the list of clinical practice placement sheet, there were 26 clinical instructors all together in the Provincial Hospital. Nonetheless, the number increased to be 70 persons presently. The ratio of clinical teachers to students was 1:24. In seeing this ratio discrepancy, the clinical instructors expected that there will be a new and more accurate arrangement in the future, as stated below: *“We hope, there will be re-arrangement of student replacement, ... since the curriculum of students of different instruction is all the same, students from different faculties/colleges are accumulated at the same time (month), so it is so confused in managing”*.

Practice in the Clinical Settings

The preparatory activities of clinical practice in the real settings of Nursing and Midwifery Faculties began around the start the next semester. Generally, it was expressed that the preparatory initiated by sending out letter of permissions followed with provision programs for students and clinical instructors. Letters from Poltekkes attached with list of students and clinical teachers and instructors, term of reference (TOR) and its schedules. Provincial Hospital had requirements that Poltekkes should have submitted clinical practice plan at least 2 weeks prior to the exposure. This is done by Provincial Hospital to ease in arranging and placement of student to units of service. Even so, the FGDs participants stated that they just have received the clinical practice’s TOR needed for this in coming clinical practice which will be started in a week and have not time to review or learn about it yet. *“ letter of appointment from Poltekkes was very sudden ... in every practice rotation also provided students’ shifting schedule and desired target clinical practice of students, but we are unable to read because we are busy doing our jobs. This target of practice was just received yesterday ... until now we do not know students of what semester / level will be coming to our units”*.

Clinical instructors from Puskesmas gave different comments with regard the preparation of clinical practice. Some said that they have received letters from Poltekkes explaining about the plan for clinical practice which was about to start in some days. Also, they mentioned that every now and then there happens that letters from Poltekkes arrived together with students on the day first of their clinical practice schedule or a day before clinical practice. *"We did not know yet that there will be clinical practice in this coming April. Usually after receiving letter from Poltekkes, I pass it on to the Head of Puskesmas"*. It was revealed in the observation visit to Puskesmas that the clinical practice in Puskesmas was informed a day prior to the schedule planed. Because of this condition, it was happened that students have not gotten directly mentorship from their clinical instructors.

The clinical instructors haven't been involved in the designing of clinical teaching either in Laboratories or clinical settings. Nonetheless, they perceived that it is important to have them be included in the designing process in order for them to understand the target competency and the needs of students in the clinical settings. *"Before students come in to the clinical settings, it should be a meeting for us to understand what are the needs of Poltekkes and the target of the clinical practice for each semester Right now there was no meeting done for the next clinical practice"*.

The preparation of the related learning clinical experience and exposure in the community settings of the sixth semester of Nursing Faculty was not done yet although the semester had been running in 3 weeks, while the exposure will be about to happen in some weeks. *"Our plan for community exposure in April has not been discussed to where place (Puskesmas) we are going to bring our students"*. In particular, for this community exposure program, since all clinical teachers from different subjects have been involving the provision program has been also arranged to those clinical teachers. Although this kind of placement has been seen as big obstacle in clinical practice, on the other hand the clinical teachers perceived this as one way of developing their communication and intersectoral coordination skills. The following were the statements; *"The concepts used by clinical teachers from different subjects more on their own background knowledge and not in line with the concept of community nursing"*

From observational visits in Delivery Room and Post Natal Care unit, it was revealed that the equipment and apparatus sets for delivery and nursing care were sufficient for student clinical practice. Students could utilize the sets available in units by turns. The equipments were very simple and at minimum amount. Nonetheless, in this situation, Units had tried to keep its hygiene and safety. In order to meet the clinical teaching's demand, students were asked to bring their own equipments such as funduscopy, sphygmomanometer, stethoscope, and thermometer. Even so, this was not strictly implemented. Sets of apparatus in both units were not extremely different compare to the sets found in the Faculties' laboratories.

Evaluation of the Clinical Teaching

All of the formats and procedures used for evaluating students' competencies in the clinical practice were prepared and informed by Poltekkes to the clinical instructors, however, there were some expressions from clinical instructors regarding the difficulties on how to assess and evaluate students' target of competencies. Including in the components of evaluation were on discipline and attitude, skill, case target. Clinical instructors had difficulties in identifying students' target based on their semesters and had no knowledge on evaluation result submission procedures. This happened both in Nursing and Midwifery Faculties. Evaluation of the clinical teaching process was periodically scheduled by Poltekkes at the end of semester or each clinical practice activity. In the same time, during this evaluation meeting, the preparation for the next period of clinical practice was discussed. Poltekkes invited Head of Unit and clinical instructors to attend the meetings which usually held in Poltekkes. The following are some of the expressions:

- *"there are a procedures and they are attached to the TORs "*
- *"target competencies are observed and assessed through students performance"*

- "Students have a list of skills desired to be reached. After they have done with a skill, we signed on that form when we thought they capable in doing it".
- "sometimes, students return after several months since they left the practice units/places requesting signature for clinical practice"
- "We do not understand about route of clinical practice in each semester or level, so we are unable to differentiate their target of competencies in each level and how to assess and give those scores".
- "I cannot single out the difference competencies of students from 4th and 6th semester."

Clinical instructors faced difficulties attending the meetings, due to some situations namely late in receiving invitation letters, venue of meeting in Poltekkes which located far away from Hospital and Puskesmas, the meetings took longer and beyond their working hours, and there was no compensation for transportation was reimbursed. There was small number of the clinical instructors participants stated that they tried and always attended meetings for evaluation or preparation in every semester because they think those meetings were important for them to improve communication and coordination in the clinical teaching.

Some of the following hopes and expectations of the clinical teachers and instructors can help describe the insufficiency of designing clinical teaching in Nursing and Midwifery faculties.

Clinical Teachers	Clinical Instructors
1. <i>Need to have the same perception among clinical teachers in the community setting</i>	1. <i>Need to restrict number of students and re-arrange students' placement in the provincial hospital as there has been stack of students from different institution in certain months.</i>
2. <i>Need to have a line of communication between Poltekkes and Health Offices to update knowledge of the clinical teachers on current health programs or to evaluate clinical practice, health programs, and to integrate concept theory into practice.</i>	2. <i>Need a strong and joint commitment between clinical teachers and instructors as stated in TOR</i>
3. <i>Need to have communications between clinical teachers and instructors in regular basis</i>	3. <i>Need to have a communication transparency on amount of compensation received by clinical instructors</i>
4. <i>Need to learn more about the ideal and correct clinical teaching model</i>	4. <i>Need to have enough time to prepare students before the exposure</i>
5. <i>Need a clear role of clinical teachers and instructors</i>	5. <i>Need a special room in unit for conference</i>
6. <i>Need to arrange the allocation of students to prevent huge number of students allocated in units.</i>	6. <i>Need to have preparatory meetings to understand clinical teaching process, aims and objectives, and target competencies in semester.</i>
7. <i>Need to add midwifery clinical teachers since nowadays there are 5 regular classes in a batch each has 40-43 students.</i>	7. <i>Need to have clear division of roles and tasks to be able to manage students' activities and health services in units.</i>
	8. <i>Need to have clear guide on how to report students' grades and performance in the clinical settings</i>

	9.	<i>Need to have a formal forum to discuss hardship in dealing with students' behavior and attitudes in clinical settings. The clinical teachers' presence has impact to students' performance</i>
	10.	<i>Need to regulate and understand on to whom and how students should report when they fail to attend clinical practice</i>
	11.	<i>Need to have preparation in laboratory before student brought to the clinical settings. Students also need to be ready physically and mentally</i>
	12.	<i>Need to add clinical laboratory hours before students being sent to the clinical setting because lack of practicum will burden clinical instructors</i>
	13.	<i>Need clinical teaching training since so far actions were based on observed experiences only</i>
	14.	<i>Need to have uniform evaluation system to ensure that students submit the requirements just in time and clinical instructors kept alert.</i>

2. On Clinical Teacher

Selection, Placement, and Development

The process of selection, placement and training of the clinical teachers (CTs) in Nursing and Midwifery Faculties have been done in various ways in every batch emphasizing on the personal interest and educational background of the CTs, which underlined follows; *"there is no regulation yet about placement of clinical teacher (teacher assistance)"*. Majority, respondents of senior clinical teachers have pursued formal education in nursing and midwifery in mutual accordance with the development of National Health Education. They have started contribute as clinical teachers ever since the institution was in the form of SPK (a three year of high school level nursing school), Nursing and Midwifery diploma, and now in the form of Poltekkes. Many of them have experienced as clinical nurses and midwives practitioners in hospitals or public health units (Puskesmas), as pointed out below; *"I worked as temporary government employee, community midwife in the village for 4.5 years before pursuing my D-III and become clinical teacher"*. But, there was some of the senior clinical teachers directly work as clinical teachers in nursing/ midwifery faculty right after graduated and without clinical experience as nurses or midwives.

Most of the junior clinical teachers who have no clinical experince underwent enrichment program known as *'magang'* for more or less six (6) months to two (2) years in the clinical setting especially in the hospital. Recently, this enrichment program has been only for 6 months and not set for 40 hours / week (5-6 working days), but only 2 -3 working days in hospital or clinical setting. The rest days has been used to accomplish tasks in the Faculties as Teachers' assistance. The following are the expressions taken from FGDs:

- *"After graduated from D-III, I directly recruited as a lecturer, without any special preparation"*
- *"We work in the hospital while doing our enrichment program (magang)"*
- *"I graduated in Mei 2008, then 4 months after that, I work as a clinical teacher, not only in the classrooms but also in the clinical settings"*
- *"The placement to be team member of community nursing subject was done without special selection process but it is offered to anyone who interested in"*

The formal pre-service training has been given to the clinical teachers through D-IV, bachelor, and master programs according to their field of interest. The clinical teachers of Nursing Faculty who have had SPK educational background pursued D-III and then D-IV education. While, those who had D-III and D-IV educational background took up their bachelor (BS) and master in nursing or master in public health. Some of the senior clinical teachers took up a three month of akta 3 program.

The clinical teachers of Midwifery Faculty who have had SPK educational background continued their D-III in midwifery. After Graduated from D-III in Midwifery, the clinical teachers pursued to D-IV in midwifery. The following is one of the statement; *"After working as clinical teachers then I was given opportunity to take up my D-IV"*. Some of the clinical teachers who graduated from D-III in nursing, BS in Nursing and BS in biology have been assigned to the Midwife Faculty to lecture pediatric nursing and basic skills of midwifery practice subjects. The highest educational background is master in public health. **Most of the clinical teachers who held BS and Master in Nursing have never undertaken their additional one year of professional exposure due to the financial constrain.**

It was found through FGDs in recent years, there was no in-service training held for clinical teachers or clinical instructors because all in-service training programs plan were eliminated from annual budget plan. But all clinical teachers said that they received Letter of appointment as CTs. *"There is no in-service training since the last 3 years.. We attended in-service CI training, till now it was only once in-service training held here"*. All clinical teachers in midwifery Faculty attended their APN training. This kind of training has never been offered for clinical teachers of Nursing Faculty. Most of the clinical teachers had attended clinical teaching training but none for management of clinical teaching training. Poltekkes has held training so called Pekerti (character) for clinical teachers in collaboration with State University in the province. Most of the participants complain that after finishing their formal education, their competencies with regards to subjects, except for pediatric nursing staffs whose had attended kangaroo method in-service training. The following are some of their statements;

- *"I teach maternity nursing subject, lecture topics just like what I have gotten in the BS Nursing course I took up, none of in-service training we attended, in fact we have known that there are many latest procedures and methods on delivery and maternity care. It is possible that what we teach in the classrooms completely different with what is happening in the clinical areas"*
- *"There has are no in-service trainings in the area of community nursing.... We explore and develop ourselves on our own."*

The expectations below, illustrates the needs of clinical teachers in the development of their competencies:

1. *Need some in-service trainings in the field of the subjects they teach, for example, cardiology physical assessment for medical surgical department, physical assessment of pregnant women and CTG for Maternity department, thorax (cardio and lungs) physical assessment for Pediatric department, application of MTBS, reporting and recording, and presentation and analysis Puskesmas / community data for community health department*
2. *Need in-service training on management of clinical teaching/practice*
3. *Need in-service training on BTCLS specifically for emergency nursing department*
4. *Need to be involved in the village alert ("desa siaga") program*
5. *Need to improve intersectoral communication techniques / strategies for clinical teacher who involve in the community outreach program*
6. *Need a model of integrated health post (posyandu) to bridge the gap between theory and practice in the field.*

3. On Clinical Instructor

Selection, Placement, and Development

The process of selection and development of the clinical instructors (CIs) in the hospital and Puskesmas are similar. Hospital and Poltekkes set the criteria of clinical instructors which are; D-III graduates in minimum with a minimum of 3-5 years of practical experience. Every head nurse automatically recruited as clinical instructor. Even so, all participants in FGDs had difficulty to explain these criteria consistently as mentioned below:

- *After being a head nurse, automatically I am assigned as a clinical instructor because that has been a regulation here. I am not clear yet about my obligations and my rights (pertaining to the CI role)."*
- *"There is no prerequisite to be a clinical instructor, but on the letter of appointment to be an assessor I received mentioned that criteria is D-III Nursing and a level above educational program of student whom will be examined/ assessed"*
- *"I have heard about the criteria of clinical instructor but not that clear stated about its job and responsibility"*
- *"There is no Letter of appointment (SK) and the criteria on why I was chosen as clinical instructor"*
- *"We know that by having letter of appointment from Poltekkes, automatically we are clinical instructors"*
- *Officially, I don't receive any letter of appointment as clinical instructor but I have been involved in coaching students in the field on daily basis"*
- *It is completely different in our units, no letter of appointment but it was informed orally. there was no preparatory training at all"*
- *We expect to have authority and legality in the process of coaching"*
- *Aside from me and our vice head nurse, there are three more clinical instructors in the delivery ward whose names mentioned at the letter sent by Poltekkes"*
- *We have added more clinical instructors in the wards so that not only head nurse becomes clinical instructor. Even, in delivery ward, we have 5 clinical instructors. This was done because of a suggestion given to us that clinical instructor whose also head nurse cannot perform her task maximally"*
- *"After I graduated from D-III midwifery in 2006, I was assigned by head of public health unit to be clinical instructor"*

Nursing and Midwifery Faculties prepared clinical teaching program separately. Midwifery faculty has been provided technical supports from AusAid. Criteria set by Midwifery Faculty for clinical instructors in Puskesmas has been loosely compare to that of in the hospital due to the limited of qualified midwives available in Puskesmas. Midwifery Faculty allows clinical instructors with D-I educational background as long as they hold APN certificate if in a public health unit no D-III graduates available.

- *"In Puskesmas we made arrangement, we required D-III graduates but if none of them available then D-I plus will fill in the gap.*
- *"Because graduates of D-III midwifery regular class have no much experiences yet, maybe that was the reason why I was assigned as clinical instructor"*

Poltekkes has made an effort to prepare the clinical instructors to be able to perform their roles and responsibilities in coaching students. However, this development program of the clinical teaching skills done unstructured and irregular. This is due to the lack of financial supports. Provincial Hospital and Health Office have made efforts autonomously to improve the clinical instructor's competencies by sending some of them to take in-service training outside or by holding it internally. Even so, these efforts seemed to be not enough to meet the need of the clinical instructors. Some of the clinical instructors in public health units stated that they haven't been given any in-service training on clinical teaching and management. The following are some of their comments:

- *“ It was a time 4 clinical instructors have been sent out to attend training supported by Provincial Health Office”*
- *“ I (midwife) attended an clinical instructor in-service training in Ujung Pandang for 3 weeks”*
- *“Except midwives in Puskesmas Alak, all of midwives have not attend any clinical instructor in-service training”*
- *“In 2006, the last time Poltekkes held Pekerti (Character) training. Also there was 2 day training on clinical teaching and the similar training held by Health Office”.*
- *There were seminars in relate with diseases or clinical skills but not on clinical coaching”.*

Below is some of the expectations of clinical instructors' needs on competencies development:

1. *Need provision programs on clinical teaching since so far what the clinical coaching process done only based on some experiences gotten while taking up D-III courses*
2. *Need to improve skills particularly on how to coach and assess /examine students' performance*
3. *Need to be trained before becoming clinical instructors, include in the training are procedures and techniques on how to deal students who fail accomplishing their clinical target competencies*
4. *Need to improve the knowledge and skills appropriate with health sciences and technology*
5. *Need to a right technique to transfer knowledge and skills during clinical teaching*
6. *Need to improve skills and techniques to deal with troubled students*
7. *Need improvement on knowledge and skills in managing students in clinical settings. So far we consider ourselves capable to manage in fact we have no idea what is the ideal in this aspect.*

Student Placement and Allocation

Given the load of management tasks and limited number of clinical instructors in each unit of Hospital or Puskesmas, not every student has been coached continuously. The regular absence of the clinical teachers gave an indication on how the clinical instructors created strategies to continue implementation of clinical practice. These efforts were undertaken structurally under institution control while some were directly and innovatively by clinical instructor in every unit. These efforts varied from one unit to another. Institutionally, Provincial Hospital rearranged students' placement in units after receiving TOR from and list of students from Potekkes. If there were a large number of students, each unit in the hospital would have spread students into shifts. On the other hand, clinical instructors delegate voluntarily their roles and task to senior staffs to coach students. Nonetheless, it seems that this delegation was done without any preparation, as mentioned below: *“When plenty of students in our units or in our absence, we entrusted our students to senior staffs who we know have good performance and capable to coach.”* In this situation, they agreed one to another that clinical instructors would take responsibility on the case report of nursing process while the senior staffs would be on nursing procedures aspects.

In similar situation, it was mentioned, *“in regular basis, we do the coach by case, for example if today is only for 3 students, the rest of them will be on the next day. If there are 11 students, clinical instructor will handle 3 students (cases), the rest of them will be entrusted to the other nurses who are not clinical instructors”.* This situation happened also in public health units, as mentioned below: *“I entrust students to the coordinators of the Puskesmas programs and then monitor their target later on”.* This was also confirmed by the only participant whose was coerced to represent her clinical instructor *“If there are students we then are informed but we are not told about what we should do to assess the students' performance or their target of competencies”.*

Division of Roles between Clinical Teachers and Instructors

The roles and responsibilities of clinical teachers and instructors were not denoted clearly in Memorandum of Understanding (MoU) and TOR of clinical practice. Generally, clinical teachers presented themselves in clinical settings for 1 – 2 days in a period of clinical practice. It took them 1-2 hours / day visit. While in the clinical setting, clinical teachers took their roles as supervisor to student activities. The following were some of clinical teacher activities while with students in clinical units; assessing the administrative completeness such as students attendance, monitoring students assignments primarily on case studies as a final assignment in each period of practice in pertinent ward. Clinical teachers usually performed bed-site teaching together with clinical instructors in the unit. To assist an activity or nursing/midwife procedure performed by students, technically clinical teachers would have prepared students, but students would be under the guide of clinical instructors when they perform direct nursing care to their patients. At that moment, clinical teachers would have observed and or helped assist students or clinical instructors. This happened because clinical teachers felt unfamiliar with clinical environment in units, as mentioned below:

- *"In the ward, during their first 30 minutes clinical teachers and clinical instructors examine students' preliminary reports"*
- *"In Puskesmas, on the first day of clinical practice, clinical teachers are present and usually we hold the meet for at least 30 minutes. After clinical teachers left, we continue our meeting with the students and then do the orientation and placement "*
- *"There is clarity on the division of tasks between CTs and CIs, but we have agreed that CTs doing the talk / conference while CIs will focus on nursing care / procedure. CTs come twice a week, on Monday and Wednesday or on Thursday and Tuesday"*
- *"I do not assist student directly, rather do the monitoring by reviewing students' cases"*
- *"In public health unit, CTs prepare students before doing some procedures. CIs and students examine patients. Students must ask CTs' agreement to perform that procedures after reviewing students knowledge"*
- *"usually we assist students in doing immunizations for example but for health educations for group of patients it is the role of CTs"*
- *"there should be a commitment between CT and CI for maximum result"*
- *"In our ward, CTs were always be available therefore the result is better"*
- *"We expect that whenever CTs do not lecture it is better for them to be with their students or improve their clinical skills in the wards"*

From the observational visits in two wards in Provincial Hospital used as clinical settings, it was found that:

- In delivery room, there were nine (9) students in morning shift (out of 17 students) coached by a CT. Those 9 students were from second and third year. On the observation day, the activities of CT were focused more on assisting the third year students in normal delivery. There was no attempt observed on the division of roles and tasks between CT and CIs. CIs gave more attention to the unit activities without involving students. In the beginning of the process, the head nurse whose also acts as CI, gathered students for checking their attendance and an announcement about her today load work as Head Nurse. During the observation visit also there was a sudden inspection on nosocomial infection.
- Third year divided into 3 shifts. There were two (2) students in the morning shift, a regular student and a supplemental student. Head Nurse and her Deputy who were midwives acted as CIs in the morning shift. Aside from them, there were no other CIs in the ward. There was a Junior CT assigned but since she was also on the job training (magang), she could not fully perform her role as CT. For this reason, there were other CTs assigned to the ward

for coaching during observation visit. The discussion between CTs and students was done without involving CIs. The CTs prepared students before performing procedures while at the bed-sites, CIs took over coaching roles. According to the CIs, the mentorship style that conducted during the observation usually happened only for final assessment / examination. The CIs were comfortable with this situation while hoping that it will be happening every day.

4. Target of the Students' Competency and Attitude

Target of Competencies in the Clinical Settings

The number and target of clinical practice competency of Midwifery and Nursing Faculty were set up differently. However, measuring and assessing target competencies was utilized similar methods, such as assessing preliminary reports, cases examination, and assessing and evaluating procedures based on student hand books (operational books)

On FGDs, clinical instructor participants mentioned about many situations that possibly affected students to accomplish their target of competencies, such as the limited cases and health programs, the length of clinical practice and rotation / placement system. The following are some of the dialogues taken from Nurse CIs FGDs; *"The duration of maternity nursing practice is only a week, therefore target competencies are lowly met, if target are not met we tried some ways"*, or Nurse and Midwife CIs of Provincial Hospital stated: *"some D-III midwifery graduates have no skills, it is perhaps due to the insufficient hours clinical practice.... Lots of cases available but the number of students are plenty.... Usually, not all targets will be met.... So, practice hours were extended to some students."* Different statements came from CIs participant of public health units: *"during clinical practice days there was no activities held in the integrated health posts, students have no opportunities to learn"*. Skepticism on the achievement of students target competencies stated by CIs as follows: *"There were also some students whose never have their turn to practice in delivery rooms, until they graduated"*.

Similar voices issues were emphasized by some CT FGDs participants. CTs of community nursing subject observed that seemingly it was correlated with the changing of number and spread of credit units of the current curriculum as mentioned below: *"Hours allocated for Community Nursing I subject is not enough, therefore we gave our students more cases illustration to be discussed in the classroom"*

To accomplish student target of competencies, Poltekkes have done some breakthrough by adding and extending areas for clinical practice. The following statements indicated some efforts done by Poltekkes: *"We will use Bhayangkara Hospital as clinical practice.... Students have been sent out of NTT (such as to Denpasar) to get different clinical exposure in relevant units such as psychiatric ward.... Also students have been allocated in birthing centers/clinics run by midwives"*.

Some statements from CIs on assessment and measuring Nursing and Midwifery students' target competencies as follows:

- *"Students "made into charcoal " that they meet their competencies. This teaches students to cheat"*
- *"The assessments and evaluation supposedly are not only based on how many times the procedures / skills have been done"*.

On Students' Attitude

Majority of CIs participated in FGDs mentioned that they faced obstacles with regards to students' attitudes and un-readiness. The identified students' attitude were lack of seriousness to accomplish target of competencies, take for granted that clinical practice as formality, lack of initiatives and creativity, absent without permission, delayed to submit requirements, disappeared from practical areas, behaved well only in the ward. Nevertheless, they realized that many of the students still have

good attitudes and generally these students have high quality performance and faster to adapt new things. The following are some statements on students' attitudes:

- *"Do not submit assignments, it is always that way.... Students nowadays have less initiative and creativity"*
- *"Lack of etiquette and good manners"*
- *"There is no sense of respect even though there are CTs/CIs or doctors around in unit, they keep playing with cell phones"*
- *"They also have difficulties talk to patients, only 1-2 students (limited number) are actually ready to practice."*

These CIs perceived that there is a shift in attitude and discipline of current students when they compare to their previous experience. They came to realize that this can happen due to some reasons such, students factor (*"younger age therefore less mature"*), insufficient support provided to clinical teaching system and situation (*"large number of students while CTs are rarely present / available"*), and limited skills of CIs in coaching (*"We don't know yet the correct technique in coaching the students"*)

The CIs have been provided efforts at maximum to solve students' attitudes such as by directly reporting the cases to the CTs and by adding more time spent with students in clinical settings. They expected that Educational Institutions must change their approaches so that these students will become future professional health carers. Good preparation before doing clinical practice, presencet and availability of CTs in clinical settings, utilization of communication forums between Poltekkes and Health Services and additional subjects on fundamental ethics and etiquette were considered as solutions in managing this problem. The following are some of their expressions taken from FGDs:

- *"supposedly before doing the clinical practice in the real settings Students should be prepared psychologically and physically"*
- *"CTs should always be present because students only respect and obey them"*
- *It should be added ethich subject so that etiquette and good manners are more improved"*
- *"It should be a regular meetings scheduled every 3 months to discuss about students' problems"*

In the other side, CTs also realized this and underlined that there were small number of students who were indiscipline. Disciplinary approaches have been applied to these types of students. They emphasized that the students know about disciplinary rules in Poltekkes.

Chapter V

Summary, Recommendation and Follow up Nusa Tenggara Timur Province

1. Designing and Management of the Clinical Teaching

The success in clinical teaching process highly depends on the capacity of educational health services institutions in designing its clinical teaching system. Part of process of designing is to choose clinical settings. Educational institution has to ensure that before a health institution is chosen as clinical setting the following factors should adequately available and prepared; 1) clinical teachers, 2) cases or patients, 3) clinical instructors, and 4) equipment & facilities, including place/room for sharing experience and innovative strategies (Reilly & Oermann, 1992; Lowry, LW, 1998).

The result of the study that gathered from FGDs and observation visits concluded that clinical teaching and learning system was not optimally and systematically structured and designed. This was depicted in some conditions such as; insufficiency and non-optimum time allocated and used for clinical teaching in laboratories and clinical settings, deficiency in availability of the human resources (clinical teachers and clinical instructors), low participation of clinical teachers in designing and mentorship, non optimum in preparation of the clinical learning circumstance, and limited communication and coordination in the operational of clinical teaching activities between educational and health services institution.

Each of the Nursing and Midwifery Faculties has been applying competence-based curriculum derived from manual released by Board of Development and Empowerment of Health Human Resources (BPPSDMK) in 2002 for midwifery and in 2006 for nursing. Poltekekes has modified to meet the need in clinical teaching such as expanding the component for laboratory and clinical exposure. Nonetheless, these efforts appear to be not enough to solve the need. Problems on deficiency in ratio of clinical teachers and clinical instructors to students and incapacity of clinical teachers and clinical instructors post as hindrance toward the optimization of clinical learning for students.

Un-readiness of clinical teachers, especially the juniors in designing clinical teaching depicted in the difficulty in implementing applied competency-based curriculum 2006. This difficulty particularly in signifying the clinical hours allocated in the laboratory as well as in the clinical settings. Knowledge and Skills in signifying curriculum is importance for entire staff in the sense that their participation in the designing will enable them in the function of monitoring and evaluating the clinical teaching system.

Structured clinical teaching cycles enable students to increase their competencies gradually and optimally. Before entering clinical settings students should be prepared physically and mentally and also armed with desired target competencies. In clinical settings, students must be continuously and simultaneously under the direction and assistance from both clinical teachers and clinical instructors. In this sense, clinical instructors need to perform their roles as mentors as well as role model in the care of patients. Insufficiency in the availability of clinical instructors limited their contribution to shape the attitude and professional roles and performance of students. The imitation process toward good professional attitude and roles will be diminished when clinical instructors and clinical teachers do not have sufficient clinical skills and competency in clinical teaching.

The readiness of students in the clinical settings is highly supported by their readiness showed in the laboratory. The insufficiency of practicum hours brought about by the huge number of students which is not supported with the increase number of clinical teachers and facilities and equipment in laboratory will limit students' in clinical learning.

Good communication and coordination systems between educational institutions and health services in the context of clinical teaching are one of the most important components of clinical learning achievement. Aside from that, a thorough and comprehensive design of monitoring and evaluation systems followed with the good communication channel and system will contribute to the attainment of the desired outcome. Communication, monitoring and evaluation system of clinical teaching process affects the optimum achievement of students' skills and competencies. These systems should be developed in order to ensure roles distribution between health educational institutions and services and the division of tasks and roles among clinical teachers and clinical instructors.

Recommendations

Support is given to the Nursing and Midwifery Faculties of Poltekkes NTT to design and manage clinical teaching systems. This support will be done through twinning arrangement with the following process:

1. Comparative study done by key persons from Nursing and Midwifery Faculties to a high performing Indonesian Educational Institution, namely STIK Sint Carolus.
2. In-service training or coaching to the said faculties to review and re-design recent clinical teaching process and systems as mandated in the applied curriculum.
3. Communication forums are strengthened toward the process of designing clinical teaching and its evaluation systems in each Faculty
4. Seek financial support to improve the quantity and quality of the equipments that are used in the laboratory, specifically in Nursing Faculty. Equipments that are necessary to be improved are in relate with the maternity care.

Components of designing the management of clinical teaching includes,

- a. Designing and managing of practicum in the laboratory
- b. Designing and managing of the clinical practice in the real settings (hospitals and Puskesmas)
- c. Reviewing and redeveloping MoU
- d. Designing communication and coordinating system of the clinical teaching, including communication and communication with Health Offices
- e. Designing evaluation systems in the clinical teaching

2. Capacity of Clinical Teachers

Selection and development system of clinical teachers plays an important role in foster the readiness and competency of clinical teachers in clinical teaching process. For this reason, the preparation program to clinical teachers is not only focused on the development of the clinical skills but also the competency in rendering and managing clinical teaching. Some clinical teaching competencies that should be possessed by clinical teachers (White & Ewan, 1997) are in relation with how to: 1) solve the problem of students whose lack of clinical learning experience, 2) involve patients in the learning process, 3) provide feedback and corrections, 4) apply concept of theories into practice, 5) bridge the gap between theory and practice in the real settings.

Clinical teachers take their roles to train students in the classroom, laboratory, and the real clinical setting. For this reason, clinical teachers play two pivotal roles in clinical teaching, as educator and as carer. Carer role enables clinical teachers in assisting and coaching students to synthesize theoretical concepts into clinical activities in the real health settings. To be able to continuously play their roles as professional carer (nurse), clinical teachers need to be given opportunities to improve their clinical competencies. The other thing to be considered is the preparatory program to clinical teachers in assessing and evaluating competencies of students (White, R & Ewan, C, 1997).

The study found that, in general, lecturers have not been prepared technically to be clinical teachers. Insufficiency This lack of clinical experience supported with the inadequacy of development and enrichment programs negatively affected their readiness and competent in clinical teaching process. The limited number of clinical teachers indicated in the high ratio of clinical teachers to students contributed to the low quality of supervision and mentorship in the clinical teaching. Hart and Rotem (1994) in their study underlined that the quality of supervision and the familiarity of the settings by clinical teachers will help students reaching their competencies. This familiarity to the clinical setting only happens when clinical teachers have experienced in the units and involved directly in the clinical teaching process.

Recommendations

Support is given by Poltekkes to clinical teachers through efforts to improve their skills in clinical practice, clinical teaching, and management of clinical teaching. This enhancement of the capacity of clinical teachers can be done through:

1. Seek sources of additional financial support to the teachers who have been finishing academic program for their formal education in order to enrich their clinical practice during their one year professional program (exposure). This support is particularly provided to the junior staff that lack experience in the clinical settings.
2. Exchange teachers with the said high performing Indonesian Educational Institution to enhance skills and role performed by clinical teachers in the clinical settings.
3. Designing in-service training program to produce trainers for training future clinical teachers and clinical instructors. This serves as a long term strategy.
4. Provide in-service training continuously to the clinical teachers according to the clinical skill components in the line of the subjects they teach. This includes:
 - a. Skills in assessing individual patients, particularly physical assessment of the heart and lungs
 - b. Skills in normal birth delivering, antenatal care, and CTG
 - c. Application of the IMCI in the real cases
 - d. BTCLS
 - e. Skills on intersectoral communication and community organizing in the line with community health nursing roles
5. Help in bridging communication and coordination between Poltekkes and coordinators of health programs in Health Offices in order the exchange up-to-date information, knowledge, and skills of both sides.

3. Capacity of Clinical Instructor

Clinical instructors play an important and marginal role in the clinical teaching in real settings. Some of the roles are as follows; 1) give orientation and preparing unit / environment to be ready for student learning process, 2) Give orientation to students on the desired activities and target competencies, 3) facilitate in the process to enable students develop their competence, and 4) to be act as model in service delivery. The clinical instructors should perform care in the light of good philosophy in the clinical, ethical and moral aspects to enable students in the imitation of the care. To be able to perform their roles optimally, the clinical instructors should undergo some fundamental preparatory programs in connected with the technical clinical teaching process including on how to assess and evaluate student's performance and competency (Calman et al, 2002; White, R & Ewan, C, 1997). This preparatory programs also serve as a way to clinical instructors to understand and aware of their right, responsibilities and task and also the clarity in the division of tasks and roles with their clinical teachers counterpart in the clinical settings.

This study underlined some important issues pertaining to clinical instructors, such as, the insufficient technical preparatory process to the clinical instructors. In some settings, because of the limited health human resources, the appointed clinical instructors were below the standard set by BPPSDMK of Ministry of Health. The huge number of students coming in at the same time from different educational institutions contributed escalating the ratio of staff to students. In other situation, it happened that clinical instructors delegated their tasks to the untrained senior staffs without sufficient preparation and / or orientation. The win-win solution that was carried out personally by clinical instructors to dare performing their roles based on their previous experiences being students or by being observing roles performed by their seniors, in turn posted risks to the inconsistent and standardized method and approach in mentoring and coaching received by students.

The division of tasks between clinical teachers and clinical instructors served as a hindrance in clinical teaching process. The constraint in performing roles was highly supported by the limited number of clinical teachers, insufficient clinical competence of the clinical teachers and unclear collaborative roles and division of tasks perceived by clinical instructors. This condition, consequently, will give impact to the students' competency achievement and performance.

Recommendations

Support is given by Poltekkes and Health Offices to clinical instructors through the improvement of skills in clinical teaching and management of clinical teaching. Also, support is given by providing adequate facilities to enable clinical teaching in performing their roles and responsibilities optimally. This includes the availability of the conference rooms. Improvement of the clinical instructor's capacity can be done through:

1. Improve roles and skills of the clinical instructors through in-service training emphasizing on the evaluation of clinical teaching and students performance, also strategy in couching and cultivating students with role morals and motivations.
2. Improve roles and skills of Head Nurses in managing units that are used as clinical settings for nursing and midwifery clinical teaching.
3. Increase the knowledge and skills of the clinical instructors continuously in the line with their specific tasks required by their units.

4. Target of the Students' Competency and Attitude

In order students to achieve the required or target of competencies it is a need for them to have enough exposure in the clinical learning and mentored optimally by clinical instructors. The sufficient exposure hours is highly supported by the availability and adequacy of patients / cases in clinical settings. In the same line, the availability and adequacy of patients / cases in the clinical settings cannot be reached whenever the number of students too large due to being placed in the same place at the same time. The other important component in clinical teaching is in relation with assessment and evaluation process of students' competencies and performance. Fundamentally, the objective of the clinical learning competencies consists of three domains which are cognitive, affective, and psychomotor aspects (White, R & Ewan, C, 1997).

Given that clinical teaching evaluation and assessment is affected by the persons who are involved in and tools and methods utilized individual, as prerequisite clinical teachers and instructors should undergo preparatory training (Calman et al, 2002). The similar assessment and evaluation methods and tools can be applied for each domain of the clinical teaching's objective. Among the three domains, affective is a domain that difficult to be assessed. The environment of clinical teaching can also affect the process and result of clinical teaching assessment and evaluation. The enormous number of students can cause students lack of attention from their mentors which in turn will challenge and complicate in the monitoring and evaluating evaluation process, including that of attitude or affective domain. A number of assessment and evaluation techniques are suggested to apply in order to depict complete and objective of students' attitude (Calman et al, 2002; Hart & Rotem, 1994; White, R & Ewan, C, 1997).

This study roughly highlighted that Poltekkes has been trying to design a comprehensive method to assess and evaluate students target competency. Nonetheless, there were number of obstacles found namely limited number of cases / patients, the length of clinical exposure, the large number of student in recruited and the inadequacy of rotation and placement students in the clinical fields. The obstacles in the implementation indicated that there is a need to review the design of clinical teaching, including that of the assessment system to be able to meet the need of students. The complains pertaining to the students' behavior such as being lazy, lack of discipline, initiative, and good manners and etiquette are seen as element that should be seriously taken into account since the clinical teaching process is not merely directing person to be technically competent but also to be morally and ethically competent.

Recommendations

Support is given to Poltekkes in order to improve curriculum based on local needs and to improve the monitoring of quality of education through:

1. Enrich curriculum for soft skill components
2. Increase the capacity of quality insurance division in Poltekkes in order to ensure the monitoring and evaluation of clinical teaching systems timely and continuously and also to ensure the condusive of the learning environment to students, including ensuring the availability and adequacy of the role models in the clinical settings.
3. Provide in-service training to improve the capacity of the clinical teachers and clinical instructors on the skills of assessing and evaluating student competencies and performance. Aside for the training, it is a need to review and revise the current tools and methods that have been used for assessing and evaluating students' competencies and performance in clinical settings.

5. Follow up Activites

The follow up strategy of this study will be developed by STIK Sint Carolus together with Poltekkes, PHO and GTZ/EPOS.

References

- Calman, H., et al (2002). Assessing Practice of Student Nurses: Methods, Preparation of Assessors and Students Views. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (5): 516-523
- Departemen Pendidikan Nasional RI (2004). *Strategi Pendidikan Tinggi Jangka Panjang 2003–2010: Mewujudkan Pendidikan Tinggi Berkualitas. Buku Pendukung HELTS 2003-2010*. Departemen Pendidikan Nasional RI, Dirjen Pendidikan Tinggi. (Ministry of National Education (2004). Higher Education Long Term Strategies 2003 – 2010: Creating Qualified Higher Learning. Supportive Book on HELTS 2003-2010. MONE RI, Directorate of Higher Learning)
- Depkes, 2006. *Kurikulum Program Diploma III Keperawatan*. Jakarta: BPPSDMK Depkes RI (MOH, 2006. Curriculum of D-III Nursing Programme. Jakarta: BPPSDMK, MOH RI)
- Depkes, 2002. *Kurikulum Nasional Pendidikan Diploma III Kebidanan*. Jakarta: Depkes RI. (MOH, 2002. National Curriculum of D-III Nursing Education. Jakarta: MOH RI)
- Hart, G., & Rotem, A. (1994). The best and the worst: Students Experience of Clinical Educations. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 11 (3): 26-33
- Kerse L., Luan BM., Lawintono L. (2008). *Strengtening and Enhancement of the Quality of Government Health Care Services Provided by Nurses and Midwives: The Design and implementation of an Assessment of the Educational Systems in Nusa Tenggara Timur (NTT) and Nusa Tenggara Barat (NTB)*. Report prepared for GTZ, EPOS Health Consultant and AIPMNH. Jakarta.
- Lowry, L.W. (1998). *The Neuman System Model and Nursing Education: Teaching Strategies and Outcomes*. Indianapolis, Sigma Theta Tau International
- Stark, S., Fortune, F. (2003). Teaching Clinical Skills in Developing Countries: Are Clinical Skills Centres the Answer? *Education for Health*, Vol. 16, No. 3, November 2003, 298 – 306
- Reilly, D.E., & Oermann, M.H. (1992). *Clinical Teaching in Nursing Education*. New York: Publication Dev Co
- WHO (2001). Nursing and Midwifery for Health: Guidelines for Member States on the Implementation of the Strategy. *Programme World Health Organization Regional Office for Europe. Section 1-8*.
- White, R. & Ewan, C. (1991). *Clinical Teaching in Nursing. Australia*, Chapman and Hall

List of Bills and Decrees

- UU RI No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Law # 20 year 2003 on National Educational System)
- Kepmendiknas No 232/U/2000 Tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa. (Decree of MONE # 232 / U / 2000 on Manual on Formulating and Developing Higher Learning Curriculums and Assessment of Students's Performance)
- KepmenKessos No 43 / Menkes-Kesos/SK/I/2001 (Decree of MOH # 43 / Menkes-Kesos/SK/I/2001)

■ Pengembangan Sumber Daya Manusia Sektor Kesehatan



Penguatan dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Milik Pemerintah yang Diberikan oleh Perawat dan Bidan

Desain dan Implementasi dari Suatu Kajian Sistem Pembelajaran Klinik Pendidikan Keperawatan dan Kebidanan di Propinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Nusa Tenggara Timur (NTT)

Oleh

Bernadethe Marheni Luan, Mariani Subrata,
Adeline Lebulan, Sri Indiyah, Dewi Prabawati,
Stefanus Andang Ides

Laporan Akhir yang disiapkan untuk Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH,
EPOS Health Management

April 2009





Pengembangan Sumber Daya Manusia Sektor Kesehatan

**Penguatan dan Peningkatan Kualitas Pelayanan
Kesehatan Milik Pemerintah yang Diberikan oleh
Perawat dan Bidan**

**Desain dan Implementasi dari Suatu Kajian
Sistem Pembelajaran Klinik Pendidikan
Keperawatan dan Kebidanan di Propinsi
Nusa Tenggara Barat (NTB)**

Oleh

**Bernadethe Marheni Luan, Mariani Subrata,
Adeline Lebuan, Sri Indiyah, Dewi Prabawati,
Stefanus Andang Ides**

**Laporan Akhir yang disiapkan untuk Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, EPOS Health
Management**

April 2009

EPOS
Health Management



Daftar Isi

Daftar Isi	i
Daftar Lampiran	ii
Daftar Singkatan	iii
Ringkasan Eksekutif	1
Bagian I. Latar Belakang	5
1. Alasan Dilakukan Kajian	5
2. Tujuan Kajian	5
Bagian II. Tinjauan Pustaka	6
1. Pembelajaran Klinik D-III Keperawatan dan Kebidanan di Indonesia	6
2. Kerjasama dan Kemitraan untuk Penguatan Kapasitas Pendidikan Kesehatan di Indonesia	8
3. Kerangka Konsep Kajian	8
Bagian III. Metodologi	9
1. Tujuan dan Desain Kajian	9
2. Kegiatan Pengumpulan Data di NTB	10
3. Keterbatasan Metodologi	10
Bagian IV. Ringkasan Laporan Kajian dan Temuan Sesuai Kerangka Acuan Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTB)	13
1. Rancangan Pembelajaran Klinik	13
2. Dosen Pembimbing	19
3. Pembimbing Klinik	20
4. Target Pencapaian dan Sikap Mahasiswa	23
Bagian V. Simpulan, Rekomendasi dan Tindak Lanjut Propinsi NTB	25
1. Rancangan dan Management Pembelajaran Klinik	25
2. Dosen Pembimbing	27
3. Pembimbing Klinik	28
4. Target Pencapaian dan Sikap Mahasiswa	29
5. Kegiatan Tindak Lanjut	29
Daftar Pustaka	30

Daftar Lampiran

- Lampiran 1a: Kurikulum Diploma III Kebidanan 2002
- Lampiran 1b: Kurikulum Diploma III Keperawatan 2006
- Lampiran 2 : Notulensi Diskusi Peneliti dan GTZ/EPOS

Daftar Singkatan

Akta III	: Akta Mengajar Level 3
APN	: Asuhan Persalinan Normal (Normal Delivery Care)
AIPMNH	: Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neo-natal Health (Kerjasama Kemitraan Pemerintah Australia Indonesia untuk Kesehatan Neonatal)
Askeb	: Asuhan kebidanan (Midwifery care)
Askep	: Asuhan keperawatan (Nursing Care)
AusAID	: Australian Overseas AID Programme (Program Bantuan Luar Negeri Australia)
BPPSDMK	: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Board of Development and Empowerment of Health Human Resources)
BTCLS	: Basic Trauma Cardio Life Support (Bantuan Hidup Dasar Trauma Jantung)
CI	: Clinical Instructor (Pembimbing Klinik)
CT	: Clinical Teacher (Dosen Pembimbing)
CTG	: Cardiotopography (Kardiotopografi)
Dinkes	: Dinas Kesehatan (Health Office)
DepDiknas	: Departement Pendidikan Nasional (Ministry of National Education)
DKT	: Diskusi Kelompok Terfokus (Focus Group Discussion)
D-I	: Diploma I (a year course)
D-III	: Diploma III (a three year course)
D-IV	: Diploma IV (a four year course)
EPOS	: International Health consultants contracted by GTZ (Konsultan Internasional yang Dikontrak oleh GTZ)
GTZ	: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit / German Technical Cooperation (Kerjasama Teknikal Pemerintah Jerman)
INOK	: Infeksi Nosokomial (Nosocomial Infections)
KBK	: Kurikulum Berbasis Kompetensi (Competency-based Curriculum)
KDM	: Kebutuhan Dasar Manusia (Basic Human Needs)
KDPK	: Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan (Basic Skill of Midwifery Practice)
KMB	: Keperawatan Medikal Bedah (Medical Surgical Nursing)
LP	: Laporan Pendahuluan (Preliminary Report)
MK	: Mata Kuliah (Course Subject)
MoU	: Memorandum of Understanding (Nota Kesepakatan)
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit (I Integrated Management of Childhood Illness)
NTB	: Nusa Tenggara Barat (Western Southeast Islands Province)
NTT	: Nusa Tenggara Timur (Eastern Southeast Island Province)
PKK	: Praktik Klinik Keperawatan
POLTEKKES	: Politeknik Kesehatan Departemen Kesehatan (Government Health Technical College)
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu (Integrated Health Post)
PTT	: Pegawai Tidak Tetap (Temporary Government Employee)

PBL	: Pengalaman Belajar Lapangan (Community Related Learning)
PF	: Pemeriksaan Fisik (Physical Assessment)
PUSDINAKES	: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (Centre for Health Workforce Education)
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat (Public Health Care Centres)
RSU / RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah (Local Government Hospital)
SK	: Surat Keputusan (Letter of Appointment or Decree)
S-1	: Strata – 1 (Bachelor Level of Education)
S-2	: Strata – 2 (Masteral level of Education)
SKS	: Sistem Kredit Semester (Credit unit system)
SPK	: Sekolah Perawat Kesehatan (a three year of high school level nursing school)
STIK/STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (School of Health Sciences)
TOR	: Term of Reference (Kerangka Acuan)
TOT	: Training of Trainers (Pelatihan bagi Pelatih)

Ringkasan Eksekutif

Sekolah Tinggi Kesehatan Sint Carolus dikontrak oleh GTZ/EPOS untuk mendisain dan mengimplementasikan suatu kajian tentang sistem pembimbingan klinik pendidikan untuk perawat dan bidan di Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Nusa Tenggara Barat (NTB).

Hasil kajian ini dipergunakan sebagai dasar untuk perencanaan dan implementasi strategis yang dilakukan bersama pemerintah Indonesia.

Laporan hasil kajian ini disiapkan terpisah berdasarkan propinsi. Sekalipun demikian, hasil laporan kedua propinsi ini merupakan satu kesatuan.

Judul, alasan dan tujuan kajian disepakati sebagai berikut:

Judul

Kajian untuk Menemukan Strategi Memperkuat sistem Pembelajaran Klinik di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes NTT dan NTB

Alasan

Kajian sistem pendidikan keperawatan dan kebidanan di Poltekkes di Propinsi NTT dan NTB telah dilakukan pada tahun 2008, didanai oleh GTZ, EPOS HRD dan AIPMNH. Kajian ini dilakukan melalui serangkaian konsultasi dengan Dinas Kesehatan Propinsi, Poltekkes dan juga Pusdiknakes. Kajian dilaksanakan oleh STIK St. Carolus yang didukung oleh seorang konsultan internasional. Hasil kajian telah dipresentasikan secara luas di hadapan para Pemangku Kepentingan dan Pengambil Keputusan di tingkat propinsi dan pusat.

Hasil kajian mengungkapkan berbagai masalah yang berhubungan dengan manajemen pendidikan, kurangnya pengalaman klinik para dosen pembimbing dan ketidakmampuan mengadaptasi kurikulum nasional ke dalam situasi kesehatan di NTT dan NTB. Namun, penemuan terutama adalah yang berhubungan dengan pembelajaran/pembimbingan klinik dan pengalaman klinik mahasiswa selama pendidikan yang ditunjang oleh rendahnya pembelajaran di laboratorium klinik dan ketidakcukupan pembelajaran dan pembimbingan di tatanan klinik. Juga, ditemukan ketidakcukupan proses pembelajaran di tatanan pelayanan kesehatan masyarakat dan komunitas.

Menyadari keseriusan isu ini, maka disepakati untuk dilaksanakan suatu kajian khusus untuk secara dalam menggali mengenai sistem pembelajaran klinik di kedua Poltekkes. Permintaan pelaksanaan kajian yang sama telah diungkapkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi di kedua propinsi tersebut. Hasil kajian ini akan melengkapi hasil kajian sebelumnya yang akan dipergunakan sebagai masukan dalam mendisain prioritas aktivitas yang dikemas dalam program "twinning" antara Poltekkes dengan STIK St. Carolus, salah satu Institusi Pendidikan Kesehatan terkemuka di Indonesia.

Tujuan

Kajian ini dilaksanakan dengan tujuan untuk mengidentifikasi sistem pembelajaran klinik di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes di Propinsi NTB. Secara khusus kajian ini dilaksanakan untuk:

- Mengidentifikasi tata cara seleksi, penempatan dan pengembangan dosen pembimbing dan pembimbing klinik
- Melakukan penelusuran secara detail mengenai pelaksanaan kurikulum pembelajaran klinik termasuk pembelajaran laboratorium klinik, penempatan dan supervisi klinik di tatanan pelayanan rumah sakit dan puskesmas tempat praktik klinik.

- Mengidentifikasi keadaan peralatan pembelajaran klinik di Laboratorium Poltekkes dan menghubungkannya dengan peralatan yang dipergunakan di tatanan pelayanan rumah sakit dan puskesmas tempat praktik klinik.
- Mengidentifikasi cara-cara agar tindak lanjut yang diprioritaskan dapat dilaksanakan melalui aktivitas 'twinning'.

Kajian yang memusatkan pada pengumpulan informasi yang sesuai dan sah untuk menjawab tujuan yang ditentukan disetujui oleh GTZ/EPOS dan AIPMNH. Rekomendasi disusun berdasarkan hasil pengumpulan dan analisis data berdasarkan situasi terkini.

Dengan rekomendasi ini memungkinkan GTZ/EPOS dan STIK Sint Carolus menyusun rencana aktivitas *twinning* dengan pilihan-pilihan yang dapat dicapai untuk meningkatkan kapasitas Poltekkes sebagai insitusi pendidikan keperawatan dan kebidanan.

Pengumpulan data dilaksanakan melalui:

- Diskusi kelompok terfokus (DKT) dilakukan kepada para Dosen Pembimbing, Pembimbing klinik, Pengelola pembelajaran praktik dan penempatan praktik mahasiswa.
- Kunjungan observasi dilaksanakan di laboratorium Poltekkes, Rumah Sakit dan Puskesmas Pemerintah untuk menghimpun detail penting tentang komponen pembimbingan klinik.

Dari hasil analisis teridentifikasi isu-isu utama mengenai pembelajaran klinik yang berkaitan dengan persiapan pembelajaran klinik dan aktivitas pembelajaran klinik di seting laboratorium maupun di tatanan klinik.

Juga, dari temuan menunjukkan bahwa sikap mahasiswa sebagai salah satu komponen kompetensi mendapat perhatian semua pihak, utamanya dari para pembimbing klinik.

Berikut ini rekomendasi untuk semua aspek yang menjadi perhatian pada kajian ini.

Rekomendasi untuk meningkatkan sistem pembelajaran klinik

1. Perancangan Sistem Pembelajaran Klinik

Dukungan diberikan kepada Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes NTB dalam merancang dan mengelola sistem pembelajaran klinik. Komponen rancangan pengelolaan pembelajaran klinik yakni:

- a. Merancang dan mengelola praktik laboratorium
- b. Merancang dan mengelola praktik di tatanan klinik (rumah sakit dan Puskesmas)
- c. Mengevaluasi dan memperbaharui MoU
- d. Merancang sistem komunikasi dan koordinasi pembelajaran praktik, termasuk koordinasi dan komunikasi dengan Dinas Kesehatan
- e. Merancang evaluasi pembelajaran praktik

Dukungan ini dapat dilakukan melalui kegiatan *twinning* dengan proses sebagai berikut:

1. Studi banding oleh '*key persons*' dari Jurusan Keperawatan dan Kebidanan pada Institusi Pendidikan Tinggi Keperawatan dan Kebidanan terkemuka, STIK Sint Carolus
2. Pelatihan atau pendampingan kepada masing-masing Jurusan untuk meninjau ulang dan memperbaiki rancangan praktik pembelajaran klinik sesuai tuntutan SKS pada kurikulum yang berlaku.
3. Forum komunikasi antar institusi pendidikan dan institusi pelayanan diperkuat untuk proses perancangan, sosialisasi dan evaluasi pembelajaran klinik di Jurusan masing-masing
4. Dukungan finansial untuk menambah alat dan pelengkapan yang dibutuhkan di laboratorium, utamanya untuk Jurusan Keperawatan. Peralatan yang paling membutuhkan perhatian adalah yang berkenaan dengan Keperawatan Maternitas.

2. Kapasitas Dosen Pembimbing

Dukungan diberikan kepada para dosen pembimbing oleh Poltekkes melalui upaya peningkatan ketrampilan klinis, keterampilan membimbing dan manajemen pembimbingan klinik. Penguatan kapasitas dosen pembimbing dapat dilakukan dengan cara:

1. Menyiapkan dana tambahan bagi para dosen yang telah menyelesaikan program akademik pada pendidikan formal sehingga mereka mampu memperkaya keterampilan klinis selama satu tahun program profesi. Dukungan ini khusus diberikan kepada para dosen junior yang minim pengalaman klinis.
2. Memantapkan peran dan skil dosen pembimbing dengan cara pertukaran dosen pembimbing dari institusi pendidikan terkemuka.
3. Untuk program jangka panjang, merancang pelatihan training of trainers (TOT) bagi para dosen pembimbing dan pembimbing klinik.
4. Melakukan pelatihan secara berkesinambungan kepada para dosen pembimbing sesuai bidang yang diampunya. Penguatan komponen keterampilan klinis dosen pembimbing yakni:
 - a. Keterampilan mengkaji – pemeriksaan fisik paru dan jantung
 - b. Pertolongan persalinan normal, pemeriksaan ibu hamil
 - c. Penyederhanaan aplikasi asuhan keperawatan keluarga dan keperawatan komunitas dan aspek pendokumentasiannya
5. Menjembatani Poltekkes untuk berkomunikasi dan berkoordinasi dengan pengelola program-program di Dinas Kesehatan setempat untuk pertukaran informasi terkini kedua belah pihak.

3. Kapasitas Pembimbing Klinik

Dukungan diberikan kepada para Pembimbing klinik oleh Poltekkes maupun oleh Dinas Kesehatan, melalui upaya peningkatan keterampilan pembimbingan klinis dan manajemen pembimbingan klinik. Juga, diperlukan fasilitas yang adekuat untuk menunjang peran dan tugas Pembimbing Klinik secara optimal, antara lain dengan penyediaan ruang pertemuan. Penguatan kapasitas Pembimbing Klinik dapat dilakukan dengan cara:

1. Memantapkan peran dan keterampilan Pembimbing Klinik melalui pelatihan dengan menitikberatkan pada evaluasi target pembelajaran klinik serta strategi pembinaan dan pembimbingan bagi mahasiswa dengan motivasi rendah.
2. Memantapkan peran dan keterampilan Kepala Ruang dalam pengelolaan unit yang dipergunakan sebagai lahan praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan
3. Melakukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan teknis secara berkesinambungan kepada para Pembimbing Klinik sesuai kebutuhan di unit kerjanya.
4. Memantapkan komitmen pimpinan rumah sakit tentang pentingnya dukungan bagi ketersediaan pembimbing klinik dan pentingnya penyelenggaraan pelatihan pembimbingan klinik.

4. Penilaian Target Pencapaian dan Sikap Mahasiswa

Dukungan diberikan kepada Poltekkes untuk penguatan kurikulum sesuai kebutuhan lokal dan penguatan pemantauan mutu pendidikan melalui:

1. Pengkayaan kurikulum muatan komponen soft skill
2. Meningkatkan kapasitas bidang Penjaminan Mutu (*Quality insurance*) di Poltekkes untuk memastikan adanya monitoring dan evaluasi sistem pembelajaran secara berkala dan berkesinambungan dan memastikan adanya lingkungan sistem pembelajaran yang kondusif bagi mahasiswa, termasuk menyiapkan role model di tatanan klinik.

3. Meningkatkan kapasitas dosen pembimbing dan pembimbing klinik dalam keterampilan mengevaluasi penampilan mahasiswa. Selain itu perlu dilakukan upaya terstruktur untuk memperbaiki alat dan metode evaluasi penampilan dan kompetensi mahasiswa dalam pembelajaran klinik.

Presentasi Temuan

Hasil temuan telah didiskusikan dengan Team GTZ/EPOS dalam bulan April 2009 (Lampiran No. 2 – notulensi rapat)

Kegiatan Tindak Lanjut

Strategi tindak lanjut dari kajian ini akan dikembangkan oleh STIK Sint Carolus bekerja sama dengan Poltekkes, Dinkes dan GTZ/EPOS.

Bagian I

Latar Belakang

1. Alasan Dilakukan Kajian

Kajian sistem pendidikan keperawatan dan kebidanan di Poltekkes di Propinsi NTT dan NTB telah dilakukan pada tahun 2008, didanai oleh GTZ, EPOS HRD dan AIPMNH. Kajian ini dilakukan melalui serangkaian konsultasi dengan Dinas Kesehatan Propinsi, Poltekkes dan juga Pusdiknakes. Kajian dilaksanakan oleh STIK St. Carolus yang didukung oleh seorang konsultan internasional. Hasil kajian telah dipresentasikan secara luas di hadapan para Pemangku Kepentingan dan Pengambil Keputusan di tingkat propinsi dan pusat.

Hasil kajian mengungkapkan berbagai masalah yang berhubungan dengan manajemen pendidikan, kurangnya pengalaman klinik para dosen pembimbing dan ketidakmampuan mengadaptasi kurikulum nasional ke dalam situasi kesehatan di NTT dan NTB. Namun, temuan terutama adalah yang berhubungan dengan pembelajaran/pembimbingan klinik dan pengalaman klinik mahasiswa selama pendidikan yang dipengaruhi oleh rendahnya tingkat pembelajaran di laboratorium klinik dan ketidakcukupan pembelajaran dan pembimbingan di tatanan klinik. Juga, ditemukan ketidakcukupan proses pembelajaran di tatanan pelayanan kesehatan masyarakat dan komunitas.

Menyadari keseriusan isu ini, maka disepakati untuk melaksanakan suatu kajian khusus yang secara mendalam menggali mengenai sistem pembelajaran klinik di kedua Poltekkes. Permintaan untuk melaksanakan kajian yang sama telah diungkapkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi di kedua propinsi tersebut. Hasil kajian ini akan melengkapi hasil kajian sebelumnya dan akan dipergunakan sebagai masukan dalam mendesain prioritas aktivitas yang dikemas dalam program *"twinning"* antara Poltekkes dengan STIK St. Carolus, salah satu Institusi Pendidikan Kesehatan terkemuka di Indonesia.

2. Tujuan Kajian

Kajian ini dilaksanakan dengan tujuan untuk mengidentifikasi sistem pembelajaran klinik di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes di Propinsi NTT. Secara khusus kajian ini dilaksanakan untuk:

- Mengidentifikasi tata cara seleksi, penempatan dan pengembangan dosen pembimbing dan pembimbing klinik
- Melakukan penelusuran secara detail mengenai pelaksanaan kurikulum pembelajaran klinik termasuk pembelajaran laboratorium klinik, penempatan dan supervisi klinik di tatanan pelayanan rumah sakit dan puskesmas tempat praktik klinik.
- Mengidentifikasi keadaan peralatan pembelajaran klinik di Laboratorium Poltekkes dan keterkaitannya dengan peralatan yang dipergunakan di tatanan pelayanan rumah sakit dan puskesmas tempat praktik klinik.
- Mengidentifikasi cara-cara agar tindak lanjut yang diprioritaskan untuk dilaksanakan melalui aktivitas *'twinning'*.

Bagian II

Tinjauan Pustaka

1. Pembelajaran Klinik D-III Keperawatan dan Kebidanan di Indonesia

Pengalaman pembelajaran klinik merupakan bentuk pengalaman belajar dimana peserta didik berkesempatan melatih diri untuk melaksanakan praktik keperawatan profesional di tatanan nyata pelayanan kesehatan yang memiliki praktik keperawatan klinik. Pengalaman ini bertujuan untuk memungkinkan peserta didik untuk terampil dalam penerapan pengetahuan (kognitif) kedalam suatu sikap (afeksi) dan tindakan (psikomotor) sehingga mampu memberikan asuhan berkualitas yang berfokus kepada klien (White & Ewan 1997).

Mengacu kepada UU RI No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, maka pendidikan Diploma tiga (D-III) dalam tatanan pendidikan tinggi digolongkan sebagai pendidikan vokasi untuk mempersiapkan peserta didik agar memiliki pekerjaan dengan keahlian terapan tertentu. Program Diploma III diarahkan untuk menghasilkan lulusan yang menguasai kemampuan dalam bidang kerja yang bersifat rutin maupun yang belum akrab dengan sifat-sifat maupun kontekstualnya, secara mandiri dalam pelaksanaan maupun tanggungjawab pekerjaannya, serta mampu melaksanakan pengawasan dan bimbingan atas dasar keterampilan manajerial yang dimilikinya (KepmenDiknas No 232/U/2000). Untuk itu kurikulum program studi D-III Keperawatan dan Kebidanan diarahkan kepada pencapaian keterampilan khusus di bidang keperawatan / kebidanan yang tergambar dalam proporsi dan sebaran Satuan Kredit Semester (SKS) teori, praktikum dan praktik klinik (Tabel 1 dan Tabel 2) Pengalaman belajar praktikum merupakan pengalaman belajar prasyarat sebelum pengalaman belajar klinik

Tabel 1.
Proporsi SKS Kurikulum (Inti) Program D-III Keperawatan

	Jumlah SKS Kurikulum Inti	% Kurikulum Inti
Teori	42	43,75
Praktikum	36	37,50
Klinik	18	18,75
Total	96	100,00

Sumber: Depkes, 2006

Tabel 2.
Proporsi SKS Kurikulum Program D-III Kebidanan (Total)

	Jumlah SKS Kurikulum Inti	% Kurikulum Inti
Teori	46	45,46
Praktikum	38	38,18
Klinik	16	16,36
Total	110	100,00

Sumber: Depkes, 2002

Beban studi program D-III sekurang-kurangnya 110 SKS dan sebanyak-banyaknya 120 SKS yang dijadwalkan dalam 6 semester dan dapat ditempuh hingga 10 semester. SKS yang merupakan takaran penghargaan terhadap pengalaman belajar yang diperoleh selama satu semester melalui kegiatan terjadwal. Penjadwalan per minggu dihitung berdasarkan ekuivalen dari 1 jam perkuliahan, 2 jam praktikan, atau 4 jam kerja lapangan (praktik klinik). Masing-masing jam tersebut diikuti dengan sekitar 1-2 jam kegiatan terstruktur dan kegiatan mandiri (KepmenDiknas No 232/U/2000).

Keahlian terapan keperawatan dan kebidanan dicapai melalui pembelajaran klinik di tatanan nyata. Lahan praktik yang dipergunakan untuk mendukung pencapaian kompetensi mahasiswa Diploma III Keperawatan ditetapkan berdasarkan kriteria, yakni tersedia kasus yang mendukung pembelajaran, serta memiliki pembimbing klinik yang memenuhi kriteria.

Komponen penting pada setiap kegiatan pembelajaran klinik di tatanan nyata adalah ketersediaan dan ketercukupan pembimbingan klinik. Rasio dosen terhadap mahasiswa menurut adalah 1: 7-12 mahasiswa (KepMenkesSos No.43/Menkes-Kesos/SK/1/2001). Hal ini dibutuhkan karena peran pembimbing klinik merupakan kekuatan vital dalam memberikan teladan pembelajaran di tatanan klinik. Selain peran role model, pembimbing klinik juga berperan membantu (*supportive*) memfokuskan tindakan keperawatan sesuai dengan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan praktik yang diharapkan. Untuk tujuan itu, maka pembimbing klinik lainnya adalah tenaga pendidikan yang berasal dari lahan praktik (White & Ewan, 1997; Depkes 2006). Kriteria pembimbing klinik bagi D-III keperawatan yang ditetapkan oleh Depkes adalah:

- a. Pendidikan minimal D III Keperawatan
- b. Memiliki sertifikat atau Akta III/IV
- c. Pengalaman bekerja sesuai dengan bidangnya minimal 3 tahun

Berdasarkan kurikulum, mahasiswa D-III Keperawatan dan Kebidanan mulai memperoleh pengalaman belajar praktikum bidang keperawatan / kebidanan di laboratorium sejak semester I. Pengalaman belajar di tatanan pelayanan kesehatan mulai diperkenalkan sejak semester III atau Semester IV. Panjangnya waktu praktik di laboratorium atau tatanan praktik bergantung kepada jumlah SKS yang ditetapkan sesuai mata kuliah masing-masing.

Lahan praktik yang dipergunakan untuk mendukung pengalaman belajar klinik mahasiswa D-III Keperawatan meliputi RSU Kelas A, B dan C dan rumah sakit khusus, Puskesmas, sekolah, industri, panti asuhan dan sasana tresna wreda. Sedangkan, pengalaman pembelajaran mahasiswa D-III kebidanan terjadi selain di tatanan Rumah sakit dan Puskesmas/Pustu, juga dilaksanakan di Rumah/Klinik Bersalin. Pengalaman belajar langsung di komunitas didisain untuk mahasiswa tahun terakhir.

White & Ewan (1997) menekankan bahwa siklus pembelajaran klinik selalu dimulai dengan pembelajaran teori dilanjutkan dengan pembelajaran laboratorium kelas sebelum memasuki tatanan klinik. Sebelum memasuki tatanan klinik mahasiswa disiapkan secara fisik dan mental serta dibekali dengan pencapaian target praktik. Di tatanan klinik, peserta didik menjalankan pengalaman klinik dibawah bimbingan dosen pembimbing dan pembimbing klinik. Setelah proses pembelajaran maka dilakukan aktivitas (*post-conference*) untuk mengkaji pencapaian target dan mendiskusikan kendala-kendala yang dihadapi selama praktik klinik. Pada fase akhir dari periode bimbingan dilakukan evaluasi proses pembelajaran untuk mengkaji proses dan pola pembimbingan

Strategi pendidikan dan pembelajaran memperhatikan prinsip pendidikan orang dewasa. Dalam pada itu, adalah suatu norma bahwa peserta didik secara aktif berpartisipasi dalam bimbingan dosen pembimbing dan mentor (pembimbing klinik). Proses pembelajaran yang berpusat kepada peserta didik (*self-directed*) memungkinkan mereka untuk terus menerus mencari dan memaksimalkannya di setiap kesempatan. Peran dosen pembimbing tidak saja penting di insitusi pendidikan tetapi juga di seting pelayanan. Di tatanan klinik, proses pembelajaran berada dalam areal kerja dosen pembimbing

dan pembimbing klinis. Proses pembimbingan pada awalnya dimulai dengan memperhatikan dan melakukan tindakan yang kurang kompleks menuju kearah yang lebih kompleks. Oleh karena itu, panjangnya program harus cukup bagi peserta didik untuk mencapai kompetensi dengan minimum waktu praktik di tatanan klinik sebesar 50% dari total satuan waktu yang ada. (WHO, 2001; Stark & Fortune, 2003).

2. Kerjasama dan Kemitraan untuk Penguatan Kapasitas Pendidikan Kesehatan di Indonesia

Secara nasional, pemerintah Indonesia telah memberikan kesempatan kepada institusi pendidikan tinggi di Indonesia untuk melakukan upaya-upaya penguatan kapasitas melalui twinning atau benchmarking. Hal ini dilakukan mengingat melalui *twinning / benchmarking* kedua institusi dapat menjalin kerja sama yang saling menguntungkan yang didasari kepada sumber daya masing-masing. Apabila diperlukan pendampingan dan dukungan teknis dapat diberikan oleh pihak ketiga. Kerja sama dapat meliputi bidang akademik maupun non-akademik yang diarahkan pada penggalian potensi bersama atau peningkatan efisiensi untuk pengembangan program bersama yang unggul. Bentuk kerjasama antar perguruan tinggi yang saling menguntungkan dengan pihak lain dapat dilakukan dalam konteks pembinaan oleh pihak yang lebih mapan terhadap pihak yang memerlukannya. Salah satu bentuk kerjasama akademik yang sering dilakukan yakni program peningkatan kualitas SDM berupa pengembangan model pendidikan berkelanjutan (*continuing education*) (Depdiknas, 2004).

3. Kerangka Konsep Kajian

Kerangka konsep penelitian tergambar dalam bagan berikut ini, yang menjelaskan keterkaitan antar komponen-komponen pada sistem pembelajaran klinik. Kerangka ini dipergunakan sebagai dasar dalam menyusun desain kajian ini.

Bagan 1- Kerangka Konsep Penelitian



Bagian III

Metode Kajian

1. Disain Kajian

Kajian ini menggunakan pendekatan kualitatif terhadap sistem pembelajaran klinik pada Jurusan D-III Keperawatan dan Kebidanan di Poltekkes Kupang (NTT) dan Mataram (NTB). Unit analisis kajian ini adalah Poltekkes dan fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit umum daerah dan puskesmas) tempat kegiatan praktik klinik mahasiswa keperawatan dan kebidanan dari Poltekkes. Kerangka konsep dan metodologi yang dipergunakan telah dikomunikasikan kepada pimpinan Poltekkes di Kupang dan Mataram sebelum dilakukan kajian ini.

Metode pengumpulan data yang dipergunakan pada kajian ini adalah diskusi kelompok terfokus (DKT) dan kunjungan observasi yang diuraikan sebagai berikut:

1. Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) dengan Dosen Pembimbing, Pembimbing klinik, dan Pengelola pembelajaran praktik dan Pengelola penempatan praktik mahasiswa di rumah sakit dan puskesmas, termasuk yang bertanggung jawab untuk Nota Kesepakatan (MoU) penyelenggaraan praktik klinik (selanjutnya disebut sebagai kelompok pengelola). Sampel partisipan DKT dipilih secara purposive untuk mewakili ketiga kelompok tersebut. DKT dilaksanakan sebanyak sembilan (9) kali pada kelompok homogen dengan jumlah 5-12 partisipan pada setiap DKT. Seperangkat pertanyaan terbuka dipakai sebagai panduan aktivitas DKT. Kesembilan kelompok tersebut adalah:
 - Dua (2) kelompok dosen pembimbing (CT) Keperawatan dan Kebidanan dengan mata kuliah yang berfokus kepada praktik di rumah sakit
 - Dua (2) kelompok dosen pembimbing (CT) Keperawatan dan Kebidanan dengan mata kuliah yang berfokus kepada praktik di puskesmas
 - Dua (2) kelompok pembimbing klinik (CI) keperawatan dan kebidanan di Rumah sakit
 - Dua (2) kelompok pembimbing klinik (CI) keperawatan dan kebidanan di Puskesmas
 - Satu (1) kelompok pengelola pembelajaran dan penempatan praktik klinik yang merupakan 'key persons' dari bidang akademik Poltekkes dan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan, Kepala Bidang Keperawatan RS tempat praktik, dan Kepala Puskesmas tempat praktik.
2. Kunjungan observasi untuk menghimpun detail penting mengenai pembelajaran klinik yang dilaksanakan di laboratorium Jurusan Keperawatan dan Kebidanan, Rumah sakit dan Puskesmas yang dipergunakan sebagai tempat praktik. Serangkaian pertanyaan dan *checklist* dipakai sebagai pedoman dalam melakukan observasi.

Data yang dikumpulkan melalui DKT dan kunjungan observasi dianalisis dengan pendekatan analisis konten. Kajian ini dilakukan dengan memperhatikan tanggung jawab etikal yang memperhatikan hak-hak partisipan.

Pelaksanaan dari desain kajian di NTT dan NTB dilaksanakan pada Bulan Maret dan April 2009, tiga minggu setelah semester genap dimulai. Tatacara pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

1. Para pemangku kepentingan dan para partisipan DKT diidentifikasi berdasarkan tingkat keterlibatan masing-masing.
 - Level 1: Pimpinan Poltekkes dan Dinas Kesehatan propinsi
 - Level 2: Direktur RSUD, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Puskesmas
 - Level 3: Partisipan DKT

- a. Dosen Pembimbing: Para dosen yang berperan sebagai penanggung jawab mata kuliah dan atau dosen yang terlibat dalam pembelajaran klinik
 - b. Pembimbing klinik: Staf keperawatan dan kebidanan di rumah sakit dan puskesmas yang terlibat dalam pembimbingan langsung pada mahasiswa Poltekkes.
 - c. Pengelola pembimbing klinik: Para 'key persons' di Poltekkes, Jurusan Keperawatan dan Kebidanan, Rumah sakit dan Puskesmas tempat praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan Poltekkes, yakni:
 - Pimpinan Bidang Akademik Poltekkes
 - Pimpinan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan (atau Bidang akademik)
 - Kabid. Keperawatan RSUD
 - Kepala Puskesmas
2. Rumah sakit dan Puskesmas diidentifikasi sebagai tempat praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan Poltekkes. Proses identifikasi ini dilakukan oleh Peneliti, staf GTZ/EPOS, Poltekkes, dan Dinas Kesehatan setempat.
 3. Poltekkes mengidentifikasi partisipan sesuai kriteria yang ada
 4. Poltekkes mengidentifikasi aktivitas laboratorium dan praktik di Rumah Sakit dan Puskesmas sesuai kriteria yang ada.
 5. GTZ/EPOS mengirim surat yang ditujukan kepada para pemangku kepentingan (Level 1 dan 2). Kerangka acuan kajian dilampirkan pada setiap surat.
 6. GTZ/EPOS mengirim surat yang ditujukan kepada para partisipan (level 3)
 7. Panduan dan daftar pertanyaan DKT disusun dan diujicobakan pada subyek serupa untuk kesesuaian dan kejelasan alat pengkajian
 8. Daftar pertanyaan dan komponen yang akan diamati dalam observasi di laboratorium, rumah sakit dan puskesmas diidentifikasi dan disusun.
 9. Dilakukan komunikasi dengan staf proyek GTZ/EPOS di Propinsi untuk menjelaskan dan mendapatkan masukan tentang pengumpulan data pada kajian ini.
 10. Disusun garis besar program dan aktivitas untuk pelaksanaan penelitian di kedua propinsi
 11. Disusun jadwal aktivitas selama kegiatan pengumpulan data bersama-sama Poltekkes, Dinas Kesehatan dan Staf proyek GTZ/EPOS di Propinsi.

2. Kegiatan Pengumpulan Data di NTB

Kunjungan ke NTB dilaksanakan selama 5 hari pada tanggal 30 Maret – 04 April 2009, dengan aktivitas-aktivitas sebagai berikut:

1. Kunjungan Kehormatan
 - Kunjungan dilakukan kepada Pimpinan Poltekkes, Pimpinan RSUD, Dinas Kesehatan Propinsi. Sedangkan staff GTZ/EPOS memfasilitasi komunikasi dengan Dinas Kesehatan Kota.
 - Selain sebagai kunjungan kehormatan, kunjungan ini juga dipergunakan sebagai sarana untuk mengkomunikasikan dan menselaraskan seluruh aktivitas kegiatan kajian hari per hari selama lima hari.

2. Diskusi Kelompok Terfokus dengan Partisipan
 - Secara keseluruhan terdapat 9 kali diskusi kelompok dengan total partisipan sejumlah 55 orang. Jumlah peserta setiap kelompok paling sedikit empat (4) orang dan terbanyak 13 orang.
Total Dosen Pembimbing, yang terlibat dalam diskusi kelompok sebanyak 20 orang yakni 12 orang dari Jurusan Keperawatan dan 8 orang dari Jurusan Kebidanan.
Total Pembimbing Klinik yang terlibat dalam diskusi kelompok sebanyak 22 orang, yakni 12 orang dari RSUD dan 10 orang dari Puskesmas.
Total peserta DKT pengelola sebanyak 13 orang.
 - Lama waktu diskusi kelompok berkisar antara 55 – 120 menit.

3. Kunjungan Observasi
 - Kunjungan observasi di laboratorium dilakukan sebanyak 2 kali, yakni 1 kali di laboratorium Jurusan Keperawatan untuk kegiatan laboratorium Mata Kuliah Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) dan 1 kali di Jurusan Kebidanan untuk kegiatan laboratorium Mata Kuliah KDPK.
 - Tiap kunjungan laboratorium dan tatanan klinik ini berlangsung selama kurang lebih 55 - 90 menit untuk setiap aktivitas. Kegiatan di Laboratorium kebidanan dilakukan kepada sekelompok mahasiswa sebanyak 8 orang sedangkan di Laboratorium keperawatan sebanyak 50 orang.
 - Aktivitas laboratorium di Jurusan Kebidanan tidak dapat memberikan gambaran kasar tentang kegiatan pembimbingan di laboratorium. Pengaturan jadwal laboratorium yang berubah sebanyak dua kali dan mendadak dibatalkan menyebabkan observasi di laboratorium tidak dapat terjadi secara optimal. Situasi ini terjadi karena adanya hambatan komunikasi di tingkat propinsi.
 - Tidak ada kunjungan observasi di RSUD atau Puskesmas karena pada minggu kunjungan observasi tidak sedang terjadi praktik klinik di tatanan klinik. Hal ini sempat membingungkan peneliti karena pada dasarnya penundaan jadwal pengumpulan data dari tanggal 16 Maret menjadi tanggal 30 Maret adalah agar kegiatan pengumpulan data sesuai dengan kegiatan jadwal pembelajaran klinik yang sedang berlangsung di Poltekkes tanpa upaya rekayasa kegiatan.

3. Keterbatasan Metodologi

Keterbatasan pada kajian ini adalah berkenaan dengan metode kunjungan observasi yang kurang dapat dilakukan secara optimal. Di NTB, kegiatan kunjungan observasi di tatanan klinik sama sekali tidak dapat dilaksanakan karena tidak ada aktivitas pembimbingan klinik di rumah sakit dan puskesmas pada saat kegiatan pengumpulan data terjadi. Hal ini tidak sesuai dengan rencana penelitian yang telah dikomunikasikan dan direncanakan agar sejalan dengan aktivitas pembimbingan klinik sesuai kalender akademik. Untuk mengatasi situasi ini, melalui DKT dengan dosen pembimbing dan pembimbing klinik diupayakan secara optimal untuk menggali aktivitas pembimbingan klinik di lahan praktik. Sekalipun demikian, aktivitas diskusi tidak dapat menggantikan pengalaman pengamatan langsung.

Ada kecenderungan bahwa kegiatan observasi di laboratorium sudah dipersiapkan sedemikian rupa sehingga tidak dapat memberikan gambaran akan situasi yang umumnya / sebenarnya terjadi. Untuk mengatasi kelemahan ini, pada kegiatan observasi juga dilakukan periksa silang terhadap dokumentasi yang ada serta dengan melontarkan beberapa pertanyaan secara acak beberapa mahasiswa dan petugas yang ada. Diskusi Kelompok Terpadu (DKT) juga dilakukan untuk mengatasi kelemahan ini.

Oleh karena itu, temuan dan rekomendasi yang disampaikan pada kajian ini tidak terlepas dari keterbatasan-keterbatasan ini.

Bagian IV

Ringkasan Laporan Kajian dan Temuan Sesuai Kerangka Acuan di Propinsi NTB

1. Rancangan Pembelajaran Klinik

Alokasi Waktu Pembelajaran Klinik

Terungkap dalam DKT, sebagian dosen pembimbing mampu mentransfer satuan unit sistem kredit semester (SKS) kedalam satuan jam. SKS untuk tutorial, praktik laboratorium dan lapangan dialokasikan secara berbeda menurut standard yang ada yang tertuang dalam Kurikulum D-III Kebidanan tahun 2002 dan D-III Keperawatan tahun 2006. Namun, dosen pembimbing junior mengalami kesulitan mengartikan SKS kedalam satuan jam karena pada umumnya tidak terlibat dalam proses penghitungan di setiap semester. Secara terstruktur, penghitungan jam praktik, penyusunan kerangka acuan praktik, dan pengalokasian mahasiswa di tempat praktik dilakukan oleh koordinator praktik sedangkan tim kurikulum mengatur pembelajaran teori dan laboratorium kelas. Aktivitas ini berada dibawah koordinasi Ketua Jurusan, seperti terungkap berikut ini;

“Setiap proses belajar mengajar semester baru ada tim kurikulum yang menghitung dan menentukan alokasi SKS masing-masing dan penentuan penanggung jawab mata kuliah,... kalau sudah mengenai praktik klinik konprehensif (PKK) sudah ada yang mengatur. Koordinator mata kuliah yang mengatur jbaran jam praktik dan alokasi”.

Koordinator MK keperawatan keluarga mengalokasikan penyebaran waktu teori dan praktik secara serentak sejak awal semester. Hal ini terjadi karena adanya kesulitan dalam mengaplikasi kurikulum yang ada, seperti diungkap berikut ini;

“Untuk keperawatan keluarga, praktik dilakukan pada hari Selasa – Sabtu, sedangkan hari Senin diberikan teori. Antara praktik dan teori berjalan bersama-sama. Hal ini terjadi karena kurikulum dibuat begitu, teori dan praktik dijadikan satu di semester yang sama sehingga sulit aplikasinya, anak bingung”

Praktikum Laboratorium

Temuan dari DKT yakni, jam praktik laboratorium yang dihitung dari SKS dialokasikan untuk aktivitas demonstrasi prosedur oleh dosen pembimbing dan pengulangan demonstrasi oleh satu atau dua perwakilan mahasiswa, sedangkan re-demonstrasi oleh setiap mahasiswa dilakukan di luar jam praktik laboratorium tetapi tetap dalam pembimbingan dosen. Pelaksanaan aktivitas re-demonstrasi ini dilakukan di ruang kelas atau ruang lain karena keterbatasan alat dan ruang laboratorium. Strategi ini dilakukan untuk memenuhi target praktik laboratorium dengan jumlah mahasiswa yang besar. Penggunaan jam praktik di laboratorium sering kali tidak optimal karena kesibukan dosen pembimbing dalam pengajaran di berbagai kelas. Berikut petikan diskusi, *“Pengulangan praktik laboratorium dilakukan di luar jam karena kekurangan waktu. Kami mengajar dan praktik lab sampai malam hingga mahasiswa itu mampu dilakukan di luar jam.... Terutama untuk mahasiswa regular yang membutuhkan waktu yang lama sehingga ada kemungkinan melebihi waktu yang ditetapkan. Saat ini, tidak ada kompensasi kelebihan jam ini.*

Dalam DKT dengan Dosen Pembimbing dari Jurusan Keperawatan dan Kebidanan terungkap bahwa penggunaan jam praktik laboratorium tidak efektif karena jam yang disediakan sesuai SKS tidak mencukupi. Sebagai gantinya Poltekkes mengupayakan waktu ekstra di luar jam kerja untuk aktivitas laboratorium. Ketidakefektifan waktu laboratorium tersebut juga didukung dengan ketidakcukupan alat laboratorium. Kedua situasi ini mempengaruhi kemampuan mahasiswa dalam praktik di laboratorium. Partisipan dari Jurusan kebidanan mengeluhkan tentang praktik laboratorium di luar waktu yang juga disebabkan oleh jumlah mahasiswa yang banyak. Berikut ini pernyataan yang berkaitan dengan hal tersebut:

- *“untuk perawatan luka alat banyak, untuk maternitas, resusitasi dan aksfiksi alat hanya satu (1) set”*
- *“karena alat terbatas kelompok mahasiswa tidak dapat re-demonstrasi pada jam yang sama”*
- *“ada yang langsung dipraktikkan kepada mahasiswa sebagai pasien misalnya prosedur injeksi dan memandikan”*
- *“setiap mahasiswa membawa 1 Bumil untuk laboratorium supaya dapat membedakan memegang di phantom dan pasien nyata ... dari pada belajar di phantom yang jumlahnya terbatas lebih baik langsung belajar di pasien nyata”*
- *“praktiknya hari Jumat 3 jam di luar waktu mata kuliah karena mahasiswa banyak”*

Pada setiap laboratorium keperawatan dan kebidanan ditempatkan seorang penanggung jawab laboratorium yang adalah seorang dosen pembimbing yang mengelola laboratorium didukung oleh seorang petugas administrasi. Dosen pembimbing menyusun rencana aktivitas laboratorium dan komunikasi kepada petugas laboratorium. Namun demikian, benturan jadwal aktivitas laboratorium masih sering terjadi. Berikut petikannya:”

- *“Kalau terjadi benturan kami mencari sendiri jalan keluar antara lain mengalah / mundur atau mencari kelas kosong dan alat-alat dibawa ke kelas. Paling sering terjadi saat ujian”.*
- *“biasanya mahasiswa sudah mengetahui jadwalnya dan kami akan melakukan kontrak lagi”*
- *“Setiap dosen saling mengingatkan karena sudah ada kalendernya”*

Dalam DKT terungkap bahwa metode pembimbingan di laboratorium dilakukan hampir sama di kedua Jurusan Keperawatan dan Kebidanan. Tahapan praktik laboratorium di kedua jurusan dimulai dengan penjelasan ulang mengenai topik, diikuti dengan demonstrasi oleh dosen pembimbing, lalu peragaan ulang oleh satu atau dua orang mahasiswa. Umpan balik dilakukan langsung oleh dosen pembimbing. Dalam observasi di laboratorium di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan diidentifikasi beberapa situasi yang berkaitan dengan belum optimalnya persiapan dan rancangan pembelajaran klinik di laboratorium, sebagai berikut:

1. Di Jurusan Keperawatan mahasiswa tidak membawa buku prosedur (operasional) tetapi sebagai gantinya membawa lembaran fotokopi prosedur yang diambil dari buku cetak keperawatan dasar. Sedangkan di Jurusan Kebidanan mahasiswa tidak membawa buku prosedur tetapi membawa fotokopi *checklist* penilaian prosedur.
2. Di Jurusan Kebidanan, terjadi dua kali penjadwalan ulang aktivitas laboratorium pada minggu pengumpulan data karena kesibukan dosen pembimbing. Observasi dilakukan kepada kelompok kecil yang terdiri dari delapan (8) orang mahasiswa didampingi seorang dosen pembimbing untuk aktivitas re-demonstrasi pemeriksaan Hb Sahli. Juga diamati bahwa alat yang dipersiapkan untuk melakukan aktivitas prosedur tersebut tidak lengkap.

Berikut ini beberapa pernyataan yang diambil dari DKT:

- *“proses bimbingan di laboratoium ... dosen memberikan penjelasan untuk semua mahasiswa, kemudian dilakukan demontrasi, lalu 1-2 orang mahasiswa melakukan re-demonstrasi”*
- *“Biasanya pertemuan untuk teori dan demonstrasi sesuai jam SKS, sedangkan waktu re-demonstrasi diatur di luar jam SKS. Aktivitas re-demo diatur sendiri oleh mahasiswa dan dosen tersebut”.*

Tidak semua mata kuliah dengan komponen aktivitas praktikum dilakukan di laboratorium tetapi sebagai gantinya diberikan dalam bentuk bermain peran (*role play*) atau analisis kasus fiktif. Ini terjadi pada MK keperawatan komunitas, keperawatan keluarga dan keperawatan Jiwa. Dosen pembimbing menterjemahkan jam praktikum laboratorium tersebut menjadi jam praktik di tatanan klinik. Berikut salah satu pernyataannya; *“tidak ada laboratorium kelas untuk mata kuliah keperawatan jiwa, kami lakukan role play di ruang kelas”.*

Dari hasil DKT dengan Jurusan Keperawatan didapati minimnya nisbah set peralatan praktikum terhadap jumlah mahasiswa utamanya untuk praktikum MK Gadar dan MK Maternitas misalnya, hanya tersedia satu (1) set atau dua (2) set lengkap. Dengan kondisi ini apabila mahasiswa dibagi dalam lima (5) kelompok untuk aktivitas re-demonstrasi yang dilakukan serentak, umumnya maksimal hanya dua (2) kelompok mahasiswa yang melakukan praktikum dengan set alat yang komplet. Nisbah (rasio) set peralatan Gadar dan Maternitas terhadap mahasiswa 1-2: 40 mahasiswa. Situasi ini sedikit berbeda dengan Jurusan Kebidanan yang memiliki rasio set peralatan KDPK terhadap mahasiswa sebesar 4-5:50.

Pemilihan Lahan Praktik dan Nota Kesepakatan

Lahan praktik dipilih oleh Jurusan Keperawatan dan Kebidanan didasari kepada alasan-alasan akademik dan mahasiswa. Tempat praktik klinik adalah RSUD, puskesmas/Pustu, panti jompo, Rumah/Klinik bersalin, dan komunitas di daerah pedesaan. Praktik klinik lain seperti keperawatan jiwa dan gawat darurat dilaksanakan di propinsi lain. Hal ini dilakukan karena keterbatasan sarana pelayanan dan pelayanan di rumah sakit daerah; *“mahasiswa dan staf dikirim ke RS di luar propinsi supaya kami sekaligus belajar bersama-sama mahasiswa”*. Sekalipun demikian, dalam DKT juga terungkap bahwa proses memilih lahan praktik dipertanyakan oleh pembimbing klinik di puskesmas, seperti yang disampaikan berikut ini; *“Ternyata Poltekkes tidak tahu kondisi di Puskesmas kami, mungkin dianggap sama dengan puskesmas lainnya. Puskesmas yang memiliki unit rawat inap dipilih untuk mata kuliah keperawatan keluarga dan komunitas sedangkan puskesmas tanpa rawat inap dipilih untuk mata kuliah medical surgical. Kami tidak tahu apa yang menjadi alasan mereka memilih kami, tampaknya mereka tidak bertanya dan tidak melakukan survey sebelumnya”*.

Dalam DKT terungkap bahwa nota kesepakatan (MoU) antara Poltekkes dan rumah sakit berlaku untuk tiga (3) tahun. Materi MoU disusun tidak hanya untuk aktivitas pembimbingan klinik tetapi juga untuk aktivitas lain yang membutuhkan penggunaan lahan di rumah sakit, misalnya untuk penelitian.

Nisbah Dosen Pembimbing dan Pembimbing Klinik terhadap Mahasiswa

Nisbah antara Pembimbing Klinis dan Dosen Pembimbing dengan mahasiswa cukup besar. Nisbah tidak dapat mendekati ideal karena jumlah mahasiswa yang bertambah setiap tahun. Secara umum, nisbah dosen pembimbing terhadap mahasiswa adalah 1: 13 orang. Ungkapan berikut ini menggambarkan kecenderungan peningkatan nisbah dan harapan adanya pengaturan yang lebih seksama; *“permasalahan klasik, volume mahasiswa bukan berkurang ... harus ada review ulang tentang standar penerimaan mahasiswa”*. Nisbah dosen pembimbing terhadap mahasiswa di laboratorium adalah 3: 50 orang. Sedangkan nisbah pembimbing klinik terhadap mahasiswa adalah 1: 12 – 15 mahasiswa. Dalam DKT terungkap nisbah pernah mencapai 1:20 orang. Mengenai penumpukan mahasiswa tidak saja dikeluhkan oleh para pembimbing rumah sakit tetapi juga oleh pembimbing klinik di Puskesmas. Puskesmas mengharapkan penempatan mahasiswa sekitar 4-5 orang sedangkan RS mempersyarat 6-8 orang mahasiswa di setiap unit. Para pembimbing klinik di RS dan puskesmas menyadari bahwa penumpukan bukan semata dari mahasiswa Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes tetapi juga karena banyaknya program studi yang sama dari institusi lain mengirim mahasiswa pada saat yang bersamaan. Mengenai ini berikut beberapa petikan dari DKT:

- *“ke depan perlu ada koordinasi di tingkat puskesmas supaya tidak terjadi penumpukan mahasiswa”*
- *“kami berharap setiap penempatan hanya 4-5 mahasiswa saja di puskesmas”*
- *“penumpukan juga terjadi karena praktik dilakukan bersamaan dengan mahasiswa dari institusi lain, pernah mencapai 40 orang sekaligus”*
- *“pembagian mahasiswa di RS sesuai ketentuan antara 5-8 orang. Aturan ini dibuat karena pernah terjadi penumpukan”*

Praktik di Tatanan Klinik

Persiapan praktik di tatanan klinik Jurusan keperawatan dan kebidanan dimulai menjelang semester berikutnya. Secara umum, diungkapkan bahwa persiapan praktik klinik di tatanan praktik dimulai dengan kegiatan mengirim surat permohonan sebulan sebelum aktivitas dilaksanakan, diikuti dengan pembekalan kepada mahasiswa dan pembimbing klinik. Surat dari Poltekkes disertai juga dengan daftar nama mahasiswa, daftar nama pembimbing klinik dan dosen pembimbing, jadwal praktik dan proposal. RSUD mempersyaratkan bahwa uji kompetensi bagi mahasiswa yang akan praktik klinik paling lambat dua minggu sebelum kegiatan praktik. Hal ini dilakukan oleh RSUD untuk adanya suatu kepastiaan standardisasi kompetensi awal bagi mahasiswa yang akan praktik.

- *“biasanya kami ada pertemuan difasilitasi oleh Diklat dan dihadiri oleh Poltekkes minimal 2-3 hari sebelum praktik klinik mengenai teknik bimbingan”*
- *“Biasanya ada surat dari Poltekkes kepada kami untuk pertemuan di RSUD bersama CI lainnya, dibicarakan mengenai target dan penempatan mahasiswa”*

Pembimbing klinik dari Puskesmas memberikan komentar berbeda-beda mengenai persiapan praktik klinik. Ada yang menyatakan sudah menerima surat dari Poltekkes mengenai rencana praktik mahasiswa yang akan dimulai beberapa hari kedepan. Selain itu, mereka menegaskan bahwa kadang-kadang terjadi bahwa surat penunjukan dan pembimbingan praktik datang bersama-sama dengan mahasiswa pada hari pertama praktik atau sehari sebelum praktik.

- *“pernah ada mahasiswa semester III mendadak datang dan membawa surat”*
- *“CT ke puskesmas datang bertiga membawa surat pengantar setelah itu tidak datang lagi”*

Aktivitas observasi visit tidak dilakukan di rumah sakit maupun di puskesmas karena pada saat itu tidak ada aktivitas pembimbingan klinik di tatanan klinik.

Pembimbing klinik tidak pernah dilibatkan dalam rancangan pembelajaran di laboratorium dan tatanan klinik. Sekalipun demikian, mereka berpendapat penting untuk terlibat dalam aktivitas rancangan tersebut agar mereka mampu memahami target pencapaian dan kebutuhan mahasiswa di tatanan klinik. *“sebagai pembimbing klinik kami tidak diikutsertakan dalam praktik laboratorium dan dalam perancangan, dosen sendiri yang melakukan. Alasan mengapa kami tidak dilibatkan, kami tidak tahu”.*

Persiapan Praktik Kerja Lapangan (PKL) dimulai dengan pembuatan proposal dan surat izin kepada orang tua / wali, dan pembagian tugas dosen pembimbing. Koordinator PKL melakukan survey lapangan dan menghubungi kepala dinas dan tempat tinggal untuk mahasiswa. Penentuan desa untuk PKL dilakukan oleh Kepala Puskesmas berdasarkan usulan dari Poltekkes. Alokasi waktu untuk PKL selama 3 minggu diambil dari SKS PKK.

Evaluasi Pembelajaran Klinik

Format dan prosedur untuk evaluasi pencapaian mahasiswa selama praktik klinik disiapkan oleh Poltekkes dan diinformasikan kepada para pembimbing klinik.

Namun demikian, masih ada ungkapan dari para pembimbing klinik mengenai kesulitan dalam mengevaluasi target pencapaian mahasiswa.

Komponen evaluasi antara lain kedisiplinan dan sikap, skill, target kasus.

Pembimbing klinik juga mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi target pencapaian mahasiswa termasuk perbedaan target pada setiap semester.

Evaluasi proses pembelajaran klinik secara berkala dijadwalkan oleh Poltekkes pada akhir semester atau akhir dari aktivitas praktik sekaligus membahas kendala-kendala yang dihadapi selama aktivitas pembimbingan.

Poltekkes mengundang pimpinan unit dan pembimbing klinis untuk hadir dalam pertemuan evaluasi. Pertemuan evaluasi pembelajaran dilakukan di Poltekkes atau di Rumah Sakit.

Berikut petikan-petikan pernyataan para pembimbing klinis;

- *“ada prosedur dan terdapat pada proposal”*
- *“ada pertemuan antara CT dengan semua CI RS yang diselenggarakan oleh poltekkes CT untuk membahas tugas CT dan CI dan evaluasi bagi mahasiswa”*
- *“Selesai praktik, CI dan Ka Puskesmas mengirim nilai kepada Poltekkes, batas minimal 68 untuk praktik”*
- *“Sepertinya target untuk KMB II hanya laporan pendahuluan (LP) saja.... tetapi saat ini belum ada pemahaman mengenai evaluasi target LP tersebut”*
- *Biasanya penilaian tidak dilakukan segera dan dapat tertunda. Penilaian dilakukan berdasarkan target yang tercantum dalam proposal”*
- *“Untuk keperawatan keluarga di puskesmas, kami tidak tahu bentuk format pengkajian dan sebagainya yang saat ini dipergunakan oleh Poltekkes, jadi kami CI tidak yakin apakah akan memakai format yang pernah kami pergunakan semasa kuliah dulu atautkah format yang dipergunakan oleh mahasiswa dari institusi lain.”*
- *“Mahasiswa dapat saja membohongi tentang kasus keluarga karena tidak ada pemantauan dari CI atau CT serta tidak ada criteria penilaian yang jelas bagi kami para CI”*
- *“Ada empat komponen penilaian yaitu, pre-conference, laporan, ujian dan sikap”*
- *“Untuk satu mahasiswa ada dua nilai dari CI dan CT dan nilai akhir dibagi dua”*
- *“CI menandatangani buku checklist kompetensi mahasiswa sehingga apabila ditemukan permasalahan akan langsung diketahui”*

Umumnya, semua Pembimbing klinik hadir dalam pertemuan yang diadakan oleh Poltekkes, tetapi apabila ada yang berhalangan maka akan diwakilkan oleh salah seorang pembimbing klinik yang ada. Tidak ada kendala dalam hal transportasi, seperti ungkapan berikut ini; *“biasanya semua hadir, atau ada perwakilan, walaupun jauh ada uang transport”*.

Beberapa harapan dari Pembimbing Klinik dan Dosen Pembimbing berikut juga dapat menggambarkan keterbatasan dalam rancangan pembelajaran klinik yang terjadi di Jurusan keperawatan dan kebidanan.

Dosen Pembimbing	Pembimbing Klinik
1. <i>Perlu kerjasama antara dosen senior dan junior, utamanya di kebidanan untuk mengurangi kesenjangan.</i>	1. <i>Perlu ada komunikasi antara CI dan CT</i>
2. <i>Perlu ada waktu dan forum CT dan CI untuk membicarakan kendala dan alokasi waktu praktik</i>	2. <i>Perlu peningkatan jumlah kehadiran CT di tempat praktik pada pre-dan post conference seperti 5 tahun yang lalu di unit kebidanan</i>
3. <i>Perlu koordinasi penggunaan ruangan dan alat untuk praktik laboratorium, utamanya saat ujian.</i>	3. <i>Perlu menyamakan persepsi antara RS/ Puskesmas dan Poltekkes mengenai prosedur dan program</i>
4. <i>Perlu menyederhanakan dan penyeragaman format pengkajian kasus dan penilaiannya</i>	4. <i>Perlu dilakukan survey lahan sebelum menunjuk CI dan menempatkan mahasiswa di lapangan</i>
5. <i>Perlu meningkatkan kapasitas CT dan CI dalam pembimbingan.</i>	5. <i>Perlu menambah jumlah CI yang memiliki SK (surat keputusan) penunjukan.</i>
6. <i>Perlu diadakan program magang terutama bagi dosen muda.</i>	6. <i>Perlu koordinasi di Puskesmas agar tidak terjadi penumpukan mahasiswa</i>

7. <i>Perlu kejelasan peran pembimbing klinik dan dosen pembimbing</i>	7. <i>Perlu melibatkan CI Puskesmas dalam proses pembelajaran di kelas</i>
8. <i>Perlu peninjauan ulang tentang alokasi biaya transportasi dan pembimbingan bagi dosen pembimbing</i>	8. <i>Perlu keterlibatan CT dalam uji kompetensi keperawatan untuk memudahkan dalam penentuan target kompetensi</i>
9. <i>Perlu peninjauan ulang tentang seleksi masuk mahasiswa oleh karena banyak kendala dalam praktik</i>	9. <i>Perlu dilibatkan dalam kegiatan uji kompetensi kebidanan di Puskesmas</i>
10. <i>Perlu suatu forum komunikasi sebagai wadah untuk mensosialisasikan isu terkini di RS / Puskesmas atau di Pendidikan</i>	10. <i>Perlu adanya pemantauan dari CT tentang target pencapaian kompetensi mahasiswa</i>
	11. <i>Perlu pembatasan jumlah mahasiswa di RS dan Puskesmas dan pengaturan kembali penempatan mahasiswa karena terjadi penumpukan mahasiswa dari berbagai institusi pada bulan-bulan tertentu.</i>
	12. <i>Perlu ada keterbukaan mengenai besarnya kompensasi untuk pembimbingan klinik</i>
	13. <i>Perlu kecukupan untuk persiapan kepada mahasiswa sebelum kegiatan praktik</i>
	14. <i>Perlu ruangan khusus konferens di unit pelayanan</i>
	15. <i>Perlu ada pembagian peran dan tugas yang jelas untuk kegiatan mengelola mahasiswa dan mengelola pelayanan di rumah sakit dan di Puskesmas</i>
	16. <i>Perlu ada kejelasan mengenai laporan penilaian praktik klinik</i>
	17. <i>Perlu ada forum formal antara Poltekkes, Dinas Kesehatan dan Pembimbing Puskesmas.</i>
	18. <i>Perlu persiapan di laboratorium sebelum mahasiswa diturunkan di tatanan klinik. Persiapan fisik dan mental juga dibutuhkan</i>
	19. <i>Perlu ada kegiatan magang bagi CT agar lebih menguasai lingkungan dan lebih terampil dalam membimbing mahasiswa di lapangan</i>
	20. <i>Perlu ada pelatihan pembimbing klinik karena yang selama ini dilakukannya berdasarkan pengalaman saja.</i>
	21. <i>Perlu diberikan feedback pada akhir masa praktik untuk peningkatan kualitas pembimbingan</i>
	22. <i>Perlu melakukan survey mengenai kompetensi dan ketersediaan pembimbing klinik di lapangan sebelum dipilih sebagai lahan praktik.</i>

2. Dosen Pembimbing

Seleksi, Penempatan, dan Pembinaan

Proses seleksi, penempatan dan pembinaan dosen pembimbing di Jurusan keperawatan dan kebidanan dilakukan secara berbeda-beda setiap angkatan dengan memperhatikan latar belakang pendidikan dan peminatan karyawan, seperti salah satu ungkapan berikut; *"Penempatan didasari kepada peminatan dan latar belakang pendidikan serta kebutuhan institusi"*. Secara umum, para responden Dosen Pembimbing senior telah melalui berbagai fase pendidikan keperawatan / kebidanan sesuai dengan perkembangan pendidikan kesehatan nasional. Mereka mulai terlibat sebagai dosen pembimbing sejak status Institusi Pendidikan masih berupa pendidikan SPK, Akper dan Akbid, hingga menjadi Poltekkes. Beberapa dosen pembimbing ini memiliki pengalaman sebagai perawat dan bidan praktisi di rumah sakit maupun di Puskesmas. Berikut salah satu petikannya; *"Saya PTT di Lombok Tengah kemudian kerja di swasta baru pendidikan jalur khusus D-III setelah melamar PNS di Poltekkes"*. Namun ada juga dosen pembimbing senior yang langsung bekerja di Institusi Pendidikan segera setelah lulus kuliah tanpa pengalaman sebagai perawat atau bidan praktisi.

Angkatan muda dosen pembimbing sebagian besar tanpa pengalaman sebagai perawat dan bidan praktisi tetapi mereka mengikuti program magang selama kurang lebih 6 bulan sampai 2 tahun di Rumah Sakit. Beberapa tahun terakhir program magang tersebut hanya berlangsung tidak lebih dari 6 bulan dan tidak dilakukan secara utuh 40 jam seminggu (5-6 hari kerja), tetapi hanya berada di rumah sakit atau puskesmas selama 2-3 hari kerja, selebihnya menjadi asisten dosen di Jurusan masing-masing. Kegiatan magang dibatasi oleh Poltekkes karena besarnya biaya magang yang harus ditanggung oleh Poltekkes. Berikut ini beberapa petikan hasil DKT;

- *"tahun 1998 saya magang di RS keliling selama satu tahun"*
- *"setelah lulus D-III saya menjadi PNS di Poltekkes dan diperbantukan di bagian kurikulum selama kurang lebih 2 tahun lalu magang di RS selama 6 bulan lalu ikut D-IV"*
- *"mereka dimagangkan di RS tetapi harus dibayar 250.000/minggu dan ini dirasakan sangat berat"*
- *"saya belum pernah magang, rencana akan ada magang 6 bulan, tetapi belum direalisasikan"*

Pembinaan secara formal dilakukan kepada para dosen pembimbing berupa pendidikan D-IV, strata-1 dan strata-2 sesuai bidangnya. Dosen pembimbing dari Jurusan Keperawatan yang berlatar belakang pendidikan SPK melanjutkan sekolah ke program D-III Keperawatan dan D-IV Keperawatan. Sedangkan yang berlatar belakang pendidikan D-III dan D-IV meneruskan pendidikan S-1 keperawatan dan S-2 Keperawatan atau S-2 Kesehatan Masyarakat. Beberapa dosen senior mengikuti program Akta III selama 3 bulan.

Dosen pembimbing dari Jurusan Kebidanan yang berlatar belakang pendidikan SPK melanjutkan sekolah ke tingkat D-III kebidanan. Lulusan D-III kebidanan atau setelah melanjutkan D-III kebidanan, para dosen pembimbing melanjutkan pendidikan ke D-IV kebidanan. Berikut salah satu petikannya, *"Saya melanjutkan sekolah ke D-IV tahun 2005 karena syaratnya begitu"*. Pendidikan tertinggi yang ditempuh adalah S-2 Kesehatan Masyarakat. Beberapa peserta DKT yang menempuh pendidikan S-1 dan S-2 keperawatan mengatakan mereka tidak menjalani program profesi setelah menyelesaikan pendidikan akademik karena ketiadaan dana pendidikan. Menurut mereka, program profesi ini akan sangat membantu mereka dalam pengembangan keterampilan klinis.

Dari DKT terindikasi bahwa para dosen pembimbing telah mengikuti pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan pembimbingan klinik yang diprogramkan oleh Poltekkes. *"Poltekkes telah berusaha meningkatkan kemampuan kami, maka selain pendidikan formal kami juga mengikuti pelatihan"*. Para Dosen pembimbing juga mengatakan mereka semua mendapat SK sebagai pembimbing klinik. Tidak semua dosen pembimbing Jurusan Kebidanan telah mengikuti pelatihan APN. Program pelatihan ini tidak ditujukan kepada dosen pembimbing Jurusan keperawatan. Sebagian besar dosen pembimbing

telah mengikuti pelatihan pembimbing klinik tetapi belum pernah mengikuti pelatihan manajemen pembimbingan klinik. Para dosen pembimbing mengatakan bahwa mereka juga mengembangkan diri secara mandiri sesuai kebutuhan mata kuliahnya dengan cara mengikuti seminar dan *browsing internet*. Ada beberapa peserta yang mengatakan bahwa kompetensi mereka mengenai mata kuliah yang diampu tidak pernah dikembangkan setelah mengikuti pendidikan formal. Beberapa pelatihan yang pernah diikuti oleh para dosen pembimbing adalah, senam hamil, APN, konselor ASI, asuhan bayi baru lahir, KB, resusitasi, BTCLS, Pemeriksaan fisik, dan pembimbing klinik. Ada dosen pembimbing mata kuliah Keperawatan Maternitas yang belum pernah mengikuti pelatihan terkait maternitas tetapi selalu berusaha terus menerus untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan supaya setingkat lebih tinggi dari mahasiswanya.

- *"Saya berusaha untuk membaca dan belajar terus supaya dapat mengajar maternitas, saya tidak punya pelatihan basic seperti pada program bidan B"*
- *"Poltekkes telah berusaha meningkatkan kemampuan kami, maka selain pendidikan formal, kami juga ikut pelatihan, yang dikirim tergantung dana yang tersedia dan yang dikirim sesuai penampunya"*
- *"Yang belum diikuti adalah pelatihan APN karena pembagiannya secara bergilir"*

Harapan berikut ini menggambarkan kebutuhan para dosen pembimbing dalam pengembangan kompetensi mereka;

1. Perlu mengikuti pelatihan-pelatihan sesuai dengan keterampilan yang dituntut pengampu masing-masing, misalnya untuk pengampu Keperawatan Medikal Bedah (KMB) berupa pemeriksaan fisik (PF) jantung; pengampu keperawatan maternitas berupa PF ibu hamil dan pertolongan persalinan; Keperawatan keluarga berupa asuhan keperawatan (askep) keluarga, Keperawatan komunitas berupa pendokumentasian dan penyederhanaan aplikasi askep.
2. Perlu mengikuti pelatihan APN
3. Perlu mengikuti pelatihan preceptor & mentor dan pembimbingan klinik
4. Perlu mengikuti pelatihan manajemen bimbingan praktik klinik' termasuk mengevaluasi pencapaian kompetensi.
5. Perlu dilibatkan dalam kegiatan desa siaga
6. Perlu mengikuti pendidikan formal lanjutan

3. Pembimbing Klinik

Seleksi, Penempatan dan Pembinaan

Seleksi dan pembinaan pembimbing klinik di rumah sakit dan di puskesmas hampir mirip. Rumah sakit dan Poltekkes menetapkan kriteria menjadi seorang pembimbing klinik, bagi keperawatan dan kebidanan secara berbeda. Secara umum, kriteria pembimbing klinik adalah pendidikan D-III dengan pengalaman kerja 3 tahun atau S-1 dengan tanpa pengalaman. Kriteria pembimbing klinik kebidanan adalah minimal D-1 dengan pengalaman kerja 5 tahun, D-III dengan pengalaman kerja 3 tahun. Setiap kepala ruang secara otomatis juga berfungsi sebagai pembimbing klinik. Setiap kepala puskesmas merupakan penanggung jawab praktik mahasiswa. Sekalipun demikian, semua peserta DKT tidak mampu menjelaskan secara seragam mengenai kriteria tersebut seperti dikutip berikut ini;

- *"proses pemilihan CI dilakukan oleh pihak bidang diklat dan keperawatan RS"*
- *"selain itu, CI lain dipilih berdasarkan rekomendasi kepala ruang (Karu) dengan pertimbangan pendidikan, senioritas, pengalaman kerja, dan leadership"*
- *"ada penunjukan/ SK dari poltekkes yang digunakan untuk kenaikan pangkat"*
- *"kriteria di Puskesmas waktu saya ditunjuk (2007), hanya berdasarkan pendidikan D-III keperawatan tanpa kriteria lama kerja"*
- *"kriteria yang dipakai adalah kriteria nasional, tidak ada kriteria khusus poltekkes"*
- *"saya ditunjuk sebagai CI bukan karena saya sebagai kepala ruang tetapi karena senioritas"*

- *“untuk RS menjadi CI sekurang-kurangnya punya tingkat pendidikan sama pengalaman kerja minimal 3 tahun dan mempunyai sertifikat CI. Masih banyak yang belum D-III untuk itu diasiasi dengan sertifikasi / pelatihan sebelum menjadi CI. Ini dilakukan karena jumlah mahasiswa banyak”*
- *“di puskesmas, SPK senior selama 25 tahun dan ada sertifikat CI”*
- *“di Puskesmas, karena CI kurang, maka diambil dokter muda sebagai pembimbing, ternyata ada keluhan dari mahasiswa dan pendidikan”*
- *“kriteria CI Kebidanan adalah D-IV dengan tambahan Akta4, karena tidak mempunyai S-1 kebidanan”*
- *“kami bidan puskesmas yang sudah lulus APN dianggap mampu sebagai CI karena tidak ada CI lain”*

Poltekkes telah berupaya menyiapkan para pembimbing klinik agar mampu melaksanakan peran dan tanggung jawab dalam membimbing mahasiswa. Namun, upaya pembinaan dan pengembangan keterampilan pembimbingan klinik ini masih belum terstruktur dan berkesinambungan. Hal ini utamanya terjadi karena keterbatasan biaya. Pihak RSUD dan Dinas Kesehatan juga telah berupaya secara mandiri memperkaya kemampuan para Pembimbing Klinik dengan mengirimkan beberapa stafnya untuk mengikuti pelatihan atau dengan menyelenggarakan kegiatan sendiri secara internal. Pelatihan pembimbing klinik di rumah sakit juga dibiayai oleh lembaga pendidikan swasta yang mempergunakan RSUD sebagai tempat praktik. Selain pendidikan non-formal, RSUD dan Puskesmas / Dinas Kesehatan memfasilitasi pengembangan stafnya melalui pendidikan formal. Jurusan kebidanan selama ini mendapat bantuan teknis dari AusAid. Namun demikian, upaya-upaya itu tampaknya masih belum mampu menjawab kebutuhan para pembimbing klinik. Para responden Pembimbing Klinik di Puskesmas menyatakan mereka belum pernah diberikan pelatihan mengenai pengelolaan dan pembimbingan praktik mahasiswa. Berikut beberapa petikan;

- *“tahun 2004, saya ikut program D-IV yang dibiayai AusAid”*
- *“setelah ditunjuk sebagai CI tidak diikuti dengan pembinaan / persiapan khusus”*
- *“selama kami di PKM sebagai CI tanpa dipersiapkan/dilatih”*
- *“saya mendapat pelatihan preceptor dan mentor di tahun 2004”*

Harapan berikut ini menggambarkan kebutuhan para pembimbing klinik dalam pengembangan kompetensi mereka;

1. *Perlu pelatihan pembimbingan klinik untuk Poltekkes dan RS/Puskesmas, terutama bagi CI pengganti*
2. *Perlu dikuatkan mengenai aspek keterampilan klinis dan pemeriksaan fisik untuk CI RS*
3. *Perlu diperbaharui mengenai konsep-konsep dalam asuhan keperawatan dan klinis supaya tidak ketinggalan dengan mahasiswa dan lebih percaya diri*
4. *Perlu penambahan keterampilan khusus mengenai cara membimbing dan menilai kinerja mahasiswa*
5. *Perlu untuk dilatih sebelum berperan sebagai pembimbing klinik, termasuk prosedur dan cara-cara menangani mahasiswa yang tidak mampu memenuhi target praktik.*
6. *Perlu peningkatan keterampilan untuk menangani mahasiswa yang bermasalah*
7. *Perlu peningkatan pengetahuan dan keterampilan mengelola praktik mahasiswa di unit kerja.*

Penyebaran, Penempatan dan Penitipan Mahasiswa

Mengingat kesibukan manajerial dan keterbatasan jumlah para pembimbing klinik di setiap unit RSUD atau Puskesmas, maka tidak semua mahasiswa dapat dibimbing secara terus menerus.

Ketidakhadiran para dosen pembimbing secara konstan juga menyebabkan para pembimbing klinik mencari jalan keluar agar pembimbingan klinik dapat terselenggara. Upaya-upaya yang dilakukan terbagi dalam upaya terstruktur dalam kontrol institusi dan upaya yang dilakukan langsung oleh para pembimbing klinik di unit masing-masing. Upaya ini sangat bervariasi dari suatu unit terhadap unit lainnya. Secara terstruktur RSUD mengatur ulang penempatan mahasiswa di unit-unit setelah mendapat kerangka acuan dan daftar praktik mahasiswa yang dikirim oleh Poltekkes. Apabila terjadi penumpukan mahasiswa, setiap unit di RSUD menempatkan mahasiswa dalam *shift* atau penempatan per kamar. Upaya yang dilakukan oleh para pembimbing klinik di setiap unit dalam bentuk penunjukan staf senior yang berpengalaman sekalipun tidak memenuhi kriteria pembimbing klinik. Di Puskesmas pembimbing klinik menitip mahasiswa kepada bidan pos persalinan desa (polindes). Sekalipun demikian, tampaknya pembagian peran antara dosen pembimbing dan para staf senior ini dilakukan dengan persiapan seadanya, seperti yang diungkapkan berikut ini; *"kami tidak / belum secara khusus mempersiapkan orang yang kami delegasikan. Mereka menerima penitipan dan melakukan pengawasan berdasarkan pengalaman pribadi tanpa persiapan khusus"*. Dalam situasi seperti itu, mereka menyepakati bahwa Pembimbing Klinik menangani laporan asuhan keperawatan sedangkan staf senior berperan langsung dalam pelaksanaan perasat-perasat.

Pada situasi yang hampir serupa, dikemukakan sebagai berikut; *"umumnya, pembimbingan dilakukan pada pagi hari yang ada CI, apabila mahasiswa dinas sore hari maka ditiptikan kepada ketua shift, ada ketua shift yang merangkap sebagai CI, tetapi ada yang tidak CI", atau "kalau tidak ada CI, mahasiswa ditiptikan di lahan, situasi ini memberatkan karena kami harus melayani pasien. Kalau ada aktivitas yang emergensi kami menomorduakan mahasiswa, ketika itu biasanya mahasiswa hanya mengamati saya. Situasi ini juga terjadi di Puskesmas seperti yang diungkapkan berikut ini. "kalau saya sedang kegiatan posyandu dan mahasiswa bersama saya, saya dapat memantau, kalau tidak saya titipkan kepada teman – yang bukan CI ...; kami titipkan mahasiswa pada bidan polindes apabila target tidak tercapai"*.

Pembagian Peran antara Dosen Pembimbing dan Pembimbing Klinik

Peran dan tanggung jawab Dosen Pembimbing dan Pembimbing Klinik tidak diatur secara rinci dalam nota kesepakatan (MoU) maupun kerangka acuan praktik. Sekalipun demikian, pembagian peran dibicarakan pada saat dimulai praktik. Umumnya Dosen Pembimbing hadir di tatanan klinik selama 1-2 hari selama periode praktik mahasiswa. Setiap kehadirannya berkisar antara 1-2 jam. Selama kehadirannya di tatanan klinik, Dosen Pembimbing mengambil peran sebagai *supervisor* terhadap kegiatan mahasiswa. Hal berikut ini yang dilakukan oleh para dosen pembimbing di unit praktik; memeriksa kelengkapan administratif seperti persensi, memantau tugas mahasiswa utamanya dalam hal pengambilan dan penugasan kasus sebagai tugas akhir pada periode praktik di suatu unit. Dosen Pembimbing melakukan aktivitas *bed-site teaching* tidak secara mandiri tetapi selalu dilakukan bersama pembimbing klinik di unit masing-masing. Untuk suatu aktivitas dan prosedur keperawatan / kebidanan yang akan dilakukan oleh mahasiswa, Dosen Pembimbing menyiapkan mahasiswa secara teknis tetapi ketika asuhan langsung diberikan kepada pasien, mahasiswa langsung berada dalam bimbingan Pembimbing Klinik. Pada saat itu dosen pembimbing mengamati dan atau melakukan asistensi kepada mahasiswa atau kepada Pembimbing Klinik. Hal ini dilakukan karena mereka merasa tidak terlalu kenal dengan situasi di lingkungan unit tempat praktik. Dosen pembimbing kebidanan lebih terlibat pembimbing pertolongan langsung dibandingkan dengan dosen pembimbing keperawatan. Kalimat-kalimat berikut merupakan cuplikan DKT;

- *"Di Puskesmas CT hanya 2x seminggu pada hari pertama dan terakhir, CT bisanya datang sebentar saja, tidak lebih dari 1-2 jam saja"*
- *"di Rumah sakit, CT keperawatan hadir 1-2 hari dalam seminggu selama 1-2 jam. Ada CT yang melakukan kontrak ada yang tidak dibuat kontrak untuk hari kunjungannya"*

- *“CT tidak langsung melakukan bed-site teaching tetapi kami (CI) ikut mengawasi mahasiswa bersama dosen karena mereka tidak faham tentang keterampilan dan situasi di unit. Kalau dulu dengan sistem magang kami berani lepas tetapi sekarang dosen datang hanya 2 hari saja maka kami tidak berani melepas mereka sendiri, perlu pengawasan”*
- *“kalau lab klinik antenatal kebidanan kami membagi peran antara CI dan CT terutama dalam hal pemantauan kehamilan, persalinan, Nifas dan KB. CT sembilan (9) kali memantau mahasiswa sedangkan CI 4 kali”*
- *“pembagian peran CT dan CI kebidanan di RS tidak ada karena dosen jarang datang kecuali pada saat ujian kasus”*
- *“selama seminggu di Puskesmas ada aturan, dua (2) kali seminggu, ini berkaitan dengan ketersediaan dana transportasi, kami memilih hari pertama dan hari terakhir”*
- *“seperti di RS, kami tidak mengerti dan seringkali ada gab antara pendidikan dan lahan praktik, sehingga kami hanya supervise”*
- *“kehadiran CT terbatas hingga tiga (3) kali minimal karena kesibukan, Porsi pendampingan diambil alih oleh CI apabila CT tidak ada”*

4. Target pencapaian dan Sikap Mahasiswa

Target Pencapaian di Lahan Praktik

Jumlah dan target pencapaian praktik pada Jurusan kebidanan dan keperawatan ditetapkan secara berbeda. Namun demikian, pengukuran pencapaian target praktik dilakukan mempergunakan metode yang hampir sama, yakni penilaian keterampilan prosedur berdasarkan buku daftar tilik, ujian kasus, serta penilaian pembuatan laporan.

Dalam DKT, partisipan Pembimbing Klinik menyatakan berbagai situasi yang menyebabkan mahasiswa tidak mampu mencapai target, seperti keterbatasan jumlah kasus dan program karena terjadi penumpukan mahasiswa, lama masa praktik, dan sistem rotasi dan penempatan mahasiswa. Berikut petikan dari DKT Dosen pembimbing Keperawatan; *“Lama hari praktik pendek tiga hari saja, hari pertama stress hari kedua bingung dan stress lagi karena harus membuat kasus, jadi praktis mahasiswa tidak dapat apa-apa”* atau Pembimbing Praktik Keperawatan dan Kebidanan di RSUD mengatakan, *“target tidak tercapai karena pada saat praktik mahasiswa katakan belum diajarkan sehingga terpaksa mengulang lagi”*. Ungkapan berbeda datang dari para partisipan Pembimbing Klinik di Puskesmas; *“banyak sekali target yang bisa dicapai di posyandu, tanggal 3-25 setiap bulan, tetapi sesudah tanggal 25 tidak ada kegiatan”*

Hal senada ditegaskan oleh beberapa partisipan DKT dosen pembimbing. Dosen pembimbing MK keperawatan komunitas melihat situasi ini ada kaitannya dengan perubahan jumlah dan sebaran SKS praktik pada kurikulum yang ada seperti diungkapkan berikut; *“praktik untuk kom-2 yang didisain berbarengan dengan aktivitas pembelajaran kelas, antara teori dan praktik sulit dalam aplikasi, sehingga mahasiswa bingung”*. Situasi ini menyebabkan mahasiswa melaksanakan praktik tanpa bekal teori yang akan mempengaruhi pencapaian target praktik.

Untuk mengatasi pencapaian target praktik mahasiswa, Poltekkes telah melakukan upaya-upaya terobosan seperti menambah dan memperluas lahan praktik. Ungkapan berikut mengindikasikan upaya-upaya yang telah dan yang akan dilakukan oleh Poltekkes; *“tahun ini kami menambah puskesmas di kota untuk praktik KMB, Anak dan maternitas.... mahasiswa dibawa keluar NTB (misalnya Denpasar) untuk mendapatkan pengalaman belajar di unit-unit tertentu.... mahasiswa juga ditempatkan di bidan praktik”*.

Beberapa ungkapan pembimbing klinik tentang penilaian dan pengukuran pencapaian target praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan:

- *"kalau mahasiswa tidak mencapai target, harus menjalani magang"*
- *"tidak semua target dapat tercapai, kadang ada yang tidak terpantau"*
- *"mahasiswa dapat saja membohongi tentang kasus karena tidak ada pemantauan"*

Sikap Mahasiswa

Hampir semua pembimbing klinik partisipan DKT mengutarakan kendala yang dihadapi mereka berkaitan dengan ketidaksiapan dan sikap mahasiswa. Sikap mahasiswa yang diidentifikasi antara lain, kurang serius menyelesaikan target, kurang inisiatif dan kreatifitas, tidak hadir praktik tanpa pemberitahuan, tidak serius dalam praktik. Sekalipun demikian mereka menyadari bahwa ada cukup banyak mahasiswa yang memiliki sikap baik dan pada umumnya mahasiswa ini memiliki kinerja yang baik dan cepat beradaptasi. Berikut ini ungkapan-ungkapan mereka mengenai sikap mahasiswa tersebut:

- *"Ada masalah mengenai mahasiswa, misalnya malas, jarang masuk, tidak disiplin, yang kami rasa sulit nanti pada saat nilai harus ada validasi kembali"*
- *"sebagai pembimbing saya bingung, sebenarnya mahasiswa yang ke puskesmas itu maunya apa, kadang cuma datang mendengarkan lagu dan SMS"*
- *"untuk hard skill mahasiwa ada, tetapi kurang dalam hal soft skill",*

Para pembimbing ini menganggap ada pergeseran sikap dan kedisiplinan mahasiswa sekarang apabila dibandingkan dengan pengalaman mereka sebelumnya. Mereka menyadari bahwa hal ini dapat terjadi karena; faktor mahasiswa (*"mahasiswa kurang aktif dan bebal"*), situasi dan sistem pembelajaran yang tidak mendukung (*"jumlah mahasiswa banyak dan dosen pembimbing tidak selalu hadir sehingga kurang kontrol"*), juga karena keterbatasan pembimbing klinik dalam teknik pembimbingan (*"kami tidak tahu teknik yang benar dalam pembimbingan"*).

Para Pembimbing Klinik juga telah berupaya semaksimal mungkin untuk mengatasi sikap mahasiswa yakni dengan cara memberi teguran dan menyampaikannya kepada Dosen Pembimbing. Mereka berharap ada perubahan pendekatan di institusi pendidikan sehingga mahasiswa ini kelak dapat menjadi petugas kesehatan profesional. Persiapan yang baik sebelum aktivitas praktik, kehadiran dosen pembimbing di lahan praktik, keberfungsian forum komunikasi antara Poltekkes dan Lahan praktik serta penambahan MK tertentu yang berkaitan dengan soft skill juga dianggap sebagai solusi untuk mengatasi masalah ini. Berikut ini petikan hasil DKT:

- *"Dosen pembimbing harus sering hadir"*
- *"perlu ditambahkan soft skill, sehingga mahasiswa lebih inisiatif dan kreatif"*
- *"Sebaiknya ada forum komunikasi untuk membahas permasalahan mahasiswa"*

Disisi lain, para dosen pembimbing juga menyadari ini dan menandakan bahwa banyak mahasiswa yang berperilaku sopan dan disiplin. Mereka menegaskan bahwa mahasiswa mengetahui tentang peraturan kedisiplinan yang ada di lingkungan Poltekkes.

Bagian V

Simpulan, Rekomendasi dan Tindak Lanjut Propinsi NTB

1. Rancangan dan Management Pembelajaran Klinik

Keberhasilan pembelajaran klinik sangat ditunjang oleh kemampuan institusi pendidikan dan institusi pelayanan kesehatan dalam merancang sistem pembelajaran klinik. Yang termasuk dalam proses merancang pembelajaran klinik ini adalah memastikan bahwa sebelum suatu insitusi / unit pelayanan kesehatan dipilih sebagai lahan praktik mahasiswa keperawatan / kebidanan paling tidak faktor-faktor berikut tersedia secara memadai;

- 1) dosen pembimbing,
- 2) kasus atau pasien,
- 3) pembimbing klinik, dan
- 4) peralatan dan fasilitas. Yang termasuk didalam komponen fasilitas adalah ketersediaan ruang dan sarana sebagai forum untuk membagi pengalaman dan strategi inovatif yang ada (Reilly & Oermann, 1992; Lowry, LW, 1998).

Hasil kajian di Poltekkes Mataram yang diperoleh melalui diskusi kelompok terfokus maupun observasi di laboratorium disimpulkan bahwa sistem pembelajaran klinik masih belum dirancang secara terstruktur dan sistematis. Hal ini dapat tergambar dari beberapa kondisi seperti, ketidakefektifan dan efisiensi alokasi waktu pembelajaran klinik baik di laboratorium maupun di tatanan klinik, keterbatasan ketersediaan sumber daya manusia (pembimbing klinik dan dosen pembimbing), rendahnya partisipasi dosen pembimbing dalam perancangan dan mentorship, belum optimalnya persiapan teknis untuk lingkungan pembelajaran, serta adanya hambatan dalam komunikasi dan koordinasi untuk operasional aktivitas pembelajaran klinik antara institusi pendidikan dan institusi pelayanan tempat praktik klinik dilakukan.

Setiap Jurusan Keperawatan dan Kebidanan mengaplikasi Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) sesuai pedoman yang dikeluarkan BPPSDMK masing-masing pada tahun 2002 untuk Kebidanan dan 2006 untuk Keperawatan (Lampiran 1a – Kurikulum 2002 dan Lampiran 1b - Kurikulum 2006). Poltekkes melakukan beberapa modifikasi sesuai kebutuhan pembelajaran antara lain dengan memperbesar komponen praktikum laboratorium dan praktik lapangan. Sekalipun demikian, tampaknya usaha-usaha tersebut belum dapat menyelesaikan kebutuhan pembelajaran klinik. Permasalahan kesenjangan rasio antara dosen pembimbing dan pembimbing klinik terhadap mahasiswa serta keterbatasan kapasitas dosen pembimbing dan pembimbing klinik, merupakan hambatan besar terhadap optimalisasi pembelajaran klinik bagi peserta didik.

Ketidaksiapan para dosen, terutama dosen junior dalam merancang pembelajaran klinik antara lain tergambar dalam kesulitan mereka memaknai kurikulum KBK yang ada. Kesulitan tersebut utamanya dalam hal pemaknaan satuan kredit ke dalam hitungan jam pembelajaran baik di dalam kelas, laboratorium maupun di tatanan klinik. Pengetahuan dan keterampilan dalam pemaknaan KBK ini penting dilakukan karena dengan berpartisipasi dalam perancangan memungkinkan bagi setiap staf dosen untuk terlibat dalam proses memonitor dan mengevaluasi sistem pembelajaran klinik.

Siklus pembelajaran klinik yang terstruktur memungkinkan bagi peserta didik untuk meningkatkan kompetensinya secara bergradasi dan optimal. Sebelum memasuki tatanan klinik mahasiswa harus disiapkan secara fisik dan mental serta dibekali dengan pencapaian target kompetensi. Di tatanan klinik mahasiswa harus berada di bawah bimbingan dosen pembimbing dan pembimbing klinik

secara simultan dan terus menerus. Peran pembimbing klinik dalam hal ini tidak saja sebagai mentor tetapi juga sebagai *role model* dalam pemberian asuhan. Ketidacukupun ketersediaan pembimbing klinik mempengaruhi kesempatan mereka berkontribusi terhadap pembentukan sikap dan peran profesional para peserta didik. Proses imitasi sikap dan peran profesional ini semakin berkurang apabila para pembimbing klinik dan juga dosen pembimbing memiliki keterbatasan keterampilan dan kompetensi klinis dan pembimbingan.

Kesiapan mahasiswa dalam praktik di tatanan klinik sangat ditunjang oleh kesiapan mereka dalam proses pembelajaran di laboratorium. Keterbatasan jam praktikum yang disebabkan oleh penambahan jumlah mahasiswa yang tidak diikuti dengan penambahan fasilitas laboratorium dan jumlah dosen pembimbing sehingga menurunkan kesempatan mahasiswa melakukan proses pembelajaran di laboratorium. Persyaratan uji kompetensi yang dipersyaratkan rumah sakit bagi mahasiswa sebelum praktik, selain sebagai standarisasi kesiapan mahasiswa juga pada skala tertentu dapat merupakan indikasi ketidakyakinan pihak pelayanan terhadap sistem dan proses pendidikan dan pembelajaran klinik yang ada.

Sistem komunikasi dan koordinasi yang baik antara institusi pendidikan dan pelayanan dalam konteks pendidikan klinik merupakan salah satu komponen penting dalam keberhasilan pembelajaran klinik. Sistem ini dapat tergambar dari nota kesepakatan bersama yang mencerminkan hak dan kewajiban bersama dalam proses pembelajaran klinik. Selain dari itu, sistem monitoring dan evaluasi yang dirancang dengan seksama dan komprehensif serta dikomunikasikan secara terstruktur kepada seluruh komponen yang terlibat dalam proses pembelajaran klinik akan berkontribusi kepada hasil akhir pembelajaran yang diharapkan. Sistem komunikasi, monitoring dan evaluasi pembelajaran mempengaruhi pencapaian target keterampilan dan kompetensi mahasiswa. Sistem ini juga dibangun dalam rangka adanya kepastian pembagian peran antara insitusi pendidikan dan institusi pelayanan serta pembagian peran antara dosen pembimbing dan pembimbing klinik di tatanan klinik.

Rekomendasi

Dukungan diberikan kepada Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes NTB dalam merancang dan mengelola sistem pembelajaran klinik. Komponen rancangan pengelolaan pembelajaran klinik yakni:

- a. Merancang dan mengelola praktik laboratorium
- b. Merancang dan mengelola praktik di tatanan klinik (rumah sakit dan Puskesmas)
- c. Mengevaluasi dan memperbaharui MoU
- d. Merancang sistem komunikasi dan koordinasi pembelajaran praktik, termasuk koordinasi dan komunikasi dengan Dinas Kesehatan
- e. Merancang evaluasi pembelajaran praktik

Dukungan ini dapat dilakukan melalui kegiatan *twinning* dengan proses sebagai berikut:

1. Studi banding oleh *'key persons'* dari Jurusan Keperawatan dan Kebidanan pada Institusi Pendidikan Tinggi Keperawatan dan Kebidanan terkemuka, STIK Sint Carolus
2. Pelatihan atau pendampingan kepada masing-masing Jurusan untuk meninjau ulang dan memperbaiki rancangan praktik pembelajaran klinik sesuai tuntutan SKS pada kurikulum yang berlaku.
3. Forum komunikasi antar institusi pendidikan dan institusi pelayanan diperkuat untuk proses perancangan, sosialisasi dan evaluasi pembelajaran klinik di Jurusan masing-masing
4. Dukungan finansial untuk menambah alat dan pelengkapan yang dibutuhkan di laboratorium, utamanya untuk Jurusan Keperawatan. Peralatan yang paling membutuhkan perhatian adalah yang berkenaan dengan Keperawatan Maternitas.

2. Dosen Pembimbing

Sistem Seleksi dan pembinaan dosen pembimbing memainkan peranan penting dalam memupuk kesiapan dan kompetensi dosen pembimbing dalam proses pembelajaran klinik. Oleh karena itu persiapan untuk para dosen pembimbing tidak hanya berfokus kepada peningkatan kompetensi klinik tetapi juga kemampuan dalam melaksanakan pembelajaran klinik. Yang termasuk dalam keterampilan pembelajaran klinik tersebut (White & Ewan 1997) yakni, 1) mengatasi mahasiswa yang kurang pengalaman pembelajaran klinik, 2) mengikutkan pasien dalam aktivitas pembelajaran, 3) kemampuan memberikan koreksi dan feedback, 4) mengaplikasi teori ke dalam praktik, 5) menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.

Dosen pembimbing berperan dalam mendidik mahasiswa di kelas, laboratorium dan di tatanan klinik. Di tatanan klinik, dosen pembimbing memainkan dua peran penting ketika melakukan pembelajaran klinik, yakni sebagai pendidik (*educator*) dan sebagai pelaku rawat (*carer*). Peran sebagai pelaku rawat memungkinkan dosen dalam mendampingi mahasiswa dalam mensintesa konsep teori dalam situasi nyata di tatanan klinik. Untuk dapat terus menerus mampu berperan sebagai perawat profesional, para dosen pembimbing perlu terus menerus diberikan kesempatan untuk meningkatkan kompetensi klinisnya. Hal lain yang juga menjadi perhatian adalah mempersiapkan dosen pembimbing dalam mengkaji dan mengevaluasi kemampuan dan kompetensi mahasiswa (White, R & Ewan, C, 1997).

Dari hasil kajian ini disimpulkan bahwa pada umumnya para dosen secara teknis belum sepenuhnya disiapkan untuk menjadi dosen pembimbing. Pengalaman dalam keterampilan klinis yang terbatas serta tidak ditunjang dengan pengkayaan keterampilan teknis klinis yang dilakukan secara sistematis dan terstruktur menempatkan para dosen pada situasi ketidaksiapan secara optimal dalam pembimbingan klinik. Kuantitas dosen pembimbing yang rendah yang tergambar dari rasio yang senjang antara dosen pembimbing dan mahasiswa berkontribusi kepada kualitas supervisi dalam pembelajaran klinik. Hart and Rotem (1994) dalam penelitiannya menggarisbawahi bahwa kualitas supervisi dan pengenalan yang baik pada unit tempat pembelajaran klinik oleh dosen pembimbing yang berperan sebagai supervisor akan sangat membantu mahasiswa mencapai kompetensi mereka. Pengenalan ini hanya dapat terjadi apabila para dosen pembimbing pernah magang dan terlibat dalam pembimbingan langsung di unit-unit tempat praktik terjadi.

Rekomendasi

Dukungan diberikan kepada para dosen pembimbing oleh Poltekkes melalui upaya peningkatan ketrampilan klinis, keterampilan membimbing dan manajemen pembimbingan klinik. Penguatan kapasitas dosen pembimbing dapat dilakukan dengan cara:

1. Menyiapkan dana tambahan bagi para dosen yang telah menyelesaikan program akademik pada pendidikan formal sehingga mereka mampu memperkaya keterampilan klinis selama satu tahun program profesi. Dukungan ini khusus diberikan kepada para dosen junior yang minim pengalaman klinis.
2. Memantapkan peran dan skil dosen pembimbing dengan cara pertukaran dosen pembimbing dari institusi pendidikan terkemuka.
3. Untuk program jangka panjang, merancang pelatihan training of trainers (TOT) bagi para dosen pembimbing dan pembimbing klinik.
4. Melakukan pelatihan secara berkesinambungan kepada para dosen pembimbing sesuai bidang yang diampunya. Penguatan komponen keterampilan klinis dosen pembimbing yakni"
 - a. Keterampilan mengkaji – pemeriksaan fisik paru dan jantung
 - b. Pertolongan persalinan normal, pemeriksaan ibu hamil
 - c. Penyederhanaan aplikasi asuhan keperawatan keluarga dan keperawatan komunitas dan aspek pendokumentasiannya
5. Menjembatani Poltekkes untuk berkomunikasi dan berkoordinasi dengan pengelola program-program di Dinas Kesehatan setempat untuk pertukaran informasi terkini kedua belah pihak.

3. Pembimbing Klinik

Pembimbing klinik memainkan peran marginal dalam pembelajaran klinik di lapangan. Beberapa peran pembimbing klinik (White, R & Ewan, C, 1997) adalah; 1) mengorientasikan dan mempersiapkan unit untuk menerima mahasiswa, 2) mengorientasikan mahasiswa kepada aktivitas yang akan dilakukan sesuai dengan target pencapaian dan kompetensinya, 3) memfasilitasi proses pembelajaran klinik agar kompetensinya berkembang, 4) menjadi role model dalam pemberian asuhan. Pembimbing klinik harus mampu menampilkan pelayanan dengan dasar filosofi yang baik dalam aspek klinis, moral dan etik untuk dicontoh oleh mahasiswa. Untuk mampu berperan secara optimal, pembimbing klinik perlu mengikuti serangkaian persiapan mendasar yang berkaitan dengan teknik pembimbingan klinik termasuk didalamnya adalah keterampilan mengevaluasi penampilan mahasiswa (Calman et al, 2002; White, R & Ewan, C, 1997). Persiapan-persiapan ini juga merupakan sarana bagi para pembimbing klinik memahami hak dan kewajiban mereka serta kejelasan pembagian peran antara mereka dengan para dosen pembimbing di tatanan klinik.

Hasil kajian ini menggarisbawahi beberapa hal penting yang berkenaan dengan pembimbing klinik, yakni proses persiapan teknis bagi para pembimbing klinis dalam aspek pembimbingan klinik masih belum optimal dan sistematis. Di beberapa tatanan klinik, karena keterbatasan sumber daya manusia, masih terdapat pembimbing klinik yang berada di bawah standar yang ditetapkan oleh BPPSDMK. Banyaknya praktikan yang datang dari berbagai insitusi pendidikan pada waktu bersamaan membawa dampak pada kesenjangan yang luas pada nisbah antara pembimbing praktik dengan mahasiswa. Pada situasi lain, terjadi pendelegasian tugas pembimbingan kepada staf yang bukan pembimbing klinik tanpa diawali dengan persiapan memadai. Jalan tengah yang diambil oleh para pembimbing klinik untuk secara personal melakukan pembimbingan kepada para mahasiswa berdasarkan pengalaman ketika menjadi mahasiswa atau dengan mengamati para senior terdahulu membawa dampak kepada ketidakseragaman pendekatan dan metode pembimbingan yang diterima oleh para mahasiswa.

Pembagian peran antar dosen pembimbing dan pembimbing klinik menjadi suatu kendala sendiri dalam proses pembelajaran klinik. Keterbatasan-keterbatasan dalam melaksanakan peran masing-masing sangat ditunjang oleh keterbatasan jumlah dosen pembimbing, keterbatasan kompetensi klinis dosen pembimbing, dan ketidakjelasan pembagian peran yang dipersepsikan oleh pembimbing klinik. Situasi ini pada akhirnya akan berdampak kepada pencapaian kompetensi dan penampilan mahasiswa.

Rekomendasi

Dukungan diberikan kepada para Pembimbing klinik oleh Poltekkes maupun oleh Dinas Kesehatan, melalui upaya peningkatan keterampilan pembimbingan klinis dan manajemen pembimbingan klinik. Juga, diperlukan fasilitas yang adekuat untuk menunjang peran dan tugas Pembimbing Klinik secara optimal, antara lain dengan penyediaan ruang pertemuan. Penguatan kapasitas Pembimbing Klinik dapat dilakukan dengan cara:

1. Memantapkan peran dan keterampilan Pembimbing Klinik melalui pelatihan dengan menitikberatkan pada evaluasi target pembelajaran klinik serta strategi pembinaan dan pembimbingan bagi mahasiswa dengan motivasi rendah.
2. Memantapkan peran dan keterampilan Kepala Ruang dalam pengelolaan unit yang dipergunakan sebagai lahan praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan
3. Melakukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan teknis secara berkesinambungan kepada para Pembimbing Klinik sesuai kebutuhan di unit kerjanya.
4. Memantapkan komitmen pimpinan rumah sakit tentang pentingnya dukungan bagi ketersediaan pembimbing klinik dan pentingnya penyelenggaraan pelatihan pembimbingan klinik.

4. Target Pencapaian dan Sikap Mahasiswa

Pencapaian target kompetensi dapat terjadi apabila mahasiswa cukup terpapar dalam pembelajaran klinis serta dibimbing secara optimal. Ketercukupan waktu terpapar ini sangat didukung dengan ketersediaan pasien / kasus. Ketersediaan pasien / kasus tidak dapat terpenuhi apabila terjadi penumpukan mahasiswa di unit tatanan klinik. Hal yang tidak kalah pentingnya dalam pembelajaran klinis adalah proses mengevaluasi penampilan dan kompetensi mahasiswa. Secara mendasar sasaran pembelajaran klinis terdiri dari tiga domain, yakni kognitif, afektif, dan psikomotor (White, R & Ewan, C, 1997).

Oleh karena evaluasi pembelajaran klinis sangat dipengaruhi oleh individu yang melakukan evaluasi, alat dan metode yang dipakai untuk mengevaluasi, maka sebagai prasyarat, dosen pembimbing dan pembimbing klinis haruslah dipersiapkan melalui suatu pelatihan (Calman et al, 2002). Metode dan alat evaluasi yang sama atau mirip dapat diterapkan untuk setiap domain sasaran pembelajaran klinis. Di antara domain kompetensi, domain sikap merupakan hal yang paling sulit dinilai. Situasi lingkungan pembelajaran dapat juga mempengaruhi proses dan hasil evaluasi pembelajaran klinis. Jumlah mahasiswa yang banyak akan menyebabkan mahasiswa kurang mendapat perhatian dari para pembimbing yang pada gilirannya menyulitkan dalam memonitor dan mengevaluasi pencapaian dan kompetensi mereka, termasuk mengevaluasi sikap mahasiswa. Mengevaluasi perilaku harus mempergunakan berbagai teknik agar mampu mendapatkan gambaran yang lebih utuh dan obyektif (Calman et al, 2002; Hart & Rotem, 1994; White, R & Ewan, C, 1997).

Hasil kajian ini memberikan gambaran secara kasar bahwa Poltekkes sudah berusaha merancang metode yang komprehensif untuk mengevaluasi pencapaian. Namun demikian, berbagai kendala dan keterbatasan yang dijumpai di lapangan seperti, minimnya jumlah kasus, lama masa praktik, penumpukan mahasiswa, sistem rotasi dan penempatan mahasiswa yang belum optimal yang terungkap mengindikasikan perlunya mengevaluasi kembali rancangan pembelajaran klinis sehingga lebih mampu menjawab kebutuhan kompetensi mahasiswa. Keluhan-keluhan mengenai sikap mahasiswa seperti kemalasan, kurang disiplin dan inisiatif serta berbagai sikap berkenaan dengan sopan santun merupakan komponen yang perlu digarap secara serius mengingat proses pembelajaran klinis tidak sekedar menuntun seseorang menjadi terampil secara teknis tetapi juga secara etik dan moral.

Rekomendasi

Dukungan diberikan kepada Poltekkes untuk penguatan kurikulum sesuai kebutuhan lokal dan penguatan pemantauan mutu pendidikan melalui:

1. Pengkayaan kurikulum muatan komponen soft skill
2. Meningkatkan kapasitas bidang Penjaminan Mutu (*Quality assurance*) di Poltekkes untuk memastikan adanya monitoring dan evaluasi sistem pembelajaran secara berkala dan berkesinambungan dan memastikan adanya lingkungan sistem pembelajaran yang kondusif bagi mahasiswa, termasuk menyiapkan role model di tatanan klinik.
3. Meningkatkan kapasitas dosen pembimbing dan pembimbing klinis dalam keterampilan mengevaluasi penampilan mahasiswa. Selain itu perlu dilakukan upaya terstruktur untuk memperbaiki alat dan metode evaluasi penampilan dan kompetensi mahasiswa dalam pembelajaran klinis.

5. Kegiatan Tindak Lanjut

Strategi tindak lanjut dari kajian ini akan dikembangkan oleh STIK Sint Carolus bekerja sama dengan Poltekkes, Dinkes dan GTZ/EPOS.

Daftar Pustaka

- Calman, H., et al (2002). Assessing Practice of Student Nurses: Methods, Preparation of Assessors and Students Views. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (5): 516-523
- Departemen Pendidikan Nasional RI (2004). *Strategi Pendidikan Tinggi Jangka Panjang 2003–2010: Mewujudkan Pendidikan Tinggi Berkualitas. Buku Pendukung HELTS 2003-2010*. Departemen Pendidikan Nasional RI, Dirjen Pendidikan Tinggi.
- Depkes, 2006. *Kurikulum Program Diploma III Keperawatan*. Jakarta: BPPSDMK Depkes RI
- Depkes, 2002. *Kurikulum Nasional Pendidikan Diploma III Kebidanan*. Jakarta: Depkes RI.
- Hart, G., & Rotem, A. (1994). The best and the worst: Students Experience of Clinical Educations. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 11 (3): 26-33
- Kerse L., Luan BM., Lawintono L. (2008). *Strengtening and Enhancement of the Quality of Government Health Care Services Provided by Nurses and Midwives: The Design and implementation of an Assessment of the Educational Systems in Nusa Tenggara Timur (NTT) and Nusa Tenggara Barat (NTB)*. Report prepared for GTZ, EPOS Health Consultant and AIPMNH. Jakarta.
- Lowry, L.W. (1998). *The Neuman System Model and Nursing Education: Teaching Strategies and Outcomes*. Indianapolis, Sigma Theta Tau International
- Stark, S., Fortune, F. (2003). Teaching Clinical Skills in Developing Countries: Are Clinical Skills Centres the Answer? *Education for Health*, Vol. 16, No. 3, November 2003, 298 – 306
- Reilly, D.E., & Oermann, M.H. (1992). *Clinical Teaching in Nursing Education*. New York: Publication Dev Co
- WHO (2001). Nursing and Midwifery for Health: Guidelines for Member States on the Implementation of the Strategy. *Programme World Health Organization Regional Office for Europe. Section 1-8*.
- White, R. & Ewan, C. (1991). *Clinical Teaching in Nursing*. Australia, Chapman and Hall

Daftar Undang-Undang dan Peraturan

- UU RI No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional
- Kepmendiknas No 232/U/2000 Tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa.
- KepmenKessos No 43 / Menkes-Kesos/SK/II/2001



Pengembangan Sumber Daya Manusia Sektor Kesehatan

**Penguatan dan Peningkatan Kualitas Pelayanan
Kesehatan Milik Pemerintah yang Diberikan oleh
Perawat dan Bidan**

**Desain dan Implementasi dari Suatu Kajian
Sistem Pembelajaran Klinik Pendidikan
Keperawatan dan Kebidanan di Propinsi
Nusa Tenggara Barat (NTT)**

Oleh

**Bernadethe Marheni Luan, Adeline Lebuan, Sri Indiyah,
Dewi Prabawati, Stefanus Andang Ides**

**Laporan Akhir yang disiapkan untuk Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, EPOS Health
Management**

April 2009

EPOS
Health Management



Daftar Isi

Daftar Isi	i
Daftar Lampiran	ii
Daftar Singkatan	iii
Ringkasan Eksekutif	1
Bagian I. Latar Belakang	5
1. Alasan Dilakukan Kajian	5
2. Tujuan Kajian	5
Bagian II. Tinjauan Pustaka	6
1. Pembelajaran Klinik D-III Keperawatan dan Kebidanan di Indonesia	6
2. Kerjasama dan Kemitraan untuk Penguatan Kapasitas Pendidikan Kesehatan di Indonesia	8
3. Kerangka Konsep Kajian	8
Bagian III. Metodologi	9
1. Tujuan dan Desain Kajian	9
2. Kegiatan Pengumpulan Data di NTT	11
3. Keterbatasan Metodologi	11
Bagian IV. Ringkasan Laporan Kajian dan Temuan Sesuai Kerangka Acuan Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT)	12
1. Rancangan Pembelajaran Klinik	12
2. Dosen Pembimbing	17
3. Pembimbing Klinik	19
4. Target Pencapaian dan Sikap Mahasiswa	23
Bagian V. Simpulan, Rekomendasi dan Tindak Lanjut Propinsi NTT	25
1. Rancangan dan Management Pembelajaran Klinik	25
2. Dosen Pembimbing	26
3. Pembimbing Klinik	26
4. Target Pencapaian dan Sikap Mahasiswa	29
5. Kegiatan Tindak Lanjut	29
Daftar Pustaka	30

Daftar Lampiran

- Lampiran 1a: Kurikulum Diploma III Kebidanan 2002
- Lampiran 1b: Kurikulum Diploma III Keperawatan 2006
- Lampiran 2 : Notulensi Diskusi Peneliti dan GTZ/EPOS

Daftar Singkatan

Akta III	: Akta Mengajar Level 3
APN	: Asuhan Persalinan Normal (Normal Delivery Care)
AIPMNH	: Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neo-natal Health (Kerjasama Kemitraan Pemerintah Australia Indonesia untuk Kesehatan Neonatal)
Askeb	: Asuhan kebidanan (Midwifery care)
Askep	: Asuhan keperawatan (Nursing Care)
AusAID	: Australian Overseas AID Programme (Program Bantuan Luar Negeri Australia)
BPPSDMK	: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (Board of Development and Empowerment of Health Human Resources)
BTCLS	: Basic Trauma Cardio Life Support (Bantuan Hidup Dasar Trauma Jantung)
CI	: Clinical Instructor (Pembimbing Klinik)
CT	: Clinical Teacher (Dosen Pembimbing)
CTG	: Cardiotopography (Kardiotopografi)
Dinkes	: Dinas Kesehatan (Health Office)
DepDiknas	: Departement Pendidikan Nasional (Ministry of National Education)
DKT	: Diskusi Kelompok Terfokus (Focus Group Discussion)
D-I	: Diploma I (a year course)
D-III	: Diploma III (a three year course)
D-IV	: Diploma IV (a four year course)
EPOS	: International Health consultants contracted by GTZ (Konsultan Internasional yang Dikontrak oleh GTZ)
FGD	: Focus Group Discussion
GTZ	: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit / German Technical Cooperation (Kerjasama Teknikal Pemerintah Jerman)
IMCI	: Integrated Management of Childhood Illness (Manajemen Terpadu Balita Sakit)
INOK	: Infeksi Nosokomial (Nosocomial Infections)
KBK	: Kurikulum Berbasis Kompetensi (Competency-based Curriculum)
KDM	: Kebutuhan Dasar Manusia (Basic Human Needs)
KDPK	: Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan (Basic Skill of Midwifery Practice)
KMB	: Keperawatan Medikal Bedah (Medical Surgical Nursing)
LP	: Laporan Pendahuluan (Preliminary Report)
MK	: Mata Kuliah (Course Subject)
MoU	: Memorandum of Understanding (Nota Kesepakatan)
MOE/MONE	: Ministry of National Education (Departemen Pendidikan)
MOH	: Ministry of Health (Departemen Kesehatan)
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit (Integrated Management of Childhood Illness)
NTB	: Nusa Tenggara Barat (Western Southeast Islands Province)
NTT	: Nusa Tenggara Timur (Eastern Southeast Island Province)
PHO	: Provincial Health Office (Kantor Dinas Kesehatan Propinsi)
PKK	: Praktik Klinik Keperawatan

POLTEKKES	: Politeknik Kesehatan Departemen Kesehatan (Government Health Technical College)
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu (Integrated Health Post)
PTT	: Pegawai Tidak Tetap (Temporary Government Employee)
PBL	: Pengalaman Belajar Lapangan (Community Related Learning)
PF	: Pemeriksaan Fisik (Physical Assessment)
PUSDINAKES	: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (Centre for Health Workforce Education)
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat (Public Health Care Centres)
Pustu	: Puskesmas Pembantu (Branch of Public Health Center at the Village Level)
RSU / RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah (Local Government Hospital)
S-1	: Strata – 1 (Bachelor Level of Education)
S-2	: Strata – 2 (Masteral level of Education)
SK	: Surat Keputusan (Letter of Appointment or Decree)
SKS	: Sistem Kredit Semester (Credit unit system)
SPK	: Sekolah Perawat Kesehatan (a three year of high school level nursing school)
STIK/STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (School of Health Sciences)
TOR	: Term of Reference (Kerangka Acuan)
TOT	: Training of Trainers (Pelatihan bagi Pelatih)
WHO	: World Health Organization

Ringkasan Eksekutif

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Sint Carolus dikontrak oleh GTZ/EPOS untuk mendisain dan mengimplementasikan suatu kajian tentang sistem pembimbingan klinik pendidikan untuk perawat dan bidan di Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Nusa Tenggara Barat (NTB).

Hasil kajian ini dipergunakan sebagai dasar untuk perencanaan dan implementasi strategis yang akan dilakukan bersama pemerintah Indonesia.

Judul, alasan dan tujuan kajian disepakati sebagai berikut:

Judul

Kajian untuk Menemukan Strategi Memperkuat sistem Pembelajaran Klinik di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes NTT dan NTB

Alasan

Kajian sistem pendidikan keperawatan dan kebidanan di Poltekkes di Propinsi NTT dan NTB telah dilakukan pada tahun 2008, didanai oleh GTZ, EPOS HRD dan AIPMNH. Kajian ini dilakukan melalui serangkaian konsultasi dengan Dinas Kesehatan Propinsi, Poltekkes dan juga Pusdiknakes. Kajian dilaksanakan oleh STIK St. Carolus yang didukung oleh seorang konsultan internasional. Hasil kajian telah dipresentasikan secara luas di hadapan para Pemangku Kepentingan dan Pengambil Keputusan di tingkat propinsi dan pusat.

Hasil kajian mengungkapkan berbagai masalah yang berhubungan dengan manajemen pendidikan, kurangnya pengalaman klinik para dosen pembimbing dan ketidakmampuan mengadaptasi kurikulum nasional ke dalam situasi kesehatan di NTT dan NTB. Namun, penemuan terutama adalah yang berhubungan dengan pembelajaran/pembimbingan klinik dan pengalaman klinik mahasiswa selama pendidikan yang ditunjang oleh rendahnya pembelajaran di laboratorium klinik dan ketidakcukupan pembelajaran dan pembimbingan di tatanan klinik. Juga, ditemukan ketidakcukupan proses pembelajaran di tatanan pelayanan kesehatan masyarakat dan komunitas.

Menyadari keseriusan isu ini, maka disepakati untuk dilaksanakan suatu kajian khusus untuk secara dalam menggali mengenai sistem pembelajaran klinik di kedua Poltekkes. Permintaan pelaksanaan kajian yang sama telah diungkapkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi di kedua propinsi tersebut. Hasil kajian ini akan melengkapi hasil kajian sebelumnya yang akan dipergunakan sebagai masukan dalam mendisain prioritas aktivitas yang dikemas dalam program "twinning" antara Poltekkes dengan STIK St. Carolus, salah satu Institusi Pendidikan Kesehatan terkemuka di Indonesia.

Tujuan

Kajian ini dilaksanakan dengan tujuan untuk mengidentifikasi sistem pembelajaran klinik di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes di Propinsi NTT. Secara khusus kajian ini dilaksanakan untuk:

- Mengidentifikasi tata cara seleksi, penempatan dan pengembangan dosen pembimbing dan pembimbing klinik
- Melakukan penelusuran secara detail mengenai pelaksanaan kurikulum pembelajaran klinik termasuk pembelajaran laboratorium klinik, penempatan dan supervisi klinik di tatanan pelayanan rumah sakit dan puskesmas tempat praktik klinik.
- Mengidentifikasi keadaan peralatan pembelajaran klinik di Laboratorium Poltekkes dan menghubungkannya dengan peralatan yang dipergunakan di tatanan pelayanan rumah sakit dan puskesmas tempat praktik klinik.
- Mengidentifikasi cara-cara agar tindak lanjut yang diprioritaskan dapat dilaksanakan melalui aktivitas 'twinning'.

Kajian yang memusatkan pada pengumpulan informasi yang sesuai dan sah untuk menjawab tujuan yang ditentukan disetujui oleh GTZ/EPOS dan AIPMNH. Rekomendasi disusun berdasarkan hasil pengumpulan dan analisis data berdasarkan situasi terkini.

Dengan rekomendasi ini memungkinkan GTZ/EPOS dan STIK Sint Carolus menyusun rencana aktivitas twining dengan pilihan-pilihan yang dapat dicapai untuk meningkatkan kapasitas Poltekkes sebagai insitusi pendidikan keperawatan dan kebidanan.

Pengumpulan data dilaksanakan melalui:

- Diskusi kelompok terfokus (DKT) dilakukan kepada para Dosen Pembimbing, Pembimbing klinik, Pengelola pembelajaran praktik dan penempatan praktik mahasiswa.
- Kunjungan observasi dilaksanakan di laboratorium Poltekkes, Rumah Sakit dan Puskesmas Pemerintah untuk menghimpun detail penting tentang komponen pembimbingan klinik.

Dari hasil analisis teridentifikasi isu-isu utama mengenai pembelajaran klinik yang berkaitan dengan persiapan pembelajaran klinik dan aktivitas pembelajaran klinik di seting laboratorium maupun di tatanan klinik.

Juga, dari temuan menunjukkan bahwa sikap mahasiswa sebagai salah satu komponen kompetensi mendapat perhatian semua pihak, utamanya dari para pembimbing klinik.

Berikut ini rekomendasi untuk semua aspek yang menjadi perhatian pada kajian ini.

Rekomendasi untuk meningkatkan sistem pembelajaran klinik

1. Perancangan Sistem Pembelajaran Klinik

Dukungan diberikan kepada Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes NTT dalam merancang dan mengelola sistem pembelajaran klinik. Dukungan ini dapat dilakukan melalui kegiatan twinning dengan proses sebagai berikut:

1. Studi banding oleh *'key persons'* dari Jurusan kebidanan dan keperawatan ke Institusi Pendidikan Tinggi Keperawatan dan Kebidanan terkemuka, STIK Sint Carolus
2. Pelatihan atau pendampingan kepada jurusan masing-masing untuk mengevaluasi sistem yang ada dan memperbaiki rancangan praktik pembelajaran klinik sesuai tuntutan SKS pada kurikulum yang berlaku.

Komponen rancangan pengelolaan pembelajaran klinik yakni:

- a. Merancang dan mengelola praktik laboratorium
 - b. Merancang dan mengelola praktik di tatanan klinik (rumah sakit dan Puskesmas)
 - c. Mengevaluasi dan memperbaharui MoU
 - d. Merancang sistem komunikasi dan koordinasi pembelajaran praktik, termasuk koordinasi dan komunikasi dengan Dinas Kesehatan
 - e. Merancang evaluasi pembelajaran praktik
3. Forum komunikasi diperkuat untuk proses perancangan dan evaluasi pembelajaran klinik di Jurusan masing-masing
 4. Dukungan finansial untuk menambah alat dan perlengkapan yang dibutuhkan di laboratorium, utamanya untuk Jurusan Keperawatan. Peralatan yang paling membutuhkan perhatian adalah yang berkenaan dengan Keperawatan Maternitas.

2. Kapasitas Dosen Pembimbing

Dukungan diberikan kepada para dosen pembimbing oleh Poltekkes melalui upaya peningkatan ketrampilan klinis, keterampilan membimbing dan manajemen pembimbingan klinik. Penguatan kapasitas dosen pembimbing dapat dilakukan dengan cara:

1. Menyiapkan dana tambahan bagi para dosen yang telah menyelesaikan program akademik pada pendidikan formal sehingga mereka mampu memperkaya keterampilan klinis selama satu tahun program profesi. Dukungan ini khusus diberikan kepada para dosen junior yang minim pengalaman klinis.
2. Memantapkan peran dan skil dosen pembimbing dengan cara pertukaran dosen pembimbing dari institusi pendidikan terkemuka.
3. Untuk program jangka panjang, merancang pelatihan TOT bagi para dosen pembimbing dan pembimbing klinik.
4. Melakukan pelatihan secara berkesinambungan kepada para dosen pembimbing sesuai bidang yang diampunya. Penguatan komponen keterampilan klinis dosen pembimbing yakni:
 - a. Keterampilan mengkaji terutama yang berkenaan dengan pemeriksaan fisik paru dan jantung
 - b. Pertolongan persalinan normal, pemeriksaan ibu hamil dan *Cardiotopography* (CTG)
 - c. Aplikasi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada kasus nyata di lapangan
 - d. *Basic Trauma Cardio Life Support* (BTCLS)
 - e. Komunikasi lintas sektoral dan pengorganisasian masyarakat dalam peran perawat komunitas
5. Menjembatani Poltekkes untuk berkomunikasi dan berkoordinasi dengan pengelola program-program di Dinas Kesehatan setempat untuk pertukaran informasi terkini kedua belah pihak.

3. Kapasitas Pembimbing Klinik

Dukungan diberikan kepada para Pembimbing klinik oleh Poltekkes maupun oleh Dinas Kesehatan, melalui upaya peningkatan keterampilan pembimbingan klinis dan manajemen pembimbingan klinik. Juga, diperlukan fasilitas yang adekuat untuk menunjang peran dan tugas Pembimbing Klinik secara optimal, antara lain dengan penyediaan ruang pertemuan. Penguatan kapasitas Pembimbing Klinik dapat dilakukan dengan cara:

1. Memantapkan peran dan keterampilan Pembimbing Klinik melalui pelatihan dengan menitikberatkan pada evaluasi target pembelajaran klinik serta strategi pembinaan dan pembimbingan bagi mahasiswa dengan motivasi rendah.
2. Memantapkan peran dan keterampilan Kepala Ruang dalam pengelolaan unit yang dipergunakan sebagai lahan praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan
3. Melakukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan teknis secara berkesinambungan kepada para Pembimbing Klinik sesuai kebutuhan di unit kerjanya.

4. Penilaian Target Pencapaian dan Sikap Mahasiswa

Dukungan diberikan kepada Poltekkes untuk penguatan kurikulum sesuai kebutuhan lokal dan penguatan pemantauan mutu pendidikan melalui:

1. Pengayaan kurikulum dengan muatan komponen yang dapat mengembangkan keprobadian mahasiswa (*soft skill*)
2. Meningkatkan kapasitas bidang Penjaminan Mutu (*Quality insurance*) di Poltekkes untuk memastikan adanya monitoring dan evaluasi sistem pembelajaran secara berkala dan berkesinambungan dan memastikan adanya lingkungan sistem pembelajaran yang kondusif bagi mahasiswa, termasuk menyiapkan role model di tatanan klinik.
3. Meningkatkan kapasitas dosen pembimbing dan pembimbing klinik dalam keterampilan mengevaluasi penampilan mahasiswa. Selain itu perlu dilakukan upaya terstruktur untuk memperbaiki alat dan metode evaluasi penampilan dan kompetensi mahasiswa dalam pembelajaran klinik.

Presentasi Temuan

Hasil temuan telah didiskusikan dengan Team GTZ/EPOS dalam bulan April 2009 (Lampiran No. 2 – notulensi rapat)

Kegiatan Tindak Lanjut

Strategi tindak lanjut dari kajian ini akan dikembangkan oleh STIK Sint Carolus bekerja sama dengan Poltekkes, Dinkes dan GTZ/EPOS.

Bagian I

Latar Belakang

1. Alasan Dilakukan Kajian

Kajian sistem pendidikan keperawatan dan kebidanan di Poltekkes di Propinsi NTT dan NTB telah dilakukan pada tahun 2008, didanai oleh GTZ, EPOS HRD dan AIPMNH. Kajian ini dilakukan melalui serangkaian konsultasi dengan Dinas Kesehatan Propinsi, Poltekkes dan juga Pusdiknakes. Kajian dilaksanakan oleh STIK St. Carolus yang didukung oleh seorang konsultan internasional. Hasil kajian telah dipresentasikan secara luas di hadapan para Pemangku Kepentingan dan Pengambil Keputusan di tingkat propinsi dan pusat.

Hasil kajian mengungkapkan berbagai masalah yang berhubungan dengan manajemen pendidikan, kurangnya pengalaman klinik para dosen pembimbing dan ketidakmampuan mengadaptasi kurikulum nasional ke dalam situasi kesehatan di NTT dan NTB. Namun, temuan terutama adalah yang berhubungan dengan pembelajaran/pembimbingan klinik dan pengalaman klinik mahasiswa selama pendidikan yang dipengaruhi oleh rendahnya pembelajaran di laboratorium klinik dan ketidakcukupan pembelajaran dan pembimbingan di tatanan klinik. Juga, ditemukan ketidakcukupan proses pembelajaran di tatanan pelayanan kesehatan masyarakat dan komunitas.

Menyadari keseriusan isu ini, maka disepakati untuk melaksanakan suatu kajian khusus yang secara mendalam menggali mengenai sistem pembelajaran klinik di kedua Poltekkes. Permintaan untuk melaksanakan kajian yang sama telah diungkapkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi di kedua propinsi tersebut. Hasil kajian ini akan melengkapi hasil kajian sebelumnya dan akan dipergunakan sebagai masukan dalam mendesain prioritas aktivitas yang dikemas dalam program "twinning" antara Poltekkes dengan STIK St. Carolus, salah satu Institusi Pendidikan Kesehatan terkemuka di Indonesia.

2. Tujuan Kajian

Kajian ini dilaksanakan dengan tujuan untuk mengidentifikasi sistem pembelajaran klinik di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes di Propinsi NTT. Secara khusus kajian ini dilaksanakan untuk:

- Mengidentifikasi tata cara seleksi, penempatan dan pengembangan dosen pembimbing dan pembimbing klinik
- Melakukan penelusuran secara detail mengenai pelaksanaan kurikulum pembelajaran klinik termasuk pembelajaran laboratorium klinik, penempatan dan supervisi klinik di tatanan pelayanan rumah sakit dan puskesmas tempat praktik klinik.
- Mengidentifikasi keadaan peralatan pembelajaran klinik di Laboratorium Poltekkes dan keterkaitannya dengan peralatan yang dipergunakan di tatanan pelayanan rumah sakit dan puskesmas tempat praktik klinik.
- Mengidentifikasi cara-cara agar tindak lanjut yang diprioritaskan untuk dilaksanakan melalui aktivitas 'twinning'.

Bagian II

Tinjauan Pustaka

1. Pembelajaran Klinik D-III Keperawatan dan Kebidanan di Indonesia

Pengalaman pembelajaran klinik merupakan bentuk pengalaman belajar dimana peserta didik berkesempatan melatih diri untuk melaksanakan praktik keperawatan professional di tatanan nyata pelayanan kesehatan yang memiliki praktik keperawatan klinik. Pengalaman ini bertujuan untuk memampukan peserta didik untuk terampil dalam penerapan pengetahuan (kognitif) kedalam suatu sikap (afeksi) dan tindakan (psikomotor) sehingga mampu memberikan asuhan berkualitas yang berfokus kepada klien (White & Ewan 1997).

Mengacu kepada UU RI No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, maka pendidikan Diploma tiga (D-III) dalam tatanan pendidikan tinggi digolongkan sebagai pendidikan vokasi untuk mempersiapkan peserta didik agar memiliki pekerjaan dengan keahlian terapan tertentu. Program Diploma III diarahkan untuk menghasilkan lulusan yang menguasai kemampuan dalam bidang kerja yang bersifat rutin maupun yang belum akrab dengan sifat-sifat maupun kontekstualnya, secara mandiri dalam pelaksanaan maupun tanggungjawab pekerjaannya, serta mampu melaksanakan pengawasan dan bimbingan atas dasar keterampilan manajerial yang dimilikinya (KepmenDiknas No 232/U/2000). Untuk itu kurikulum program studi D-III Keperawatan dan Kebidanan diarahkan kepada pencapaian keterampilan khusus di bidang keperawatan / kebidanan yang tergambar dalam proporsi dan sebaran Satuan Kredit Semester (SKS) teori, praktikum dan praktik klinik (Tabel 1 dan Tabel 2) Pengalaman belajar praktikum merupakan pengalaman belajar prasyarat sebelum pengalaman belajar klinik

Tabel 1.
Proporsi SKS Kurikulum (Inti) Program D-III Keperawatan

	Jumlah SKS Kurikulum Inti	% Kurikulum Inti
Teori	42	43,75
Praktikum	36	37,50
Klinik	18	18,75
Total	96	100,00

Sumber: Depkes, 2006

Tabel 2.
Proporsi SKS Kurikulum Program D-III Kebidanan (Total)

	Jumlah SKS Kurikulum Inti	% Kurikulum Inti
Teori	46	45,46
Praktikum	38	38,18
Klinik	16	16,36
Total	110	100,00

Sumber: Depkes, 2002

Beban studi program D-III sekurang-kurangnya 110 SKS dan sebanyak-banyaknya 120 SKS yang dijadwalkan dalam 6 semester dan dapat ditempuh hingga 10 semester. SKS yang merupakan takaran penghargaan terhadap pengalaman belajar yang diperoleh selama satu semester melalui kegiatan terjadwal. Penjadwalan per minggu dihitung berdasarkan ekuivalen dari 1 jam perkuliahan, 2 jam praktikum, atau 4 jam kerja lapangan (praktik klinik). Masing-masing jam tersebut diikuti dengan sekitar 1-2 jam kegiatan terstruktur dan kegiatan mandiri (KepmenDiknas No 232/U/2000).

Keahlian terapan keperawatan dan kebidanan dicapai melalui pembelajaran klinik di tatanan nyata. Lahan praktik yang dipergunakan untuk mendukung pencapaian kompetensi mahasiswa Diploma III Keperawatan ditetapkan berdasarkan kriteria, yakni tersedia kasus yang mendukung pembelajaran, serta memiliki pembimbing klinik yang memenuhi kriteria.

Komponen penting pada setiap kegiatan pembelajaran klinik di tatanan nyata adalah ketersediaan dan ketercukupan pembimbingan klinik. Rasio dosen terhadap mahasiswa menurut adalah 1 : 7-12 mahasiswa (KepMenkesSos No.43/Menkes-Kesos/SK/1/2001). Hal ini dibutuhkan karena peran pembimbing klinik merupakan kekuatan vital dalam memberikan teladan pembelajaran di tatanan klinik. Selain peran role model, pembimbing klinik juga berperan membantu (*supportive*) memfokuskan tindakan keperawatan sesuai dengan yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan praktik yang diharapkan. Untuk tujuan itu, maka pembimbing klinik lainnya adalah tenaga pendidikan yang berasal dari lahan praktik (White & Ewan, 1997; Depkes 2006). Kriteria pembimbing klinik bagi D-III keperawatan yang ditetapkan oleh Depkes adalah:

- a. Pendidikan minimal D III Keperawatan
- b. Memiliki sertifikat atau Akta III/IV
- c. Pengalaman bekerja sesuai dengan bidangnya minimal 3 tahun

Berdasarkan kurikulum, mahasiswa D-III Keperawatan dan Kebidanan mulai memperoleh pengalaman belajar praktikum bidang keperawatan / kebidanan di laboratorium sejak semester I. Pengalaman belajar di tatanan pelayanan kesehatan mulai diperkenalkan sejak semester III atau Semester IV. Panjangnya waktu praktik di laboratorium atau tatanan praktik bergantung kepada jumlah SKS yang ditetapkan sesuai mata kuliah masing-masing.

Lahan praktik yang dipergunakan untuk mendukung pengalaman belajar klinik mahasiswa D-III Keperawatan meliputi RSU Kelas A, B dan C dan rumah sakit khusus, Puskesmas, sekolah, industri, panti asuhan dan sasana tresna wreda. Sedangkan, pengalaman pembelajaran mahasiswa D-III kebidanan terjadi selain di tatanan Rumah sakit dan Puskesmas/Pustu, juga dilaksanakan di Rumah/Klinik Bersalin. Pengalaman belajar langsung di komunitas didisain untuk mahasiswa tahun terakhir.

White & Ewan (1997) menekankan bahwa siklus pembelajaran klinik selalu dimulai dengan pembelajaran teori dilanjutkan dengan pembelajaran laboratorium kelas sebelum memasuki tatanan klinik. Sebelum memasuki tatanan klinik mahasiswa disiapkan secara fisik dan mental serta dibekali dengan pencapaian target praktik. Di tatanan klinik, peserta didik menjalankan pengalaman klinik dibawah bimbingan dosen pembimbing dan pembimbing klinik. Setelah proses pembelajaran maka dilakukan aktivitas (*post-conference*) untuk mengkaji pencapaian target dan mendiskusikan kendala-kendala yang dihadapi selama praktik klinik. Pada fase akhir dari periode bimbingan dilakukan evaluasi proses pembelajaran untuk mengkaji proses dan pola pembimbingan

Strategi pendidikan dan pembelajaran memperhatikan prinsip pendidikan orang dewasa. Dalam pada itu, adalah suatu norma bahwa peserta didik secara aktif berpartisipasi dalam bimbingan dosen pembimbing dan mentor (pembimbing klinik). Proses pembelajaran yang berpusat kepada peserta didik (*self-directed*) memungkinkan mereka untuk terus menerus mencari dan memaksimalkannya di setiap kesempatan. Peran dosen pembimbing tidak saja penting di insitusi pendidikan tetapi juga di tatanan pelayanan. Di tatanan klinik, proses pembelajaran berada dalam area kerja dosen pembimbing

dan pembimbing klinis. Proses pembimbingan pada awalnya dimulai dengan memperhatikan dan melakukan tindakan yang kurang kompleks menuju kearah yang lebih kompleks. Oleh karena itu, panjangnya program harus cukup bagi peserta didik untuk mencapai kompetensi dengan minimum waktu praktik di tatanan klinik sebesar 50% dari total satuan waktu yang ada. (WHO, 2001; Stark & Fortune, 2003).

2. Kerjasama dan Kemitraan untuk Penguatan Kapasitas Pendidikan Kesehatan di Indonesia

Secara nasional, pemerintah Indonesia telah memberikan kesempatan kepada institusi pendidikan tinggi di Indonesia untuk melakukan upaya-upaya penguatan kapasitas melalui *twinning* atau *benchmarking*. Hal ini dilakukan mengingat melalui *twinning* / *benchmarking* kedua institusi dapat menjalin kerja sama yang saling menguntungkan yang didasari kepada sumber daya masing-masing. Apabila diperlukan pendampingan dan dukungan teknis dapat diberikan oleh pihak ketiga. Kerja sama dapat meliputi bidang akademik maupun non-akademik yang diarahkan pada penggalian potensi bersama atau peningkatan efisiensi untuk pengembangan program bersama yang unggul. Bentuk kerjasama antar perguruan tinggi yang saling menguntungkan dengan pihak lain dapat dilakukan dalam konteks pembinaan oleh pihak yang lebih mapan terhadap pihak yang memerlukannya. Salah satu bentuk kerjasama akademik yang sering dilakukan yakni program peningkatan kualitas SDM berupa pengembangan model pendidikan berkelanjutan (*continuing education*) (Depdiknas, 2004).

3. Kerangka Konsep Kajian

Kerangka konsep penelitian tergambar dalam bagan berikut ini, yang menjelaskan keterkaitan antar komponen-komponen pada sistem pembelajaran klinik. Kerangka ini dipergunakan sebagai dasar dalam menyusun desain kajian ini.

Bagan 1- Kerangka Konsep Penelitian



Bagian III

Metodologi

1. Disain Kajian

Kajian ini menggunakan pendekatan kualitatif terhadap sistem pembelajaran klinik pada Jurusan D-III Keperawatan dan Kebidanan Program di Poltekkes Kupang (NTT) dan Mataram (NTB). Unit analisis kajian ini adalah Poltekkes dan fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit umum daerah dan puskesmas) tempat kegiatan praktik klinik mahasiswa keperawatan dan kebidanan dari Poltekkes. Kerangka konsep dan metodologi yang dipergunakan telah dikomunikasikan kepada pimpinan Poltekkes di Kupang dan Mataram sebelum dilakukan kajian ini.

Metode pengumpulan data yang dipergunakan pada kajian ini adalah diskusi kelompok terfokus (DKT) dan kunjungan observasi yang diuraikan sebagai berikut:

1. Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) dengan Dosen Pembimbing, Pembimbing klinik, dan Pengelola pembelajaran praktik dan penempatan praktik mahasiswa termasuk yang bertanggung jawab untuk Nota Kesepakatan (MoU) penyelenggaraan praktik klinik (kelompok pengelola). Sampel partisipan DKT dipilih secara purposive untuk mewakili ketiga kelompok tersebut. DKT dilaksanakan sebanyak sembilan (9) kali pada kelompok homogen dengan jumlah 5-12 partisipan pada setiap DKT. Seperangkat pertanyaan terbuka dipakai sebagai panduan aktivitas DKT. Kesembilan kelompok tersebut adalah:
 - Dua (2) kelompok dosen pembimbing (CT) Keperawatan dan Kebidanan dengan mata kuliah yang berfokus kepada praktik di rumah sakit
 - Dua (2) kelompok dosen pembimbing (CT) Keperawatan dan Kebidanan dengan mata kuliah yang berfokus kepada praktik di puskesmas
 - Dua (2) kelompok pembimbing klinik (CI) keperawatan dan kebidanan di Rumah sakit
 - Dua (2) kelompok pembimbing klinik (CI) keperawatan dan kebidanan di Puskesmas
 - Satu (1) kelompok pengelola pembelajaran dan penempatan praktik klinik yang merupakan 'key persons' dari bidang akademik Poltekkes dan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan, Kepala Bidang Keperawatan RS tempat praktik, dan Kepala Puskesmas tempat praktik.
2. Kunjungan observasi untuk menghimpun detil penting mengenai pembelajaran klinik yang dilaksanakan di laboratorium Jurusan Keperawatan dan Kebidanan, Rumah sakit dan Puskesmas yang dipergunakan sebagai tempat praktik. Serangkaian pertanyaan dan checklist dipakai sebagai pedoman dalam melakukan observasi.

Data yang dikumpulkan melalui DKT dan kunjungan observasi dianalisis dengan pendekatan analisis konten (materi inti). Kajian ini dilakukan dengan memperhatikan tanggung jawab etik yang memperhatikan hak-hak partisipan.

Pelaksanaan dari desain kajian ini pada Bulan Maret dan April 2009, tiga minggu setelah semester genap dimulai. Tatacara pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

- a. Para pemangku kepentingan dan para partisipan DKT diidentifikasi berdasarkan tingkat keterlibatan masing-masing.
 - Level 1: Pimpinan Poltekkes dan Dinas Kesehatan propinsi
 - Level 2: Direktur RSUD, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Puskesmas
 - Level 3: Partisipan DKT

- a. Dosen Pembimbing: Para dosen yang berperan sebagai penanggung jawab mata kuliah dan atau dosen yang terlibat dalam pembelajaran klinik
- b. Pembimbing klinik: Staf keperawatan dan kebidanan di rumah sakit dan puskesmas yang terlibat dalam pembimbingan langsung pada mahasiswa Poltekkes.
- c. Pengelola pembimbing klinik : Para 'key persons' di Poltekkes, Jurusan Keperawatan dan Kebidanan, Rumah sakit dan Puskesmas tempat praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan Poltekkes, yakni:
 - Pimpinan Bidang Akademik Poltekkes
 - Pimpinan Jurusan Keperawatan dan Kebidanan (atau Bidang akademik)
 - Kabid. Keperawatan RSUD
 - Kepala Puskesmas
- b. Rumah sakit dan Puskesmas diidentifikasi sebagai tempat praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan Poltekkes. Proses identifikasi ini dilakukan oleh Peneliti, staf GTZ/EPOS, Poltekkes, dan Dinas Kesehatan setempat.
- c. Poltekkes mengidentifikasi partisipan sesuai kriteria yang ada
- d. Poltekkes mengidentifikasi aktivitas laboratorium dan praktik di Rumah Sakit dan Pukesmas sesuai kriteria yang ada.
- e. GTZ/EPOS mengirim surat yang ditujukan kepada para pemangku kepentingan (Level 1 dan 2). Kerangka acuan kajian dilampirkan pada setiap surat.
- f. GTZ/EPOS mengirim surat yang ditujukan kepada para partisipan (level 3)
- g. Panduan dan daftar pertanyaan DKT disusun dan diujicobakan pada subyek serupa untuk kesesuaian dan kejelasan alat pengkajian
- h. Daftar pertanyaan dan komponen yang akan diamati dalam observasi di laboratorium, rumah sakit dan puskesmas diidentifikasi dan disusun.
- i. Dilakukan komunikasi dengan staf proyek GTZ/EPOS di Propinsi untuk menjelaskan dan mendapatkan masukan tentang pengumpulan data pada kajian ini.
- j. Disusun garis besar program dan aktivitas untuk pelaksanaan penelitian di kedua propinsi
- k. Disusun jadwal aktivitas selama kegiatan pengumpulan data bersama-sama Poltekkes, Dinas Kesehatan dan Staf proyek GTZ/EPOS di Propinsi.

2. Kegiatan Pengumpulan Data di NTT

Kunjungan ke NTT dilaksanakan selama 5 hari pada tanggal 16 – 20 Maret 2009, dengan aktivitas-aktivitas sebagai berikut:

1. Kunjungan Kehormatan
 - Kunjungan dilakukan kepada Pimpinan Poltekkes, dan Pimpinan RSUD. Sedangkan staff GTZ/EPOS memfasilitasi komunikasi dengan Dinas Kesehatan Propinsi.
 - Selain sebagai kunjungan kehormatan, kunjungan ini juga dipergunakan sebagai sarana untuk mengkomunikasikan dan menselaraskan seluruh aktivitas kegiatan kajian hari per hari selama lima minggu.
2. Diskusi Kelompok Terfokus dengan Partisipan
 - Secara keseluruhan terdapat 9 kali diskusi kelompok dengan total partisipan sejumlah 58 orang. Jumlah peserta setiap kelompok terdiri dari paling sedikit 5 orang dan terbanyak 9 orang.
Total Dosen Pembimbing, yang terlibat dalam diskusi kelompok sebanyak 24 orang yakni 11 orang dari Jurusan Keperawatan dan 13 orang dari Jurusan Kebidanan.
Total Pembimbing Klinik yang terlibat dalam diskusi kelompok sebanyak 27 orang, yakni 18 orang dari RSUD dan 9 orang dari Puskesmas.
Total peserta DKT pengelola sebanyak 7 orang
 - Lama waktu diskusi kelompok berkisar antara 70 – 105 menit.
3. Kunjungan Observasi
 - Kunjungan observasi ke lahan praktik dilakukan di 2 unit RSUD (Kamar Bersalin dan Perawatan Nifas) dan 1 Puskemas
 - Kunjungan observasi di laboratorium dilakukan sebanyak 2 kali, yakni 1 kali di laboratorium Jurusan Keperawatan untuk kegiatan laboratorium Mata Kuliah Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) dan 1 kali di Jurusan Kebidanan untuk kegiatan laboratorium Mata Kuliah KDPK.
 - Tiap kunjungan laboratorium dan tatanan klinik ini berlangsung selama kurang lebih 2-3 jam untuk setiap aktivitas.

3. Keterbatasan Metodologi

Keterbatasan pada kajian ini adalah berkenaan dengan metode kunjungan observasi yang kurang dapat dilakukan secara optimal:

- a. Jadwal aktivitas pembimbingan praktik Jurusan Keperawatan tidak sesuai dengan rencana semula (tidak ada aktivitas pembimbingan di tatanan klinik). Sebagai gantinya kunjungan observasi di tatanan klinik dilakukan untuk Mata Kuliah (MK) Jurusan kebidanan. Untuk mengatasi kendala ini, unit-unit yang dipilih adalah unit yang dipakai sebagai lahan praktik oleh Jurusan Keperawatan dan Kebidanan.
- b. Ada kecenderungan bahwa kegiatan yang akan diobservasi sudah dipersiapkan sedemikian rupa sehingga tidak dapat memberikan gambaran tentang situasi yang umumnya / sebenarnya terjadi. Untuk mengatasi kelemahan ini, pada kegiatan observasi juga dilakukan periksa silang terhadap dokumentasi yang ada serta dengan melontarkan beberapa pertanyaan secara acak kepada beberapa mahasiswa dan petugas yang ada. Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) juga dilakukan untuk mengatasi kelemahan ini.

Bagian IV

Ringkasan Laporan Kajian dan Temuan Sesuai Kerangka Acuan

I. Rancangan Pembelajaran Klinik

Alokasi Waktu Pembelajaran Klinik

Terungkap dalam DKT, sebagian dosen pembimbing mampu mentransfer satuan unit sistem kredit semester (SKS) kedalam satuan jam. SKS untuk tutorial, praktik laboratorium dan lapangan dialokasikan secara berbeda menurut standard yang ada yang tertuang dalam Kurikulum tahun 2006 dan tahun 2002. Dosen pembimbing junior mengalami kesulitan mengartikan SKS kedalam satuan jam karena pada umumnya tidak terlibat dalam proses penghitungan di setiap semester. Secara terstruktur, penghitungan jam praktik, penyusunan kerangka acuan praktik, dan pengalokasian mahasiswa di tempat praktik dilakukan oleh seorang Koordinator praktik atau Ketua Jurusan, seperti terungkap berikut ini; *“Dalam menghitung jumlah jam yang harus dipenuhi, dihitung oleh koordinator umum PKK.. Dosen ini yang akan menyusun kerangka acuan praktik, menjabarkannya dalam jam dan juga alokasi ruangan di tatanan klinik”.. Kami hanya menerima jumlah hari/minggu dari koordinator tersebut... kami (KMB, maternitas, Anak) tidak dilibatkan dalam merancang lamanya waktu praktik, tetapi kami hanya menerima hasil rancangan”*. Demikian halnya dengan penghitungan lamanya blok perkuliahan seperti terungkap berikut ini, *“penghitungan blok untuk perkuliahan ASKEB V yakni selama 8 minggu, 4 minggu untuk teori dan 4 minggu untuk praktik di lapangan. Kuliah dilakukan dari pagi hingga pukul 18:00. Bagaimana menghitung 8 minggu tersebut, kami tidak mengerti”*

Praktikum Laboratorium

Temuan dari DKT yakni, jam praktik laboratorium yang dihitung dari SKS dialokasikan untuk aktivitas demonstrasi perasat oleh dosen pembimbing dan pengulangan demonstrasi oleh satu atau dua perwakilan mahasiswa, sedangkan re-demonstrasi oleh setiap mahasiswa dilakukan di luar jam praktik laboratorium tetapi tetap dalam bimbingan dosen pembimbing. Pelaksanaan aktivitas re-demonstrasi ini dilakukan di ruang kelas atau ruang lain karena keterbatasan alat dan ruang laboratorium. Strategi ini dilakukan untuk memenuhi target praktik laboratorium dengan jumlah mahasiswa yang besar. Penggunaan jam praktik di laboratorium sering kali tidak optimal karena kesibukan dosen pembimbing dalam pengajaran di berbagai kelas. Berikut petikan diskusi, *“Kami menyadari jumlah praktik yang terlalu sedikit, sedangkan kelasnya banyak. Jalur umum ini ada 5 kelas, sehingga sesuai penghitungan ada 60 jam dilakukan di luar SKS. Karena tanggung jawab kami kepada mahasiswa maka di luar kerja pun kami meladeni mereka. Mahasiswa tidak membayar kelebihan jam tersebut tetapi kami mendapat honor ekstra jam pembimbingan”*.

Dalam DKT dengan Dosen Pembimbing dari Jurusan Keperawatan terungkap bahwa karena ketiadaan alat laboratorium maka sebagai gantinya praktik laboratorium langsung dilakukan pada pasien. Ketidاكلancaran mahasiswa dalam praktik laboratorium juga dikeluhkan oleh para dosen pembimbing. Hal ini antara lain diduga karena keterbatasan alat dan kesenjangan rasio dosen pembimbing terhadap mahasiswa yang pada akhirnya bermuara pada ketidakefektifan penggunaan jam praktik di laboratorium, seperti pernyataan berikut ini; *“karena alat phantom rusak sehingga mahasiswa membawa satu pasien dari ibu hamil (bumil) dari puskesmas untuk melakukan pemeriksaan bumil di laboratorium kelas..... Kami berharap karena mahasiswa sudah melakukan praktik di laboratium maka akan lebih lancar. Tetapi karena alat rusak bagi beberapa mahasiswa yang belum lancar dapat mengulang perasat tersebut pada pasien yang sama”*

Pada setiap laboratorium keperawatan dan kebidanan ditempatkan seorang penanggung jawab laboratorium. Di Jurusan Keperawatan seorang dosen pembimbing bertugas sebagai pengelola laboratorium didukung oleh seorang petugas administrasi. Di Jurusan kebidanan pengelolaan laboratorium langsung ditangani oleh tim dosen MK dibantu oleh seorang petugas administrasi. Hal ini dilakukan karena keterbatasan ruangan untuk dosen maka setiap ruangan laboratorium juga dipakai sebagai ruang kerja para dosen. Penempatan ini sekaligus juga untuk memantau aktivitas laboratorium apabila diperlukan. Dosen pembimbing membuat rencana aktivitas laboratorium tetapi komunikasi kepada petugas laboratorium dilakukan secara mendadak sehingga seringkali terjadi benturan jadwal. Situasi ini menyebabkan sering terjadi penjadwalan ulang aktivitas laboratorium. Dalam observasi juga terungkap mengenai hal-hal tersebut. Berikut petikannya; *“Jadwal praktik diinformasikan kepada anggota tim dosen sesuai MK. Kemudian daftar lab diinformasikan kepada petugas labotatorium sehari sebelumnya. Jika ada bentrok waktu praktik laboratorium maka kami akan mencari gantinya”*.

Dalam DKT terungkap bahwa metode pembimbingan di labotarium dilakukan hampir sama di kedua Jurusan Keperawatan dan Kebidanan. Sekuens praktik laboratorium di kedua jurusan dimulai dengan penjelasan ulang mengenai topik aktivitas dalam kasus fiktif sebagai pengantar aktivitas laboratorium, diikuti dengan demonstrasi oleh dosen pembimbing, lalu peragaan ulang oleh satu atau dua orang mahasiswa. Umpan balik dilakukan langsung oleh dosen pembimbing. Dalam observasi di laboratorium di Jurusan Keperawatan dan Kebidanan diidentifikasi beberapa situasi yang berkaitan dengan kurangnya persiapan dan rancangan pembelajaran klinik di laboratorium, sebagai berikut:

1. Tidak semua dosen pembimbing mengikuti aktivitas laboratorium sejak awal. Kondisi ini terutama terjadi di Jurusan keperawatan. Hal ini menyebabkan ketidakseragaman dalam pendampingan kepada mahasiswa.
2. Mahasiswa tidak membawa buku prosedur (operasional) tetapi sebagai gantinya membawa fotocopy perasat/tindakan yang akan dilakukan pada hari tersebut (ini terjadi di Jurusan Keperawatan). Di Jurusan Kebidanan, mahasiswa membawa buku operasional tetapi tidak tampak adanya paraf dan atau tanda centang skoring untuk prosedur/perasat yang telah dilakukan sebelumnya. Buku operasional mahasiswa yang secara random diperiksa masih dalam keadaan kosong tanpa paraf atau centang.
3. Pada Jurusan Keperawatan, hanya tersedia tiga dosen pembimbing untuk 40 mahasiswa (nisbah 3:40). Mahasiswa dibagi dalam 5 kelompok sehingga hanya 3 kelompok yang secara konsisten diikuti dan didampingi oleh dosen pembimbing. Dua kelompok lainnya melakukan aktivitas tanpa pendampingan.

Berikut ini beberapa pernyataan yang diambil dari DKT:

“di laboratorium kami menggunakan instrument/alat evaluasi berupa buku operasional yang sama yang terstandar”

“proses bimbingan di laboratorium ... dosen memberikan penjelasan untuk semua mahasiswa, kemudian dilakukan demonstrasi, dilanjutkan dengan tanya jawab, kemudian mahasiswa dibagi dalam kelompok. Mahasiswa mengamati dan memberikan penilaian kepada temannya”

Tidak semua mata kuliah dengan komponen praktikum melakukan aktivitas di laboratorium tetapi sebagai gantinya diberikan dalam bentuk bermain peran (*role play*) atau analisis kasus fiktif. Ini terjadi pada MK keperawatan komunitas dan keperawatan keluarga. Dosen pembimbing menterjemahkan jam praktikum laboratorium tersebut menjadi jam praktik di tatanan klinik. Berikut salah satu pernyataannya; *“tidak ada lab kelas untuk mata kuliah keperawatan komunitas dan keluarga... kami langsung membawa mahasiswa ke puskesmas”*

Dari hasil kunjungan observasi di laboratorium Jurusan Keperawatan didapati minimnya nisbah set peralatan praktikum terhadap jumlah mahasiswa. Set peralatan yang dipergunakan untuk praktikum MK KDM dan MK Maternitas misalnya, hanya tersedia 1 set atau 2 set lengkap. Dengan kondisi ini apabila mahasiswa dibagi dalam 5 kelompok untuk aktivitas re-demonstrasi yang dilakukan serentak, umumnya maksimal hanya 2 kelompok mahasiswa yang melakukan praktikum dengan set alat yang komplet. Nisbah (rasio) set peralatan KDM terhadap mahasiswa 1-2: 40 mahasiswa (terdapat 5 kelas paralel). Situasi ini sedikit berbeda dengan Jurusan Kebidanan yang memiliki rasio set peralatan KDPK terhadap mahasiswa sebesar 5:35 (dari 5 kelas paralel)

Pemilihan Lahan Praktik dan Nota Kesepakatan

Lahan praktik dipilih oleh Jurusan Keperawatan dan Kebidanan didasari kepada alasan akademik dan mahasiswa; *“pemilihan lahan praktik lebih didasari kepada tuntutan mata kuliah serta jumlah mahasiswa”*. Tempat praktik klinik adalah RSUD, puskesmas/pustu, panti jompo, rumah/klinik bersalin, dan komunitas di daerah pedesaan. Praktik klinik lain seperti keperawatan jiwa dan gawat darurat dilaksanakan di propinsi lain. Hal ini dilakukan karena keterbatasan sarana pelayanan dan pelayanan di rumah sakit daerah.

Dalam DKT terungkap bahwa belum sempat dilakukan perbaikan dan pembaharuan MoU untuk praktik klinik di RSUD dan puskesmas.

Nisbah Dosen Pembimbing dan Pembimbing Klinik terhadap Mahasiswa

Nisbah antara Pembimbing Klinis dan Dosen Pembimbing dengan mahasiswa cukup besar. Nisbah tidak dapat mendekati ideal karena jumlah mahasiswa yang bertambah setiap tahun tidak diikuti dengan penambahan jumlah dosen pembimbing dan pembimbing klinis. Berikut ini pernyataan mereka mengenai nisbah; *Dahulu hanya terima mahasiswa 40 setiap tahun. Dulu hanya 4-5 mahasiswa tetapi sekarang 11-12 mahasiswa dalam satu unit*. Pada saat kunjungan observasi, tampak dalam daftar sebaran praktik mahasiswa terdapat total pembimbing klinik sejumlah 26 orang untuk seluruh rumah sakit. Namun demikian, saat ini sudah mulai diperbanyak jumlahnya menjadi 70 orang. Rasio dosen pembimbing terhadap mahasiswa di kedua jurusan adalah 1:24. Dengan kesenjangan ini mereka berharap kedepan akan ada pengaturan yang lebih seksama, seperti diungkapkan berikut ini; *“harapan kami ada pengaturan kembali penempatan mahasiswa, ... karena kurikulum mahasiswa itu sama sehingga mahasiswa dari berbagai sekolah menumpuk di bulan yang sama, jadi bingung bagaimana mengaturnya”*

Praktik di Tatanan Klinik

Persiapan praktik di tatanan klinik Jurusan Keperawatan dan Kebidanan dimulai menjelang semester berikutnya. Secara umum, diungkapkan bahwa persiapan praktik klinik di tatanan praktik dimulai dengan kegiatan mengirim surat permohonan diikuti dengan pembekalan kepada mahasiswa dan pembimbing klinik. Surat dari Poltekkes disertai juga dengan daftar nama mahasiswa, pembimbing klinik dan dosen pembimbing, serta jadwal praktik dan kerangka acuan praktik. RSUD mempersyaratkan bahwa Poltekkes menyerahkan rencana praktik klinik paling lambat 2 minggu sebelum kegiatan praktik. Hal ini dilakukan oleh RSUD untuk memudahkan dalam pengaturan dan penyebaran mahasiswa di unit-unitnya. Sekalipun demikian, para partisipan DKT menyatakan bahwa kerangka acuan praktik yang akan berlangsung seminggu lagi baru saja diterima dan belum sempat dipelajari. *“surat penunjukan untuk praktik saja mendadak... setiap rotasi praktik juga diberikan daftar dinas dan target tetapi karena kesibukan dinas kami tidak mungkin membaca lagi. Tuntutan praktik ini saja baru diperoleh kemarinsampai saat ini kami belum tahu mahasiswa semester berapa yang akan praktik ke unit kami”*

Pembimbing klinik dari Puskesmas memberikan komentar berbeda-beda mengenai persiapan praktik klinik. Ada yang menyatakan sudah menerima surat dari Poltekkes mengenai rencana

praktik mahasiswa yang akan dimulai beberapa hari kedepan. Selain itu, mereka menegaskan bahwa kadang-kadang terjadi bahwa surat penunjukan dan pembimbingan praktik datang bersama-sama dengan mahasiswa pada hari pertama praktik atau sehari sebelum praktik. *"Kami belum tahu bahwa di bulan April akan ada praktik.... Biasanya setelah menerima surat dari Poltekkes saya menyampaikannya kepada Ka Puskesmas"*. Terungkap dalam observasi di puskesmas bahwa kegiatan praktik di puskesmas diberitahu sehari sebelum aktivitas praktik. Hal ini menyebabkan mahasiswa yang berpraktik pada hari tersebut tanpa pendampingan langsung dari pembimbing klinik. *"biasanya saya menerima surat pemberitahuan praktik paling lambat 3 hari sebelum praktik, tetapi saat ini belum ada surat yang saya terima tetapi kemarin dosen pembimbing menyampaikan rencana praktik yang akan dimulai pada hari ini"*

Pembimbing klinik tidak pernah dilibatkan dalam rancangan pembelajaran di laboratorium dan tatanan klinik. Sekalipun demikian, mereka berpendapat penting untuk terlibat dalam aktivitas rancangan tersebut agar mereka mampu memahami target pencapaian dan kebutuhan mahasiswa di tatanan klinik. *"Sebelum mahasiswa turun ke lahan praktik, harusnya ada pertemuan untuk tahu keinginan Poltekkes and pencapaian per semester....Saat ini belum ada lagi pertemuan untuk rencana praktik selanjutnya"*.

Persiapan praktik Pengalaman Belajar Langsung (PBL) Semester VI di Jurusan Keperawatan belum tuntas dilakukan sekalipun semester sudah berjalan 3 minggu dan praktik PBL akan dilakukan beberapa minggu lagi. *"Rencana kami untuk PBL bulan April belum jelas belum dibahas apakah akan ditempatkan di puskesmas / pustu"*. Khusus untuk PBL di komunitas, karena proses pembimbingan melibatkan semua dosen pembimbing Poltekkes maka pembekalan juga diberikan kepada para dosen pembimbing yang tidak mengajar MK Keperawatan Komunitas. Sekalipun penempatan dosen pembimbing non keperawatan komunitas ini dapat dianggap sebagai kendala dalam pembimbingan praktik, di lain pihak para dosen pembimbing melihat bahwa keterlibatan semua dosen pada praktik PBL dapat menjadi sarana untuk mengembangkan ketrampilan komunikasi dan koordinasi lintas sektoral. Berikut salah satu petikannya; *"Konsep yang dipakai oleh dosen pembimbing dari mata kuliah lain tidak berorientasi keperawatan komunitas tetapi berdasarkan latar belakang masing-masing"*.

Dari hasil kunjungan observasi di Unit Kamar Bersalin dan unit Nifas didapati bahwa alat partus dan set perawatan memadai untuk praktik mahasiswa. Mahasiswa dapat mempergunakan set alat yang tersedia di unit secara bergantian. Namun demikian peralatan yang ada tampak minim dan sederhana. Dalam situasi itu, unit tetap mempertahankan kebersihan dan keamanan alat. Untuk memenuhi kebutuhannya, mahasiswa tetap harus membawa funduscopy, tensimeter, stetoskop, dan thermometer. Sekalipun demikian hal ini tidak diterapkan secara ketat. Peralatan yang terdapat di Kamar Bersalin dan Nifas, terutama set alat untuk KDM dan KDPK, tidak berbeda jauh dengan yang terdapat di laboratorium Jurusan Kebidanan dan Keperawatan.

Evaluasi Pembelajaran Klinik

Format dan prosedur untuk evaluasi pencapaian mahasiswa selama praktik klinik disiapkan oleh Poltekkes dan diinformasikan kepada para pembimbing klinik. Namun demikian, masih ada ungkapan dari para pembimbing klinik mengenai kesulitan dalam mengevaluasi target pencapaian mahasiswa. Komponen evaluasi antara lain berisi tentang kedisiplinan dan sikap, skill, target kasus. Pembimbing klinik juga mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi target pencapaian mahasiswa berdasarkan semester dan mengalami ketidaktahuan tentang prosedur penyerahan hasil evaluasi praktik. Ini terjadi untuk Jurusan Keperawatan dan Kebidanan. Evaluasi proses pembelajaran klinik secara berkala dijadwalkan oleh Poltekkes pada akhir semester atau akhir dari aktivitas praktik, sekaligus sebagai pertemuan persiapan praktik klinik periode selanjutnya. Poltekkes mengundang pimpinan unit dan pembimbing klinis untuk hadir dalam pertemuan evaluasi. Pertemuan evaluasi pembelajaran dilakukan di Poltekkes. Berikut petikan-petikan pernyataan para pembimbing klinis;

- "ada prosedur dan terdapat pada TOR"
- "Target pencapaian dilihat dari penampilan mahasiswa"
- "Mahasiswa mempunyai daftar keterampilan yang harus dicapai. Setelah mereka melakukan keterampilan kami memberikan paraf kalau kami anggap mampu"
- "kadang mahasiswa minta tanda tangan setelah berbulan-bulan keluar dari lahan praktik"
- "kami tidak paham mengenai alur praktik mahasiswa di setiap semester / tingkat sehingga kami tidak dapat membedakan target pencapaian di setiap level dan bagaimana cara menilainya"
- "saya tidak dapat membedakan apa kompetensi mahasiswa semester IV dan semester VI"

Pembimbing klinik mengalami kesulitan untuk hadir dalam pertemuan tersebut, antara lain karena keterlambatan menerima surat undangan, kegiatan pertemuan di lakukan di Poltekkes yang terletak jauh dari Puskesmas dan RSUD, kegiatan pertemuan dilakukan melampaui jam kerja, dan tidak ada biaya pengganti transportasi. Dari seluruh partisipan pembimbing klinik, terdapat sebagian kecil (2 orang) pembimbing klinik yang berusaha selalu hadir dalam pertemuan-pertemuan tersebut di setiap semester karena merasa pertemuan itu penting dalam meningkatkan komunikasi dan koordinasi dalam pembimbingan klinik.

Beberapa harapan dari Pembimbing Klinik dan Dosen Pembimbing berikut juga dapat menggambarkan keterbatasan dalam rancangan pembelajaran klinik yang terjadi di Jurusan keperawatan dan kebidanan.

Dosen Pembimbing	Pembimbing Klinik
1. <i>Perlu menyamakan persepsi diantara Para Dosen Pembimbing pada praktik PBL di komunitas</i>	1. <i>Perlu pembatasan jumlah mahasiswa dan pengaturan kembali penempatan mahasiswa di RSUD karena terjadi penumpukan mahasiswa dari berbagai institusi pada bulan-bulan tertentu.</i>
2. <i>Perlu adanya komunikasi antara Poltekkes dan Dinas Kesehatan untuk pengkayaan program-program kesehatan kepada dosen pembimbing atau untuk evaluasi praktik, program kerja, dan integrasi teori dan praktik di lapangan</i>	2. <i>Perlu komitmen bersama antara Pembimbing Klinik dan Dosen Pembimbing sesuai kerangka acuan yang ditetapkan</i>
3. <i>Perlu ada komunikasi rutin antara Dosen Pembimbing dengan para Pembimbing Klinik.</i>	3. <i>Perlu ada keterbukaan mengenai besarnya kompensasi untuk pembimbingan klinik</i>
4. <i>Perlu belajar tentang model pembimbingan yang benar</i>	4. <i>Perlu persiapan yang cukup untuk mahasiswa sebelum kegiatan praktik dimulai.</i>
5. <i>Perlu kejelasan peran pembimbing klinik dan dosen pembimbing</i>	5. <i>Perlu ruangan khusus untuk diskusi (konferens) di unit pelayanan</i>
6. <i>Perlu pengaturan jumlah mahasiswa agar tidak terlalu banyak di unit-unit</i>	6. <i>Perlu ada pertemuan pra-praktik untuk memahami proses pembelajaran, maksud, tujuan dan pencapaian target praktik mahasiswa dalam semester tersebut</i>
7. <i>Perlu penambahan dosen pembimbing kebidanan karena saat ini ada angkatan dengan lima kelas reguler dengan jumlah 40-43 mahasiswa per kelas</i>	7. <i>Perlu ada pembagian peran dan tugas yang jelas untuk kegiatan mengelola mahasiswa dan mengelola pelayanan di ruangan.</i>
	8. <i>Perlu ada kejelasan mengenai laporan penilaian praktik klinik</i>

	9. <i>Perlu ada forum formal mengenai kendala dalam menghadapi sikap mahasiswa di tempat praktik. Kehadiran dosen pembimbing sangat berpengaruh kepada penampilan mahasiswa</i>
	10. <i>Perlu ada kesepakatan tentang proses melapor bagi mahasiswa yang berhalangan dinas</i>
	11. <i>Perlu persiapan di laboratorium sebelum mahasiswa diturunkan di tatanan klinik. Persiapan fisik dan mental juga dibutuhkan</i>
	12. <i>Perlu ada penambahan waktu praktik laboratorium bagi mahasiswa sebelum praktik di tatanan praktik karena minim waktu praktikum dapat memberatkan pembimbing klinik.</i>
	13. <i>Perlu ada pelatihan pembimbing klinik karena yang selama ini dilakukannya berdasarkan pengalaman saja.</i>
	14. <i>Perlu adanya sistem evaluasi untuk memastikan bahwa mahasiswa menyerahkan laporan aktivitas sehingga pembimbing tidak lupa</i>

II. Dosen Pembimbing

Seleksi, Penempatan, dan Pembinaan

Proses seleksi, penempatan dan pembinaan dosen pembimbing di Jurusan keperawatan dan kebidanan dilakukan secara berbeda-beda setiap angkatan dengan memperhatikan latar belakang pendidikan dan peminatan karyawan, seperti salah satu ungkapan berikut; *"penempatan dosen pembimbing (asisten dosen) belum ada ketentuan yang baku"*. Secara umum, para responden Dosen Pembimbing senior telah melalui berbagai fase pendidikan keperawatan / kebidanan sesuai dengan perkembangan pendidikan kesehatan nasional Mereka mulai terlibat sebagai dosen pembimbing sejak status Institusi Pendidikan masih berupa pendidikan SPK, Akper dan Akbid, hingga menjadi Poltekkes. Beberapa dosen pembimbing ini memiliki pengalaman sebagai perawat dan bidan praktisi di rumah sakit maupun di Puskesmas. Berikut salah satu petikannya; *"Saya PTT (pegawai tidak tetap) bidan desa selama 4,5 tahun sebelum mengikuti pendidikan D3 dan menjadi dosen"*. Namun ada juga dosen pembimbing senior yang langsung bekerja di Institusi Pendidikan segera setelah lulus kuliah tanpa pengalaman sebagai perawat atau bidan praktisi.

Dosen pembimbing angkatan muda sebagian besar tanpa pengalaman sebagai perawat dan bidan praktisi tetapi mereka mengikuti program magang selama kurang lebih 6 bulan hingga 2 tahun di pelayanan kesehatan, utamanya di rumah sakit. Beberapa tahun terakhir program magang tersebut hanya berlangsung tidak lebih dari 6 bulan dan tidak dilakukan secara utuh 40 jam seminggu (5-6 hari kerja), tetapi hanya berada di rumah sakit atau puskesmas selama 2-3 hari kerja, selebihnya menjadi asisten dosen di Jurusan masing-masing. Berikut ini beberapa petikan hasil DKT;

- *"Lulus dari D-III, langsung sebagai dosen, tanpa persiapan khusus"*.
- *"Kami dinas di RS sambil magang"*
- *"saya lulus Bulan Mei 2008, 4 bulan kemudian sudah bekerja sebagai dosen pembimbing, tidak hanya di kelas tetapi juga membimbing di klinik"*
- *"penempatan di tim komunitas tanpa melalui seleksi khusus tetapi ditawarkan kepada yang berminat"*.

Pembinaan secara formal dilakukan kepada para dosen pembimbing berupa pendidikan D-IV, strata-1 dan strata-2 sesuai bidangnya. Dosen pembimbing dari Jurusan Keperawatan yang berlatar belakang pendidikan SPK melanjutkan sekolah ke program D-III Keperawatan dan D-IV keperawatan. Sedangkan yang berlatar belakang pendidikan D-III dan D-IV meneruskan pendidikan S-1 keperawatan dan S-2 Keperawatan atau S-2 Kesehatan Masyarakat. Beberapa dosen senior mengikuti program Akta 3 selama 3 bulan.

Dosen pembimbing dari Jurusan Kebidanan yang berlatar belakang pendidikan SPK melanjutkan sekolah ke tingkat D-III kebidanan. Lulusan D-III kebidanan atau setelah melanjutkan D-III kebidanan, para dosen pembimbing melanjutkan pendidikan ke D-IV kebidanan. Berikut salah satu petikannya, *“setelah bekerja (mengajar) baru disekolahkan ke D-IV”*. Ada beberapa lulusan D-III keperawatan, S-1 keperawatan dan S-1 Biologi yang ditempatkan di Jurusan Kebidanan dan mengampu MK Anak dan KDPK. Pendidikan tertinggi yang ditempuh adalah S-2 Kesehatan Masyarakat. Hampir semua dosen pembimbing yang mengikuti pendidikan S-1 dan S-2 keperawatan tidak menyelesaikan program profesi karena keterbatasan biaya sekolah.

Dari DKT terindikasi bahwa selama beberapa tahun terakhir tidak ada pelatihan kepada para dosen pembimbing dan pembimbing klinik karena semua jenis pelatihan ditiadakan dalam rencana anggaran tahunan. Namun Para Dosen pembimbing menyatakan mereka semua mendapat SK sebagai pembimbing klinik. *“sudah sejak 3 tahun terakhir tidak ada pelatihan... Kami sudah mengikuti pelatihan CI, sampai saat ini baru satu kali saja terjadi pelatihan”*. Semua dosen pembimbing Jurusan Kebidanan telah mengikuti pelatihan APN. Program pelatihan ini tidak ditujukan kepada dosen pembimbing Jurusan keperawatan. Sebagian besar dosen pembimbing telah mengikuti pelatihan pembimbing klinik tetapi belum pernah mengikuti pelatihan manajemen pembimbingan klinik. Poltekkes bahkan pernah memberikan pelatihan Pekerti kepada para pembimbing klinik bekerja sama dengan Universitas Negeri setempat. Sebagian besar partisipan mengeluhkan bahwa kompetensi mereka mengenai MK yang diampu tidak pernah dikembangkan setelah mengikuti pendidikan formal, kecuali pada MK keperawatan anak yang pernah mengikuti pelatihan metode kanguru. Berikut ini beberapa pernyataan mereka:

- *“saya mengajar MK Kep maternitas, memberikan materi pengajaran sesuai dengan yang diperoleh selama mengikuti perkuliahan Strata-1, tidak ada pelatihan yang kami ikuti padahal selama ini kami tahu ada perkembangan langkah-langkah persalinan. Dapat saja apa yang kami ajarkan berbeda dengan yang dilapangan”*
- *“belum pernah ada pelatihan yang berkaitan dengan keperawatan komunitas... kami mengembangkan diri juga secara pribadi”*

Harapan berikut ini menggambarkan kebutuhan para dosen pembimbing dalam pengembangan kompetensi mereka;

1. Perlu mengikuti pelatihan-pelatihan sesuai dengan keterampilan yang dituntut pengampu masing-masing, misalnya untuk pengampu keperawatan medikal bedah (KMB) berupa pemeriksaan fisik (PF) jantung, pengampu keperawatan maternitas berupa PF ibu hamil dan CTG, pengampu keperawatan anak berupa PF jantung dan paru, pengampu keperawatan komunitas berupa praktik aplikasi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan pencatatan dan pelaporan data puskesmas serta presentasi dan analisisnya.
2. Perlu mengikuti pelatihan manajemen bimbingan praktik klinik
3. Perlu pelatihan *Basic Trauma Cardio Life Support* (BTCLS) terutama untuk pengampu keperawatan gadar
4. Perlu dilibatkan dalam kegiatan desa siaga
5. Perlu upaya untuk meningkatkan keterampilan mengembangkan komunikasi lintas sektor bagi para dosen pembimbing yang terlibat PBL keperawatan komunitas.
6. Perlu adanya suatu model pelaksanaan kegiatan posyandu sebagai percontohan untuk menjembatani *gap* antara teori dan praktik di lapangan

III. Pembimbing Klinik

Seleksi, Penempatan dan Pembinaan

Seleksi dan pembinaan pembimbing klinik di rumah sakit dan di puskesmas hampir mirip. Rumah sakit dan Poltekkes menetapkan kriteria menjadi seorang pembimbing klinik, yakni minimal berpendidikan minimal D-III dengan pengalaman kerja 3-5 tahun. Setiap kepala ruang secara otomatis juga berfungsi sebagai pembimbing klinik. Sekalipun demikian, semua peserta DKT tidak mampu menjelaskan secara seragam mengenai kriteria tersebut seperti dikutip berikut ini;

- *“Setelah menjadi Kepala ruang secara otomatis diangkat jadi pembimbing klinik karena sejak dulu aturannya seperti itu. Saya tidak jelas mengenai hak dan kewajiban saya”*
- *“persyaratan menjadi pembimbing klinik tidak ada, tetapi pada surat penunjukan untuk menguji tertera syarat penguji yakni D-III keperawatan dan satu level di atas yang diuji”*
- *“pernah mendengar tentang kriteria pembimbing klinik tetapi tidak tertulis dengan jelas tugas dan tanggung jawab saya”*
- *“Tidak ada SK dan kriteria kenapa saya diangkat menjadi pembimbing klinik”*
- *“kami tahu bahwa dengan adanya surat pengantar dari Poltekkes maka dengan sendirinya saya sudah menjadi pembimbing klinik”*
- *“secara resmi saya tidak ada SK pembimbing klinik tetapi sehari-hari terlibat dalam pembimbingan”*
- *“ditempat kami jauh berbeda, tidak ada aturan atau SK pembimbingan, tetapi hanya percakapan lisan, apalagi pelatihan sama sekali tidak ada.”*
- *“kami berharap untuk memiliki legalitas dalam membimbing”*
- *“selain saya, dan wakil kepala ruang, ada 3 pembimbing klinik lain di ruang bersalin yang tertera dalam daftar pembimbing yang dikirim oleh Poltekkes”*
- *“kami sudah menambahkan pembimbing klinik di unit-unit, sehingga tidak hanya kepala ruang yang menjadi pembimbing. Bahkan di kamar bersalin saat ini kami memiliki 5 pembimbing klinik. Ini dilakukan karena ada masukan bahwa pembimbing yang bertugas sebagai kepala ruang tidak berfungsi maksimal”.*
- *“setelah lulus dari D-III kebidanan tahun 2006 saya ditunjuk oleh kepala Puskesmas untuk menjadi pembimbing klinik”*

Jurusan Keperawatan dan Kebidanan mempersiapkan pembimbing klinik secara terpisah. Jurusan Kebidanan selama ini mendapat bantuan teknis dari AusAid. Kriteria yang ditetapkan oleh Jurusan Kebidanan kepada para Pembimbing Klinik lebih lunak mengingat keterbatasan kualifikasi bidan yang tersedia di Puskesmas. Jurusan Kebidanan masih memperkenankan pembimbing klinik dengan latar belakang D-I yang memiliki sertifikat pelatihan APN apabila pada suatu Puskesmas tidak tersedia bidan dengan latar belakang pendidikan D-III.

“yang di puskesmas kami atur, kami tentukan D-III tetapi apabila tidak ada maka D-I plus”

“karena lulusan D-III kebidanan regular belum berpengalaman mungkin itu yang menjadi pertimbangan saya ditunjuk”

Poltekkes telah berupaya menyiapkan para pembimbing klinik agar mampu melaksanakan peran dan tanggung jawab dalam membimbing mahasiswa. Namun, upaya pembinaan dan pengembangan keterampilan pembimbingan klinik ini masih belum terstruktur dan berkesinambungan. Hal ini utamanya terjadi karena keterbatasan biaya. Pihak RSUD dan Dinas Kesehatan juga telah berupaya secara mandiri memperkaya kemampuan para Pembimbing Klinik dengan mengirimkam beberapa stafnya untuk mengikuti pelatihan atau dengan menyelenggarakan kegiatan sendiri secara internal. Namun demikian, upaya-upaya itu tampaknya masih belum mampu menjawab kebutuhan para pembimbing klinik. Para responden Pembimbing Klinik di Puskesmas menyatakan mereka belum

pernah diberikan pelatihan mengenai pengelolaan dan pembimbingan praktik mahasiswa. Berikut beberapa petikan;

- *"pernah ada pengiriman 4 pembimbing klinik untuk pelatihan dengan sponsor Dinkes"*
- *"sebelumnya saya (bidan) pernah mengikuti pembekalan pembimbing klinik selama 3 minggu di Ujung Pandang"*
- *"Kecuali bidan di Alak, semua bidan belum mendapat pembekalan tentang pembimbingan klinik"*
- *"Tahun 2006, terakhir Poltekkes memberikan pelatihan Pekerti. Juga ada pelatihan Pembimbingan klinik oleh Poltekkes selama 2 hari, serta pelatihan yang sama oleh Dinas Kesehatan."*
- *"Lebih sering seminar atau pelatihan yang berkaitan dengan penyakit atau keterampilan klinis, bukan mengenai pembimbingan"*

Harapan berikut ini menggambarkan kebutuhan para dosen pembimbing dalam pengembangan kompetensi mereka;

1. Perlu pembekalan tentang pembimbingan klinik karena proses pembimbingan yang terjadi selama ini hanya berdasarkan pengalaman selama menjadi mahasiswa
2. Perlu penambahan keterampilan khusus mengenai cara membimbing dan menilai
3. Perlu untuk dilatih sebelum berperan sebagai pembimbing klinik, termasuk prosedur dan cara-cara menangani mahasiswa yang tidak mampu memenuhi target praktik.
4. Perlu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan iptek kesehatan
5. Perlu teknik yang benar dalam mentransfer pengetahuan dan keterampilan selama proses pembimbingan klinik
6. Perlu peningkatan keterampilan untuk menangani mahasiswa yang bermasalah (tidak bermasalah)
7. Perlu peningkatan pengetahuan dan keterampilan mengelola praktik mahasiswa di unit kerja. Selama ini kami merasa mampu mengelola padahal kami tidak tahu yang ideal itu seperti apa.

Penyebaran dan Penitipan Mahasiswa

Mengingat kesibukan manajerial dan keterbatasan jumlah para pembimbing klinik di setiap unit RSUD atau Puskesmas, maka tidak semua mahasiswa dapat dibimbing secara terus menerus. Ketidakhadiran para dosen pembimbing secara konstan juga menyebabkan para pembimbing klinik mencari jalan keluar agar pembimbingan klinik dapat terselenggara. Upaya-upaya yang dilakukan terbagi dalam upaya terstruktur dalam kontrol institusi dan upaya yang dilakukan langsung oleh para pembimbing klinik di unit masing-masing. Upaya ini sangat bervariasi dari suatu unit terhadap unit lainnya. Secara terstruktur RSUD mengatur ulang penempatan mahasiswa di unit-unit setelah mendapat kerangka acuan dan daftar praktik mahasiswa yang dikirim oleh Poltekkes. Apabila terjadi penumpukan mahasiswa, setiap unit di RSUD menyebar mahasiswa dalam shift. Upaya yang dilakukan oleh para pembimbing klinik di setiap unit dalam bentuk penunjukan staf senior yang ada untuk terlibat dalam pembimbingan. Sekalipun demikian, tampaknya pembagian peran antara dosen pembimbing dan para staf senior ini dilakukan dengan persiapan seadanya, seperti yang diungkapkan berikut ini; *"kami menitipkan mahasiswa kepada staf senior apabila mahasiswa banyak atau ketika kami tidak ada. Staf senior tersebut kami tahu kinerjanya baik dan mampu membimbing."* Dalam situasi seperti itu, mereka menyepakati bahwa Pembimbing Klinik menangani laporan asuhan keperawatan sedangkan staf senior berperan langsung dalam pelaksanaan perasat-perasat.

Pada situasi yang hampir serupa, dikemukakan sebagai berikut; *“biasanya kami membimbing per kasus, misalnya hari ini tiga mahasiswa, selebihnya pada hari berikutnya. Apabila ada sebelas mahasiswa, pembimbingan hanya diberikan kepada tiga orang, selebihnya ditiptikan kepada perawat lain yang bukan pembimbing klinik”*. Situasi ini tidak saja terjadi di RSUD tetapi juga di Puskesmas, seperti yang diungkapkan berikut ini, *“saya titipkan mahasiswa pada koordinator program puskesmas dan melakukan pantauan pencapaian mereka”*. Hal ini didukung oleh satu-satunya partisipan yang terpaksa hadir dalam DKT karena menggantikan pembimbing kliniknya, *“kalau ada mahasiswa praktik biasanya kami diberi tahu tetapi apabila saya ditiptikan mahasiswa oleh pembimbing klinik, tidak dijelaskan apa yang harus saya lakukan untuk menilai mahasiswa atau target mereka,”*

Pembagian Peran antara Dosen Pembimbing dan Pembimbing Klinik

Peran dan tanggung jawab Dosen Pembimbing dan Pembimbing Klinik tidak diatur secara rinci dalam nota kesepakatan (MoU) dan kerangka acuan praktik. Umumnya Dosen Pembimbing hadir di tatanan klinik selama 1-2 hari selama periode praktik mahasiswa. Setiap kehadirannya berkisar antara 1-2 jam. Selama kehadirannya di tatanan klinik, Dosen Pembimbing mengambil peran sebagai *supervisor* terhadap kegiatan mahasiswa. Hal berikut ini yang dilakukan oleh para dosen pembimbing di unit praktik; memeriksa kelengkapan administratif seperti persensi, memantau tugas mahasiswa utamanya dalam hal pengambilan dan penugasan kasus sebagai tugas akhir pada periode praktik di suatu unit. Dosen Pembimbing melakukan aktivitas *bed-site teaching* tidak secara mandiri tetapi selalu dilakukan bersama pembimbing klinik di unit masing-masing. Untuk suatu aktivitas dan prosedur keperawatan / kebidanan yang akan dilakukan oleh mahasiswa, Dosen Pembimbing menyiapkan mahasiswa secara teknis tetapi ketika asuhan langsung diberikan kepada pasien, mahasiswa langsung berada dalam bimbingan Pembimbing Klinik. Pada saat itu dosen pembimbing mengamati dan atau melakukan asistensi kepada mahasiswa atau kepada Pembimbing Klinik. Hal ini dilakukan karena mereka merasa tidak terlalu kenal dengan situasi di lingkungan unit tempat praktik. Kalimat-kalimat berikut merupakan cuplikan DKT;

- *“di unit, 30 menit pertama dosen pembimbing dan pembimbing klinik memeriksa LP (laporan pendahuluan)”*
- *“di Puskesmas, pada hari H biasanya dosen pembimbing datang dan kami melakukan pertemuan awal selama sekitar 30 menit. Setelah dosen pulang kami meneruskan pertemuan dengan para mahasiswa dilanjutkan dengan orientasi ruangan dan penempatan di Puskesmas”*
- *“Pembagaan tugas CT dan CI tidak ada tetapi kami sudah kompromi, dosen menangani responsi sedangkan kami yang perasat...dosen datang 2 kali dalam seminggu, hari senin dan rabu atau selasa dan kamis”*
- *“saya tidak langsung mendampingi mahasiswa tetapi saya memantaunya melalui tanya jawab kasus dengan mahasiswa”*
- *“di Puskesmas, dosen pembimbing berperan menyiapkan mahasiswa sebelum melakukan tindakan. Pembimbing klinis dan mahasiswa memeriksa pasien. Apabila akan dilakukan tindakan mahasiswa harus mendapat persetujuan dari dosen pembimbing setelah pengetahuannya direview”*
- *“ketika melakukan perasat misalnya imunisasi dst biasanya kami mendampingi tetapi pada umumnya untuk penyuluhan dosen pembimbing yang hadir”*
- *“harusnya ada komitmen antara dosen pembimbing dan kami sehingga hasilnya dapat maksimal”*
- *“Di unit saya, dosen rajin datang sehingga hasil lebih baik”*
- *“kami berharap kalau dosen tidak mengajar sebaiknya membimbing mahasiswa atau meningkatkan kemampuannya”*

Dari hasil kunjungan observasi yang dilakukan di dua unit di RSUD tempat mahasiswa praktik didapati data sebagai berikut,

- Di kamar bersalin, terdapat sembilan (9) mahasiswa yang berdinas pagi (dari total 17 mahasiswa) didampingi oleh seorang dosen pembimbing. Kesembilan mahasiswa itu merupakan mahasiswa tahun kedua dan ketiga. Aktivitas dosen pembimbing pada hari observasi lebih ditujukan kepada pendampingan kepada mahasiswa tahun terakhir untuk pertolongan persalinan. Tidak tampak upaya pembagian peran dan tanggung jawab antar dosen pembimbing dengan pembimbing klinik selama proses pembimbingan. Pembimbing klinik lebih mengutamakan kegiatan pelayanan kepada pasien tanpa melibatkan mahasiswa. Sebelumnya, kepala ruang yang juga sebagai pembimbing klinik mengumpulkan mahasiswa untuk presensi dan pengumuman tentang kesibukannya sebagai pengelola unit. Pada saat observasi sedang terjadi evaluasi mendadak (sidak) tentang pelaksanaan pencegahan infeksi nosokomial (INOK).
- Di unit nifas ditemukan sejumlah 8 orang mahasiswa tahun kedua dan tahun ketiga yang dibagi dalam 3 jadwal dinas. Terdapat 2 orang mahasiswa yang berdinas pagi, seorang mahasiswa regular dan seorang lagi mahasiswa jalur khusus. Kepala ruang dan wakilnya berfungsi sebagai pembimbing klinik di pagi hari. Tidak ada pembimbing klinik lain selain mereka di unit itu. Ada seorang dosen pembimbing yang ditugaskan di unit nifas tetapi karena masih dalam proses belajar tidak dapat sepenuhnya berperan sebagai pembimbing klinik. Untuk itu, ada dosen pembimbing lain didatangkan ke unit nifas selama proses observasi. Terjadi diskusi antara dosen pembimbing dengan mahasiswa tanpa melibatkan pembimbing klinik. Dosen pembimbing menyiapkan mahasiswa sebelum melakukan aktivitas / prosedur sedangkan pada saat melaksanakan prosedur pada pasien, pembimbing klinik berperan aktif dalam proses pembimbingan. Menurut pembimbing klinik pembimbingan yang terjadi pada hari observasi tersebut biasanya dilakukan pada saat ujian. Pembimbing klinik merasa senang dengan situasi ini dan berharap bahwa situasi ini terjadi setiap hari saat mahasiswa berpraktik.

IV. Target pencapaian dan Sikap Mahasiswa

Target Pencapaian di Lahan Praktik

Jumlah dan target pencapaian praktik pada Jurusan kebidanan dan keperawatan ditetapkan secara berbeda. Namun demikian, pengukuran pencapaian target praktik dilakukan menggunakan metode yang hampir sama, seperti penilaian pembuatan laporan pendahuluan (LP), ujian kasus, dan penilaian prosedur berdasarkan buku operasional.

Dalam DKT, partisipan Pembimbing Klinik menyatakan berbagai situasi yang menyebabkan mahasiswa tidak mampu mencapai target, seperti keterbatasan jumlah kasus dan program pada saat mahasiswa dijadwalkan praktik, lama masa praktik, dan sistem rotasi dan penempatan mahasiswa. Berikut petikan dari DKT Dosen pembimbing Keperawatan; *“waktu praktik Kep Maternitas hanya satu minggu sehingga target pencapaian kurang sekali, jika tidak tercapai kami akal-akalin”*, atau Pembimbing Praktik Keperawatan dan Kebidanan di RSUD mengatakan, *“beberapa lulusan D-3 kebidanan tidak bisa apa-apa, mungkin karena kurangnya waktu praktik.... Kasus banyak tetapi jumlah mahasiswa juga banyak.... Biasanya tidak semua target tercapai..., maka jam praktik ditambahkan untuk mahasiswa tertentu”*. Ungkapan berbeda datang dari para partisipan Pembimbing Klinik di Puskesmas; *“Pada saat mahasiswa praktik, tidak ada pelayanan posyandu, mereka tidak dapat kesempatan”*. Keraguan akan pencapaian mahasiswa diungkapkan oleh Pembimbing Klinik sebagai berikut: *“ada juga mahasiswa yang sampai lulus tidak pernah dinas di kamar bersalin”*

Hal senada ditegaskan oleh beberapa partisipan DKT dosen pembimbing. Dosen pembimbing MK keperawatan komunitas melihat situasi ini ada kaitannya dengan perubahan jumlah dan sebaran SKS praktik pada kurikulum yang ada seperti diungkapkan berikut; *“praktik yang didisain di MK komunitas I, waktunya tidak cukup, maka kami lebih banyak berikan kasus fiktif”*.

Untuk mengatasi pencapaian target praktik mahasiswa, Poltekkes telah melakukan upaya-upaya terobosan seperti menambah dan memperluas lahan praktik. Ungkapan berikut mengindikasikan upaya-upaya yang telah dan akan dilakukan oleh Poltekkes; *“kami akan memakai RS Bhayangkara sebagai lahan praktik.... mahasiswa dibawa keluar NTT (misalnya Denpasar) untuk mendapatkan pengalaman belajar di unit-unit tertentu seperti unit Jiwa.. mahasiswa juga ditempatkan di bidan praktik”*.

Beberapa ungkapan pembimbing klinik tentang penilaian dan pengukuran pencapaian target praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan:

- *“para mahasiswa hanya mengarang untuk mencapai target yang dituntut. Ini mengajar mereka untuk berbohong”*.
- *“penilaian harusnya tidak hanya sekedar berdasarkan berapa kali suatu keterampilan yang telah dilakukan”*

Sikap Mahasiswa

Hampir semua pembimbing klinik partisipan DKT mengutarakan kendala yang dihadapi mereka sekaitan dengan ketidaksiapan dan sikap mahasiswa. Sikap mahasiswa yang diidentifikasi antara lain, kurang serius menyelesaikan target, menganggap praktik hanya suatu formalitas, kurang inisiatif dan kreatifitas, tidak hadir praktik tanpa pemberitahuan, tidak mengumpulkan tugas tepat pada waktunya, menghilang dari tempat praktik, hanya bersikap baik ketika berada di unit. Sekalipun demikian mereka menyadari bahwa ada cukup banyak mahasiswa yang memiliki sikap baik dan pada umumnya mahasiswa ini memiliki kinerja yang baik dan cepat beradaptasi. Berikut ini ungkapan-ungkapan mereka mengenai sikap mahasiswa tersebut:

- *“kalau ada tugas tidak dilakukan dan selalu begitu.... mahasiswa sekarang inisiatif dan kreatifitas mereka rendah.”*
- *“etika dan sopan santun kurang sekali”*

- *“tidak ada rasa sungkan sekalipun ada pembimbing atau dokter, tetap main HP”*
- *“berbicara dengan pasien juga sulit sekali. Kadang hanya 1-2 mahasiswa saja yang siap untuk praktik”.*

Para pembimbing ini menganggap ada pergeseran sikap dan kedisiplinan mahasiswa sekarang apabila dibandingkan dengan pengalaman mereka sebelumnya. Mereka menyadari bahwa hal ini dapat terjadi karena; faktor mahasiswa (*“usia muda sehingga kurang dewasa”*), situasi dan sistem pembelajaran yang tidak mendukung (*“jumlah mahasiswa banyak dan dosen pembimbing tidak selalu hadir”*), juga karena keterbatasan pembimbing klinik dalam teknik pembimbingan (*“kami tidak tahu teknik yang benar dalam pembimbingan”*).

Para Pembimbing Klinik juga telah berupaya semaksimal mungkin untuk mengatasi sikap mahasiswa yakni dengan cara menyampaikannya kepada Dosen Pembimbing dan menambahkan waktu pertemuan dengan mahasiswa di unit. Mereka berharap ada perubahan pendekatan di institusi pendidikan sehingga mahasiswa ini kelak dapat menjadi petugas kesehatan professional. Persiapan yang baik sebelum aktivitas praktik, kehadiran dosen pembimbing di lahan praktik, keberfungsian forum komunikasi antara Poltekkes dan Lahan praktik serta penambahan MK tertentu yang berkaitan dengan etika dan sopan santun juga dianggap sebagai solusi untuk mengatasi masalah ini. Berikut ini petikan hasil DKT:

- *“sebaiknya sebelum praktik mahasiswa disiapkan secara mental dan fisik”*
- *“Dosen pembimbing harus sering hadir, mereka hanya takut dan hormat kepada dosennya saja”*
- *“perlu ditambahkan MK etika dasar, sehingga sopan santun mereka diperkuat”*
- *“Sebaiknya ada pertemuan setiap 3 bulan sekali untuk membahas permasalahan mahasiswa”*

Disisi lain, para dosen pembimbing juga menyadari ini dan menandakan bahwa tidak banyak mahasiswa yang tidak disiplin. Kepada mahasiswa ini telah melakukan indisipliner. Mereka menegaskan bahwa mahasiswa mengetahui tentang peraturan kedisiplinan yang ada di lingkungan Poltekkes.

Bagian V

Simpulan, Rekomendasi dan Tindak Lanjut Propinsi NTT

I. Rancangan dan Management Pembelajaran Klinik

Keberhasilan pembelajaran klinik sangat ditunjang oleh kemampuan insitusi pendidikan dan insitusi pelayanan kesehatan dalam merancang sistem pembelajaran klinik. Yang termasuk dalam proses merancang pembelajaran klinik ini adalah memastikan bahwa sebelum suatu insitusi / unit pelayanan kesehatan dipilih sebagai lahan praktik mahasiswa keperawatan / kebidanan paling tidak faktor-faktor berikut tersedia secara adekuat; 1) Dosen pembimbing, 2) kasus atau pasien, 3) pembimbing klinik, dan 4) peralatan dan fasilitas. Yang termasuk didalam komponen fasilitas adalah ketersediaan ruang dan sarana sebagai forum untuk membagi pengalaman dan strategi inovatif yang ada (Reilly & Oermann, 1992; Lowry, LW, 1998).

Hasil kajian di Poltekkes Kupang yang diperoleh melalui observasi maupun diskusi kelompok terpadu menyimpulkan bahwa sistem pembelajaran klinik masih belum dirancang secara terstruktur dan tersistematis. Hal ini dapat tergambar dari beberapa kondisi seperti, ketidakefektifan dan efisiensi alokasi waktu pembelajaran klinik baik di laboratorium maupun di tatanan klinik, keterbatasan ketersediaan sumber daya manusia (pembimbing klinik dan dosen pembimbing), rendahnya partisipasi dosen pembimbing dalam perancangan dan mentorship, belum optimalnya persiapan teknis untuk lingkungan pembelajaran, serta adanya hambatan dalam komunikasi dan koordinasi untuk operasional aktivitas pembelajaran klinik antara insitusi pendidikan dan insitusi pelayanan tempat praktik klinik dilakukan.

Setiap Jurusan Keperawatan dan Kebidanan mengaplikasikan Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) sesuai pedoman yang masing-masing dikeluarkan BPPSDMK pada tahun 2002 untuk Kebidanan dan 2006 untuk Keperawatan (Lampiran 1a – Kurikulum 2002 dan Lampiran 1b - Kurikulum 2006). Poltekkes melakukan beberapa modifikasi sesuai kebutuhan pembelajaran antara lain dengan memperbesar komponen praktikum laboratorium dan praktik lapangan. Sekalipun demikian, tampaknya usaha-usaha tersebut belum dapat menyelesaikan kebutuhan pembelajaran klinik. Permasalahan kesenjangan rasio antara dosen pembimbing dan pembimbing klinik terhadap mahasiswa serta keterbatasan kapasitas dosen pembimbing dan pembimbing klinik, merupakan hambatan besar terhadap optimalisasi pembelajaran klinik bagi peserta didik.

Ketidaksiapan para dosen, terutama dosen junior dalam merancang pembelajaran klinik antara lain tergambar dalam kesulitan mereka memaknai kurikulum KBK tahun 2006. Kesulitan tersebut utamanya dalam hal pemaknaan satuan kredit ke dalam hitungan jam pembelajaran baik di dalam kelas, laboratorium maupun di tatanan klinik. Pengetahuan dan keterampilan dalam pemaknaan KBK ini penting dilakukan karena dengan berpartisipasi dalam perancangan memungkinkan bagi setiap staf dosen untuk terlibat dalam proses memonitor dan mengevaluasi sistem pembelajaran klinik.

Siklus pembelajaran klinik yang terstruktur memungkinkan bagi peserta didik untuk meningkatkan kompetensinya secara bergradasi dan optimal. Sebelum memasuki tatanan klinik mahasiswa harus disiapkan secara fisik dan mental serta dibekali dengan pencapaian target kompetensi. Di tatanan klinik mahasiswa harus berada di bawah bimbingan dosen pembimbing dan pembimbing klinik secara simultan dan terus menerus. Peran pembimbing klinik dalam hal ini tidak saja sebagai mentor tetapi juga sebagai role model dalam pemberian asuhan. Ketidacukupannya ketersediaan pembimbing klinik mempengaruhi kesempatan mereka berkontribusi terhadap pembentukan sikap dan peran profesional para peserta didik. Proses imitasi sikap dan peran profesional ini semakin berkurang apabila para pembimbing klinik dan juga dosen pembimbing memiliki keterbatasan keterampilan dan kompetensi klinis dan pembimbingan.

Kesiapan mahasiswa dalam praktik di tatanan klinik sangat ditunjang oleh kesiapan mereka dalam proses pembelajaran di laboratorium. Keterbatasan jam praktikum yang disebabkan oleh penambahan jumlah mahasiswa yang tidak diikuti dengan penambahan fasilitas laboratorium dan jumlah dosen pembimbing sehingga menurunkan kesempatan mahasiswa melakukan proses pembelajaran di laboratorium.

Sistem komunikasi dan koordinasi yang baik antara insitusi pendidikan dan pelayanan dalam konteks pendidikan klinik merupakan salah satu komponen penting dalam keberhasilan pembelajaran klinik. Sistem ini dapat tergambar dari nota kesepakatan bersama yang mencerminkan hak dan kewajiban bersama dalam proses pembelajaran klinik. Selain dari itu, sistem monitoring dan evaluasi yang dirancang dengan seksama dan komprehensif serta dikomunikasikan secara terstruktur kepada seluruh komponen yang terlibat dalam proses pembelajaran klinik akan berkontribusi kepada hasil akhir pembelajaran yang diharapkan. sistem komunikasi, monitoring dan evaluasi pembelajaran mempengaruhi pencapaian target keterampilan dan kompetensi mahasiswa. Sistem ini juga dibangun dalam rangka adanya kepastian pembagian peran antara insitusi pendidikan dan institusi pelayanan serta pembagian peran antara dosen pembimbing dan pembimbing klinik di tatanan klinik.

Rekomendasi

Dukungan diberikan kepada Jurusan Keperawatan dan Kebidanan Poltekkes NTT dalam merancang dan mengelola sistem pembelajaran klinik. Dukungan ini dapat dilakukan melalui kegiatan twinning dengan proses sebagai berikut:

1. Studi banding oleh '*key persons*' dari Jurusan Keperawatan dan Kebidanan pada Institusi Pendidikan Tinggi Keperawatan dan Kebidanan terkemuka, STIK Sint Carolus
2. Pelatihan atau pendampingan kepada masing-masing Jurusan untuk meninjau ulang dan memperbaiki rancangan praktik pembelajaran klinik sesuai tuntutan SKS pada kurikulum yang berlaku. Komponen rancangan pengelolaan pembelajaran klinik yakni:
 - a. Merancang dan mengelola praktik laboratorium
 - b. Merancang dan mengelola praktik di tatanan klinik (rumah sakit dan Puskesmas)
 - c. Mengevaluasi dan memperbaharui MoU
 - d. Merancang sistem komunikasi dan koordinasi pembelajaran praktik, termasuk koordinasi dan komunikasi dengan Dinas Kesehatan
 - e. Merancang evaluasi pembelajaran praktik
3. Forum komunikasi antar institusi pendidikan dan institusi pelayanan diperkuat untuk proses perancangan, sosialisasi dan evaluasi pembelajaran klinik di Jurusan masing-masing
4. Dukungan finansial untuk menambah alat dan pelengkapan yang dibutuhkan di laboratorium, utamanya untuk Jurusan Keperawatan. Peralatan yang paling membutuhkan perhatian adalah yang berkenaan dengan Keperawatan Maternitas.

II. Dosen Pembimbing

Sistem Seleksi dan pembinaan dosen pembimbing memainkan peranan penting dalam memupuk kesiapan dan kompetensi dosen pembimbing dalam proses pembelajaran klinik. Oleh karena itu persiapan untuk para dosen pembimbing tidak hanya berfokus kepada peningkatan kompetensi klinik tetapi juga kemampuan dalam melaksanakan pembelajaran klinik. Yang termasuk dalam keterampilan pembelajaran klinik tersebut (White & Ewan 1997) yakni, 1) mengatasi mahasiswa yang kurang pengalaman pembelajaran klinik, 2) mengikutkan pasien dalam aktivitas pembelajaran, 3) kemampuan memberikan koreksi dan feedback, 4) mengaplikasi teori ke dalam praktik, 5) menjembatani perbedaan antara teori dan praktik di lapangan.

Dosen pembimbing berperan dalam mendidik mahasiswa di kelas, laboratory dan di tatanan klinik. Di tatanan klinik, dosen pembimbing memainkan dua peran penting ketika melakukan pembelajaran klinik, yakni sebagai pendidik (*educator*) dan sebagai pelaku rawat (*carer*). Peran sebagai pelaku rawat memungkinkan dosen dalam mendampingi mahasiswa dalam mensintesa konsep teori dalam situasi nyata di tatanan klinik. Untuk dapat terus menerus mampu berperan sebagai perawat professional, para dosen pembimbing perlu terus menerus diberikan kesempatan untuk meningkatkan kompetensi klinisnya. Hal lain yang juga menjadi perhatian adalah mempersiapkan dosen pembimbing dalam mengkaji dan mengevaluasi kemampuan dan kompetensi mahasiswa (White, R & Ewan, C, 1997).

Hasil kajian ini menyimpulkan bahwa pada umumnya para dosen secara teknis belum sepenuhnya disiapkan untuk menjadi dosen pembimbing. Pengalaman dalam keterampilan klinis yang terbatas serta tidak ditunjang dengan pengkayaan keterampilan teknis klinis yang dilakukan secara sistematis dan terstruktur menempatkan para dosen dalam ketidaksiapan secara optimal dalam pembimbingan klinik. Kuantitas dosen pembimbing yang rendah yang tergambar dari rasio yang sangat senjang antara dosen pembimbing dan mahasiswa berkontribusi kepada kualitas supervisi dalam pembelajaran klinik. Hart and Rotem (1994) dalam penelitiannya menggarisbawahi bahwa kualitas supervisi dan pengenalan yang baik pada unit tempat pembelajaran klinik oleh dosen pembimbing yang berperan sebagai supervisi akan sangat membantu mahasiswa mencapai kompetensi mereka. Pengenalan ini hanya dapat terjadi apabila para dosen pembimbing pernah magang dan terlibat dalam pembimbingan langsung di unit-unit tempat praktik terjadi.

Rekomendasi

Dukungan diberikan kepada para dosen pembimbing oleh Poltekkes melalui upaya peningkatan ketrampilan klinis, keterampilan membimbing dan manajemen pembimbingan klinik. Penguatan kapasitas dosen pembimbing dapat dilakukan dengan cara:

1. Menyiapkan dana tambahan bagi para dosen yang telah menyelesaikan program akademik pada pendidikan formal sehingga mereka mampu memperkaya keterampilan klinis selama satu tahun program profesi. Dukungan ini khusus diberikan kepada para dosen junior yang minim pengalaman klinis.
2. Memantapkan peran dan skil dosen pembimbing dengan cara pertukaran dosen pembimbing dari institusi pendidikan terkemuka.
3. Untuk program jangka panjang, merancang pelatihan training of trainers (TOT) bagi para dosen pembimbing dan pembimbing klinik.
4. Melakukan pelatihan secara berkesinambungan kepada para dosen pembimbing sesuai bidang yang diampunya. Penguatan komponen keterampilan klinis dosen pembimbing yakni :
 - a. Keterampilan mengkaji – pemeriksaan fisik paru dan jantung
 - b. Pertolongan persalinan normal, pemeriksaan ibu hamil, dan *cardiotopography* (CTG)
 - c. Aplikasi manajemen terpadu balita sakit (MTBS) pada kasus nyata di lapangan
 - d. *Basic Trauma Cardio Life Supports* (BTCLS)
 - e. Komunikasi lintas sektoral dan pengorganisasian masyarakat dalam peran perawat komunitas
5. Menjembatani Poltekkes untuk berkomunikasi dan berkoordinasi dengan pengelola program-program di Dinas Kesehatan setempat untuk pertukaran informasi terkini kedua belah pihak.

III. Pembimbing Klinik

Pembimbing klinik memainkan peran marginal dalam pembelajaran klinik di lapangan. Beberapa peran pembimbing klinik (White, R & Ewan, C, 1997) adalah; 1) mengorientasikan dan mempersiapkan unit untuk menerima mahasiswa, 2) mengorientasikan mahasiswa kepada aktivitas yang akan dilakukan sesuai dengan target pencapaian dan kompetensinya, 3) memfasilitasi proses pembelajaran klinik agar kompetensinya berkembang, 4) menjadi role model dalam pemberian asuhan. Pembimbing klinik harus mampu menampilkan pelayanan dengan dasar filosofi yang baik dalam aspek klinis, moral dan etik untuk dicontoh oleh mahasiswa. Untuk mampu berperan secara optimal, pembimbing klinik perlu mengikuti serangkaian persiapan mendasar yang berkaitan dengan teknik pembimbingan klinik termasuk didalamnya adalah keterampilan mengevaluasi penampilan mahasiswa (Calman et al, 2002; White, R & Ewan, C, 1997). Persiapan-persiapan ini juga merupakan sarana bagi para pembimbing klinik memahami hak dan kewajiban mereka serta kejelasan pembagian peran antara mereka dengan para dosen pembimbing di tatanan klinik.

Hasil kajian ini menggarisbawahi beberapa hal penting yang berkenaan dengan pembimbing klinik, yakni proses persiapan teknis bagi para pembimbing klinis dalam aspek pembimbingan klinik masih belum optimal dan sistematis. Di beberapa tatanan klinik, karena keterbatasan sumber daya manusia, masih terdapat pembimbing klinik yang berada di bawah standar yang ditetapkan oleh BPPSDMK. Banyaknya praktikan yang datang dari berbagai institusi pendidikan pada waktu bersamaan membawa dampak pada kesenjangan yang luas pada nisbah antara pembimbing praktik dengan mahasiswa. Pada situasi lain, terjadi pendelegasian tugas pembimbingan kepada staf yang bukan pembimbing klinik tanpa diawali dengan persiapan memadai. Jalan tengah yang diambil oleh para pembimbing klinik untuk secara personal melakukan pembimbingan kepada para mahasiswa berdasarkan pengalaman ketika menjadi mahasiswa atau dengan mengamati para senior terdahulu membawa dampak kepada ketidakseragaman pendekatan dan metode pembimbingan yang diterima oleh para mahasiswa.

Pembagian peran antar dosen pembimbing dan pembimbing klinik menjadi suatu kendala sendiri dalam proses pembelajaran klinik. Keterbatasan-keterbatasan dalam melaksanakan peran masing-masing sangat ditunjang oleh keterbatasan jumlah dosen pembimbing, keterbatasan kompetensi klinis dosen pembimbing, dan ketidakjelasan pembagian peran yang dipersepsikan oleh pembimbing klinik. Situasi ini pada gilirannya akan berdampak pencapaian kompetensi dan penampilan mahasiswa.

Rekomendasi

Dukungan diberikan kepada para Pembimbing klinik oleh Poltekkes maupun oleh Dinas Kesehatan, melalui upaya peningkatan keterampilan pembimbingan klinis dan manajemen pembimbingan klinik. Juga, diperlukan fasilitas yang adekuat untuk menunjang peran dan tugas Pembimbing Klinik secara optimal, antara lain dengan penyediaan ruang pertemuan. Penguatan kapasitas Pembimbing Klinik dapat dilakukan dengan cara :

1. Memantapkan peran dan keterampilan Pembimbing Klinik melalui pelatihan dengan menitikberatkan pada evaluasi target pembelajaran klinik serta strategi pembinaan dan pembimbingan bagi mahasiswa dengan motivasi rendah.
2. Memantapkan peran dan keterampilan Kepala Ruang dalam pengelolaan unit yang dipergunakan sebagai lahan praktik mahasiswa keperawatan dan kebidanan
3. Melakukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan teknis secara berkesinambungan kepada para Pembimbing Klinik sesuai kebutuhan di unit kerjanya.

IV. Target Pencapaian dan Sikap Mahasiswa

Pencapaian target kompetensi dapat terjadi apabila mahasiswa cukup terpapar dalam pembelajaran klinis serta dibimbing secara optimal. Ketercukupan waktu terpapar ini sangat didukung dengan ketersediaan pasien / kasus. Ketersediaan pasien / kasus tidak dapat terpenuhi apabila terjadi penumpukan mahasiswa di unit tatanan klinik. Hal yang tidak kalah pentingnya dalam pembelajaran klinik adalah proses mengevaluasi penampilan dan kompetensi mahasiswa. Secara mendasar sasaran pembelajaran klinik terdiri dari tiga domain, yakni kognitif, afektif, dan psikomotor (White, R & Ewan, C, 1997).

Oleh karena evaluasi pembelajaran klinik sangat dipengaruhi oleh individu yang melakukan evaluasi, alat dan metode yang dipakai untuk mengevaluasi, maka sebagai prasyarat, dosen pembimbing dan pembimbing klinik haruslah dipersiapkan melalui suatu pelatihan (Calman et al, 2002). Metode dan alat evaluasi yang sama atau mirip dapat diterapkan untuk setiap domain sasaran pembelajaran klinik. Di antara domain kompetensi, domain sikap merupakan hal yang paling sulit dinilai. Situasi lingkungan pembelajaran dapat juga mempengaruhi proses dan hasil evaluasi pembelajaran klinik. Jumlah mahasiswa yang banyak akan menyebabkan mahasiswa kurang mendapat perhatian dari para pembimbing yang pada gilirannya menyulitkan dalam memonitor dan mengevaluasi pencapaian dan kompetensi mereka, termasuk mengevaluasi sikap mahasiswa. Mengevaluasi perilaku harus mempergunakan berbagai teknik agar mampu mendapatkan gambaran yang lebih utuh dan obyektif (Calman et al, 2002; Hart & Rotem, 1994; White, R & Ewan, C, 1997).

Hasil kajian ini memberikan gambaran secara kasar bahwa Poltekkes sudah berusaha merancang metode yang komprehensif untuk mengevaluasi pencapaian. Namun demikian, berbagai kendala dan keterbatasan yang dijumpai di lapangan seperti, minimnya jumlah kasus, lama masa praktik, penumpukan mahasiswa, sistem rotasi dan penempatan mahasiswa yang belum optimal yang terungkap mengindikasikan perlunya mengevaluasi kembali rancangan pembelajaran klinik sehingga lebih mampu menjawab kebutuhan kompetensi mahasiswa. Keluhan-keluhan mengenai sikap mahasiswa seperti kemalasan, kurang disiplin dan inisiatif serta berbagai sikap berkenaan dengan sopan santun merupakan komponen yang perlu digarap secara serius mengingat proses pembelajaran klinik tidak sekedar menuntun seseorang menjadi terampil secara teknis tetapi juga secara etik dan moral.

Rekomendasi

Dukungan diberikan kepada Poltekkes untuk penguatan kurikulum sesuai kebutuhan lokal dan penguatan pemantauan mutu pendidikan melalui :

1. Pengkayaan kurikulum muatan komponen *soft skill*
2. Meningkatkan kapasitas bidang Penjaminan Mutu (*Quality insurance*) di Poltekkes untuk memastikan adanya monitoring dan evaluasi sistem pembelajaran secara berkala dan berkesinambungan dan memastikan adanya lingkungan sistem pembelajaran yang kondusif bagi mahasiswa, termasuk menyiapkan role model di tatanan klinik.
3. Meningkatkan kapasitas dosen pembimbing dan pembimbing klinik dalam keterampilan mengevaluasi penampilan mahasiswa. Selain itu perlu dilakukan upaya terstruktur untuk memperbaiki alat dan metode evaluasi penampilan dan kompetensi mahasiswa dalam pembelajaran klinik.

V. Kegiatan Tindak Lanjut

Strategi tindak lanjut dari kajian ini akan dikembangkan oleh STIK Sint Carolus bekerja sama dengan Poltekkes, Dinkes dan GTZ/EPOS.

Daftar Pustaka

- Calman, H., et al (2002). Assessing Practice of Student Nurses: Methods, Preparation of Assessors and Students Views. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (5): 516-523
- Departemen Pendidikan Nasional RI (2004). *Strategi Pendidikan Tinggi Jangka Panjang 2003–2010: Mewujudkan Pendidikan Tinggi Berkualitas. Buku Pendukung HELTS 2003-2010*. Departemen Pendidikan Nasional RI, Dirjen Pendidikan Tinggi.
- Depkes, 2006. *Kurikulum Program Diploma III Keperawatan*. Jakarta: BPPSDMK Depkes RI
- Depkes, 2002. *Kurikulum Nasional Pendidikan Diploma III Kebidanan*. Jakarta: Depkes RI.
- Hart, G., & Rotem, A. (1994). The best and the worst: Students Experience of Clinical Educations. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 11 (3): 26-33
- Kerse L., Luan BM., Lawintono L. (2008). *Strengtening and Enhancement of the Quality of Government Health Care Services Provided by Nurses and Midwives: The Design and implementation of an Assessment of the Educational Systems in Nusa Tenggara Timur (NTT) and Nusa Tenggara Barat (NTB)*. Report prepared for GTZ, EPOS Health Consultant and AIPMNH. Jakarta.
- Lowry, L.W. (1998). *The Neuman System Model and Nursing Education: Teaching Strategies and Outcomes*. Indianapolis, Sigma Theta Tau International
- Stark, S., Fortune, F. (2003). Teaching Clinical Skills in Developing Countries: Are Clinical Skills Centres the Answer? *Education for Health*, Vol. 16, No. 3, November 2003, 298 – 306
- Reilly, D.E., & Oermann, M.H. (1992). *Clinical Teaching in Nursing Education*. New York: Publication Dev Co
- WHO (2001). Nursing and Midwifery for Health: Guidelines for Member States on the Implementation of the Strategy. *Programme World Health Organization Regional Office for Europe. Section 1-8*.
- White, R. & Ewan, C. (1991). *Clinical Teaching in Nursing*. Australia, Chapman and Hall

Daftar Undang-Undang dan Peraturan

- UU RI No. 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional
- Kepmendiknas No 232/U/2000 Tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa.
- KepmenKessos No 43 / Menkes-Kesos/SK/I/2001

Lampiran 1a

Kurikulum Diploma III Kebidanan 2002



**KURIKULUM NASIONAL
PENDIDIKAN DIPLOMA III KEBIDANAN**

**DEPARTEMEN KESEHATAN
JAKARTA, 2002**



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA



H.R. Rasuna Said Blok X5 Kapling No. 4-9
Jakarta 12950

Telp. 5201590 (Hinting)

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR : HK.00.06.2.4.1583

Tentang

KURIKULUM PENDIDIKAN DIPLOMA III KEBIDANAN

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

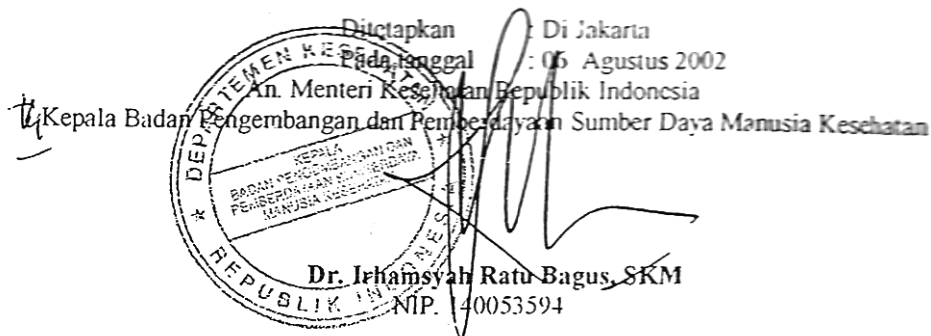
- Menimbang : a. bahwa dalam rangka menyiapkan tenaga kesehatan yang terampil dan bermutu, perlu mempergunakan kurikulum yang telah ditetapkan;
- b. bahwa dengan berlakunya Keputusan Menteri Pendidikan Nasional No.232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa, maka Kurikulum Diploma III Kebidanan perlu disesuaikan;
- c. Bahwa dengan telah dilakukan penyesuaian dari Kurikulum 1996 menjadi kurikulum 2002 perlu ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 2 Tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Tahun 1989 nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3390);
2. Undang-undang Nomor 2 Tahun 1989 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 1999 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3859) ;
5. Keputusan Presiden Nomor 102 tahun 2001 tentang Kedudukan, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen;
6. Keputusan Presiden Nomor 109 tahun 2001 tentang Unit Organisasi dan Tugas Eselon I Departemen Kesehatan;
7. Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Nomor 009/U/1996 tahun 1996 tentang Berlakunya Kurikulum Program D-III Kebidanan secara Nasional;
8. Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan tata Kerja Departemen Kesehatan;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
Kesatu : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG KURIKULUM PENDIDIKAN DIPLOMA III KEBIDANAN
- Kedua : Kurikulum Diploma III Kebidanan sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan

- Ketiga : Kurikulum Diploma III Kebidanan ini diberlakukan bagi institusi Pendidikan Diploma III Kebidanan di seluruh Indonesia, baik milik pemerintah maupun swasta
- Keempat : Kurikulum Diploma III Kebidanan ini ditetapkan sejumlah 110 satuan kredit semester dan masing-masing institusi dapat mengembangkan serta menetapkan kurikulum, institusi sesuai dengan kebutuhan institusi tidak melebihi jumlah maksimal satuan kredit semester Diploma III sebanyak 120 satuan kredit semester
- Kelima : Penilaian terhadap Kurikulum Diploma III Kebidanan dilakukan secara berkala oleh Departemen Kesehatan
- Keenam : Dengan berlakunya keputusan ini maka Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.00.05.1.1.1990 tahun 1996 tentang Berlakunya Kurikulum Institusi Program Diploma iii Kebidanan di lingkungan Departemen Kesehatan dinyatakan tidak berlaku lagi.
- Ketujuh : Pelaksanaan keputusan ini diberlakukan bagi mahasiswa tahun akademik 2002/2003
- Kedelapan : Bagi mahasiswa tingkat II dan mahasiswa tingkat III pada tahun akademik 2002/2003 sampai dengan lulus tetap menggunakan kurikulum sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.00.05.1.1.1990 tahun 1996 tentang Berlakunya Kurikulum Institusi Program Diploma III Kebidanan di lingkungan Departemen Kesehatan
- Kesembilan : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan : Di Jakarta
pada tanggal : 06 Agustus 2002
An. Menteri Kesehatan Republik Indonesia
Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan



Dr. Irhamyah Ratu Bagus, SKM
NIP. 140053594

Salinan Keputusan ini disampaikan Kepada Yth :

1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia
2. Gubernur Provinsi di seluruh Indonesia
3. Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan
4. Inspektur Jenderal Departemen Kesehatan
5. Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional
6. Kepala Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan
7. Kepala Biro Hukum dan Organisasi Departemen Kesehatan
8. Kepala Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan
9. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi di seluruh Indonesia
10. Direktur Politeknik Kesehatan di seluruh Indonesia
11. Direktur Akademi Kebidanan di seluruh Indonesia
12. Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan di seluruh Indonesia
13. Ketua Program Studi Kebidanan Politeknik Kesehatan di seluruh Indonesia


KATA PENGANTAR

Rasa syukur dipanjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa bahwa kurikulum Program Diploma III Kebidanan di lingkungan Departemen Kesehatan ini telah dapat disusun. Kurikulum ini merupakan penjabaran dan hasil revisi dari kurikulum yang berlaku secara Nasional Program Diploma III Kebidanan yang ditetapkan oleh Menteri Pendidikan dan Kebudayaan No.009/U/1996 tanggal 03 Januari 1996. Revisi kurikulum di lakukan dengan mengacu kepada Keputusan Menteri Pendidikan Nasional No. 232/U/2000 tentang pedoman penyusunan kurikulum pendidikan tinggi dan penilaian hasil belajar mahasiswa.

Kebutuhan akan tenaga ahli madya kebidanan timbul karena adanya perkembangan ilmu dan teknologi dibidang kesehatan serta meningkatnya kondisi sosial dan ekonomi masyarakat. Masyarakat yang semakin maju menginginkan pelayanan kesehatan yang lebih berkualitas dan oleh karenanya keinginan tersebut dapat terwujud bila pelayanan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang berkualitas.

Pendidikan Diploma III Kebidanan diselenggarakan sebagai salah satu upaya untuk menghasilkan tenaga Ahli Madya Kebidanan sebagai satu aset dalam mewujudkan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada umumnya dan pelayanan kebidanan pada khususnya. Diharapkan kurikulum ini dapat menjadi acuan dan memberikan arah dalam mendidik dan mempersiapkan tenaga bidan yang sesuai dengan peran fungsi dan kompetensi yang ditetapkan.

Jakarta, Agustus 2002,
An. Menteri Kesehatan Republik Indonesia
Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan



Dr. Irhamsyah Ratu Bagus, SKM
NIP. 140053594

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II KERANGKA DASAR PENDIDIKAN	1
BAB III TUJUAN PENDIDIKAN DAN TUJUAN INSTITUSI	2
A. Tujuan Pendidikan	2
B. Tujuan Institusi	2
BAB IV PERAN, FUNGSI AHLI MADYA KEBIDANAN	2
A. Peran	2
B. Fungsi	3
BAB V FOKUS DAN KOMPETENSI TAHAP, STRUKTUR PROGRAM DAN DISTRIBUSI MATA KULIAH	3
A. Fokus dan Kompetensi Tahap	3
1. Fokus Pendidikan dan Kompetensi Tahap I	3
2. Fokus Pendidikan dan Kompetensi Tahap II	4
3. Fokus Pendidikan dan Kompetensi Tahap III	4
B. Struktur Program Diploma III Kebidanan	5
C. Distribusi Mata Kuliah	5
D. Diskripsi, Tujuan dan Garis Besar Mata Kuliah	7

BAB I

PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-undang No.23 tahun 1992 tentang, kesehatan ditetapkan bahwa Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Salah satu upaya dalam penyelenggaraan kesehatan tersebut adalah upaya kesehatan keluarga.

Upaya kesehatan keluarga diselenggarakan untuk mewujudkan keluarga sehat, kecil, bahagia dan sejahtera. Kesehatan keluarga meliputi kesehatan suami istri, anak, dan anggota keluarga lainnya. Kesehatan suami istri diutamakan pada upaya pengaturan kelahiran dalam rangka menciptakan keluarga sehat dan harmonis. Kesehatan isteri meliputi kesehatan pada masa pra kehamilan, kehamilan, persalinan, nifas dan masa di luar kehamilan. Kesehatan anak diselenggarakan untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang sehat. Kesehatan anak dalam kandungan, neonatal, masa bayi dan masa balita.

Untuk mendukung upaya kesehatan dan pencapaian sasaran pembangunan maka diperlukan tenaga kesehatan dalam jumlah, jenis dan kualitas yang tepat dan dapat diandalkan khususnya dalam akselerasi penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kenatian balita (AKB) di Indonesia. Bidan adalah salah satu kategori tenaga kesehatan yang sangat berperan dalam upaya tersebut dan oleh karena itu perlu dipersiapkan sebaik-baiknya.

Dalam upaya pengadaan tenaga bidan yang profesional sesuai dengan kewenangan yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 572 tahun 1996 tentang Registrasi dan Praktek Bidan, maka sejak tahun 1996 telah dilaksanakan pendidikan Diploma III Kebidanan dengan menggunakan kurikulum yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI Nomor 009/U/1996 tanggal 3 Januari 1996 tentang Kurikulum yang berlaku secara Nasional Program Diploma III Kebidanan dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk. 00.05.1.1.1990 tahun 1996 tentang Berlakunya Kurikulum Institusi Program Diploma III Kebidanan di lingkungan Departemen Kesehatan.

Dengan adanya Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian hasil Belajar Mahasiswa serta memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, kurikulum Diploma III kebidanan telah dilakukan penyesuaian dan didalamnya dikemukakan segala aspek yang menjadi dasar penyelenggaraan Program Diploma III Kebidanan termasuk Garis-Garis Besar Mata Kuliah yang perlu diberikan beserta penjelasannya.

Kurikulum Diploma III Kebidanan ini disusun untuk memberikan arah, tujuan dan ruang lingkup pendidikan, kebidanan agar dapat menghasilkan Ahli Madya Kebidanan yang profesional sesuai dengan kebutuhan khususnya kesehatan ibu dan anak.

BAB II

KERANGKA DASAR PENDIDIKAN

Penyelenggaraan pendidikan Bidan didasarkan pada kurikulum yang berorientasi pada perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) serta perkembangan profesi. Kurikulum ini disusun dengan mengacu pada Kompetensi Inti Bidan Indonesia yang ditetapkan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan tahun 2000, yang dikelompokkan menjadi 5 (lima) kelompok kompetensi disesuaikan dengan kelompok mata kuliah yang diatur dalam Surat Keputusan Mendiknas 232/U/2000.

Pendidikan Diploma III kebidanan merupakan Pendidikan Bidan tingkat ahli madya sebagai bagian integral dari sistem pendidikan tinggi tenaga kesehatan untuk mendukung upaya pembangunan kesehatan. Pendidikan Bidan pada tingkat ahli madya ini diharapkan mampu mengembangkan diri berdasarkan kaidah-kaidah akademik dan profesi, dengan memandang manusia sebagai makhluk Tuhan yang terdiri dari unsur biopsiko-sosial-spiritual. Setiap manusia berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam mempertahankan kelangsungan hidupnya sesuai dengan martabatnya.

Dengan memperhatikan hal-hal tersebut diatas, Bidan harus memahami kaidah-kaidah yang mendasari pelayanan kebidanan disetiap tatanan pelayanan kesehatan baik di institusi maupun di komunitas dengan sasaran pada wanita sepanjang siklus kehidupannya, neonatus, bayi dan anak balita. Pelayanan kebidanan merupakan suatu praktek pelayanan kesehatan yang spesifik bersifat reflektif, analitis, dilaksanakan secara, mandiri, profesional dan didukung oleh seperangkat ilmu pengetahuan dan teknologi dengan menggunakan metode ilmiah yang dilandasi oleh etika dan kode etik profesi.

Kurikulum Pendidikan Diploma III kebidanan disusun melalui proses pemahaman dasar kesehatan reproduksi manusia, analisa asuhan dan pelayanan kebidanan, penetapan peran, fungsi dan kompetensi bidan. Berdasarkan kompetensi tersebut ditentukan mata kuliah yang diperlukan dalam memenuhi kualifikasi Bidan profesional tingkat ahli madya. Dengan demikian lulusan Pendidikan Diploma III Kebidanan dituntut menguasai ilmu pengetahuan, teknologi dan keterampilan serta sikap dan perilaku sebagai bidan profesional.

BAB III

TUJUAN PENDIDIKAN DAN TUJUAN INSTITUSI

A. TUJUAN PENDIDIKAN

Pendidikan Diploma III Kebidanan merupakan bagian dari jenjang pendidikan tinggi tenaga kesehatan untuk mempersiapkan peserta didik menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan profesional kebidanan dalam menerapkan ilmu dan konsep kebidanan dan memanfaatkan teknologi secara arif serta mengupayakan penggunaannya untuk meningkatkan taraf kehidupan masyarakat. Tujuan pendidikan D-III Kebidanan adalah untuk menghasilkan tenaga bidan profesional pada tingkat Ahli Madya Kebidanan, yang mampu melaksanakan tugas dengan kompetensi sebagai berikut :

1. Mengembangkan diri sebagai bidan profesional yang berkepribadian Indonesia
2. Menerapkan konsep dan prinsip serta keilmuan dan keterampilan yang mendasari profesionalisme bidan dalam memberikan asuhan dan pelayanan kebidanan
3. Melaksanakan asuhan kebidanan (ASKEB) secara profesional pada wanita dalam siklus kehidupannya (remaja, pra perkawinan, ibu hamil, persalinan, nifas, klimakterium, menopause dan masa antara, asuhan neonatus, bayi dan anak balita) di semua tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas.
4. Mengembangkan sikap profesional dalam praktik kebidanan, komunikasi interpersonal dan konseling serta menjalin kerjasama dalam tim kesehatan.
5. Memberikan pelayanan kebidanan dengan mempertimbangkan kultur dan budaya setempat, dengan melakukan upaya promosi dan pencegahan kesehatan reproduksi melalui pendidikan kesehatan, pemberdayaan wanita, keluarga serta masyarakat dengan tidak mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif.

B. TUJUAN INSTITUSI

Tujuan Institusi Diploma III Kebidanan adalah sebagai berikut :

1. Mengembangkan dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan pendidikan meliputi sumber daya manusia, sarana dan prasarana, kurikulum, organisasi dan manajemen pendidikan.
2. Mengembangkan pengkajian IPTEK dan penelitian dalam pelayanan kebidanan
3. Mengembangkan pengabdian masyarakat yang berfokus pelayanan kebidanan
4. Mengembangkan institusi pendidikan sebagai sumber informasi dalam upaya peningkatan kualitas standar pelayanan kebidanan.
5. Mengembangkan kerjasama dengan institusi pemerintah, swasta dan masyarakat.

BAB IV

PERAN DAN FUNGSI

PERAN DAN FUNGSI BIDAN PROFESIONAL :

Dalam upaya pelayanan yang berfokus pada kesehatan reproduksi, Bidan Profesional berperan sebagai :

1. **Pelaksana**
Pemberi pelayanan kebidanan pada wanita dalam siklus kehidupannya, asuhan neonatus, bayi dan anak balita.
2. **Pengelola**
Mengelola asuhan dan pelayanan kebidanan di setiap tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas
3. **Pendidik**
Memberikan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan di setiap tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas, mentorship dan preceptorship terhadap calon tenaga kesehatan dan bidan baru.
4. **Peneliti**
Yang dimaksud peneliti disini adalah asisten peneliti yang membantu kegiatan penelitian dalam lingkup asuhan dan pelayanan kebidanan

Fungsi

Pelaksana

1. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil normal dan patologi
2. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal dan patologi
3. Melaksanakan asuhan pada bayi segera setelah lahir dan neonatus normal dan patologi
4. Melaksanakan pelayanan kebidanan pada ibu nifas normal dan patologi
5. Melaksanakan pelayanan kebidanan pada ibu menyusui
6. Melaksanakan asuhan kesehatan pada bayi dan anak balita di institusi dan komunitas
7. Melaksanakan upaya promosi dan prevensi dalam kesehatan reproduksi wanita sepanjang siklus kehidupannya.
8. Melaksanakan pelayanan keluarga berencana
9. Menggerakkan peran serta masyarakat dalam pelayanan kebidanan

Pengelola

1. Merencanakan sumber daya untuk pelaksanaan pelayanan kebidanan
2. Mengorganisir sumber daya untuk pelaksanaan pelayanan kebidanan
3. Melaksanakan pelayanan kebidanan berdasarkan rencana
4. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kebidanan

Pendidik

1. Melaksanakan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan
2. Membina kader dan kelompok masyarakat
3. Menthorship dan preseptorsip bagi calon tenaga kesehatan dan bidan baru

Peneliti

1. Membantu penyusunan proposal
2. Melaksanakan pengumpulan data
3. Membantu pengolahan data
4. Membantu penyusunan laporan hasil penelitian

BAB V

FOKUS DAN KOMPETENSI TAHAP, STRUKTUR PROGRAM DAN DISTRIBUSI MATA KULIAH

A. Fokus pendidikan pada setiap tahap

Fokus pendidikan tahap I adalah :

1. Pengembangan kepribadian yang berbudi luhur, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, mandiri serta bertanggungjawab untuk membentuk sikap dan perilaku sebagai bidan
2. Pemahaman konsep manusia khususnya wanita bayi dan anak balita sebagai subyek dan mahluk bio-psiko sosial dan spiritual, merupakan insan yang mempunyai potensi dan tanggungjawab untuk memajukan dan mensejahterakan keluarga dan masyarakat
3. Penguasaan keilmuan dan ketrampilan yang mendasari praktik klinik
4. Penguasaan keilmuan dan ketrampilan dalam berkomunikasi

Kompetensi Tahap I

1. Menerapkan konsep dan prinsip keilmuan dan keterampilan dalam pengembangan diri sebagai bidan profesional
2. Melaksanakan keterampilan dasar praktek klinik yang berfokus pada wanita neonatus, bayi dan anak balita
3. Melaksanakan komunikasi efektif dalam asuhan kebidanan

Fokus pendidikan tahap II adalah :

1. Penguasaan perubahan dan perkembangan sistem reproduksi wanita dalam siklus kehidupannya.
2. Penguasaan perubahan dan masalah tumbuh kembang pada neonatus, bayi dan anak balita
3. Asuhan kebidanan pada remaja, wanita hamil, bersalin dan nifas, menyusui dan masa antara
4. Upaya promotif dan preventif kesehatan pada neonatus, bayi dan anak balita
5. Pelayanan keluarga berencana KB

Kompetensi Tahap II :

1. Melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus fisiologis secara komprehensif berdasarkan **evidence** di semua tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas
2. Melaksanakan asuhan kepada klien (pada wanita dalam siklus kehidupan) di semua tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas.
3. Melaksanakan pelayanan KB di semua tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas
4. Melaksanakan asuhan pada neonatus, bayi dan anak balita di semua tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas

Fokus pendidikan tahap III adalah :

1. Asuhan kebidanan patologi dan kegawatdaruratan berdasarkan **Evidence** di semua tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas
2. Pengelolaan pelayanan kebidanan
3. Penulisan karya tulis ilmiah
4. Pengelolaan sumber daya yang ada di masyarakat dalam peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu, neonatus, bayi dan anak balita

Kompetensi Tahap III

1. Melaksanakan asuhan kebidanan patologi dan kegawatdaruratan berdasarkan **Evidence** di semua tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas
2. Mengelola pelayanan kebidanan di semua tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas
3. Mengaplikasikan ilmu dalam penulisan ilmiah
4. Memberdayakan wanita, keluarga dan masyarakat dalam peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu, neonatus, bayi dan anak balita

B. STRUKTUR PROGRAM

STRUKTUR PROGRAM PENDIDIKAN D-III KEBIDANAN

No	Kode MK	MPK	Bobot SKS	T	P	K
1	Bd.101	Pendidikan Pancasila	2	2		
2	Bd.102	Pendidikan Agama	2	2		
3	Bd.103	Pendidikan Kewarganegaraan	2	2		
4	Bd.104	Bahasa Inggris	2	1	1	
		Jumlah	8	7	1	

No	Kode MK	MKK	Bobot SKS	T	P	K
1	Bd.201	Anatomi	2	1	1	
2	Bd.202	Fisiologi	2	1	1	
3	Bd.203	Biologi Reproduksi	3	2	1	
4	Bd.204	Biokimia	2	1	1	
5	Bd.205	Fisika Kesehatan	2	1	1	
6	Bd.206	Farmakologi	3	2	1	
7	Bd.207	Mikrobiologi	2	1	1	
8	Bd.208	Ketrampilan dasar praktik klinik	3	1	2	
9	Bd.209	Obstetri	2	2		
10	Bd.210	Ginekologi	2	2		
11	Bd.211	Oilmu Kesehatan Anak	2	2		
12	Bd.212	Gizi dalam Kesehatan Reproduksi	2	1	1	
13	Bd.213	Psikologi	2	1	1	
14	Bd.214	Epidemiologi	2	1	1	
15	Bd.215	Biostatistik	2	1	1	
		Jumlah	33	20	13	

No	Kode MK	MKB	Bobot SKS	T	P	K
1	Bd.301	Askeb I (Kehamilan)	4	1	3	
2	Bd.302	Askeb II (Persalinan)	4	1	3	
3	Bd.303	Askeb III (Nifas)	2	1	1	
4	Bd.304	Askeb IV (Patologi Kebidanan)	5	2	3	
5	Bd.305	Askeb V (Kebidanan Komunitas)	4	1	3	
6	Bd.306	Asuhan Neonatus, bayi dan anak balita	4	2	2	
7	Bd.307	Kesehatan Reproduksi	3	2	1	
8	Bd.308	Pelayanan KB	3	1	2	
9	Bd.309	Dokumentasi Kebidanan	2	1	1	
10	Bd.310	Praktik Klinik Kebidanan	15			15
		Jumlah	46	12	19	15

No	Kode MK	MPB	Bobot SKS	T	P	K
1	Bd.401	Konsep Kebidanan	4	2	2	
2	Bd.402	Etika Profesi dan hukum Kesehatan	2	1	1	
3	Bd.403	Komunikasi dan konseling dalam praktik Kebidanan	2	1	1	
4	Bd.404	Mutu layanan Kebidanan	2	1	1	
5	Bd.405	Metode Penelitian	2	1	1	
6	Bd.406	KTI	3		3	
		Jumlah	15	6	9	

No	Kode MK	MBB	Bobot SKS	T	P	K
1	Bd.501	Ilmu Kesehatan Masyarakat	2	1	1	
2	Bd.502	Ilmu Sosial dan budaya Dasar	2	2		
3	Bd.503	Promosi Kesehatan	2	1	1	
4	Bd.504	Organisasi dan Manajemen pelayanan Kesehatan	2	1	1	
		Jumlah	8	5	3	

Total Teori : 50 SKS = 45,5%

Total Praktikum dan Klinik : 60 SKS = 54,5%

Total SKS : 110 SKS

C. DISTRIBUSI MATA KULIAH DALAM SEMESTER

DISTRIBUSI MATA KULIAH DALAM SEMESTER

TAHUN I

A. Semester I

Kode MK	Mata Kuliah	Bobot SKS	T	P	K
Bd.101	Pendidikan Pancasila	2	2		
Bd.102	Pendidikan Agama	2	2		
Bd.103	Pendidikan Kewarganegaraan	2	2		
Bd.104	Bahasa Inggris	2	1	1	
Bd.201	Anatomi	2	1	1	
Bd.202	Fisiologi	2	1	1	
Bd.207	Mikrobiologi	2	1	1	
Bd.208	Ketrampilan Dasar Praktik Klinik	3	1	2	
Bd.401	Konsep Kebidanan	4	2	2	
Bd.502	Ilmu Sosial dan Budaya Dasar	2	2		
	Jumlah	23	15	8	

B. Semester II

Kode MK	Mata Kuliah	Bobot SKS	T	P	K
Bd.203	Biologi Reproduksi	3	2	1	
Bd.204	Biokimia	2	1	1	
Bd.205	Fisika Kesehatan	2	1	1	
Bd.209	Obstetri	2	2		
Bd.210	Ginekologi	2	2		
Bd.211	Ilmu Kesehatan Anak	2	2		
Bd.213	Psikologi	2	1	1	
Bd.307	Kesehatan Reproduksi	3	2	1	
Bd.402	Etika Profesi dan hukum Kesehatan	2	1	1	
Bd.403	Komunikasi dan konseling dalam praktik Kebidanan	2	1	1	
	Jumlah	22	15	7	

TAHUN II

A. Semester III

	Jumlah	8	5	3	
Kode MK	Mata Kuliah	Bobot SKS	T	P	K
Bd.206	Farmakologi	3	2	1	
Bd.212	Gizi dalam Kesehatan Reproduksi	2	1	1	
Bd.301	Askeb I (Kehamilan)	4	1	3	
Bd.302	Askeb II (Persalinan)	4	1	3	
Bd.303	Askeb III (Nifas)	2	1	1	
Bd.306	Asuhan Neonatus, bayi dan anak balita	4	2	2	
Bd.309	Dokumentasi Kebidanan	2	1	1	
Bd.503	Promosi Kesehatan	2	1	1	
	Jumlah	23	10	13	

B. Semester IV

Kode MK	Mata Kuliah	Bobot SKS	T	P	K
Bd.304	Askeb IV (Patologi Kebidanan)	2	1	1	
Bd.305	Askeb V (Kebidanan Komunitas)	4	1	3	
Bd.308	Pelayanan KB	3	1	2	
Bd.310	Praktik Klinik Kebidanan	4			4
Bd.504	Organisasi dan Manajemen pelayanan Kesehatan	2	1	1	
Bd.501	Ilmu Kesehatan Masyarakat	2	1	1	
	Jumlah	17	5	8	4

TAHUN III

A. Semester V

Kode MK	Mata Kuliah	Bobot SKS	T	P	K
Bd.214	Epidemiologi	2	1	1	
Bd.215	Biostatistik	2	1	1	
Bd.304	Askeb IV (Patologi Kebidanan)	5	2	3	
Bd.310	Praktik Klinik Kebidanan	5			5
Bd.404	Mutu Layanan Kebidanan	2	1	1	
Bd.405	Metode Penelitian	2	1	1	
	Jumlah	16	5	6	5

B. Semester VI

Kode MK	Mata Kuliah	Bobot SKS	T	P	K
Bd.310	Praktik Klinik Kebidanan	6			6
Bd.406	KTI	3			3
	Jumlah	9			9

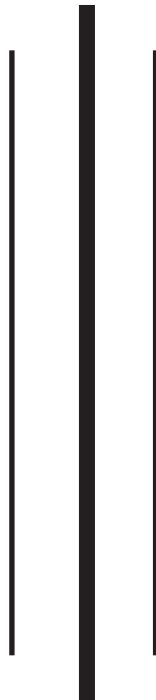
Lampiran 1b

Kurikulum Diploma III Keperawatan 2006





KURIKULUM PENDIDIKAN D-III KEPERAWATAN



DEPARTMEN KESEHATAN

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

PUSAT PENDIDIKAN TENAGA KESEHATAN

TAHUN 2006

KATA PENGANTAR


Puji syukur dipanjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa bahwa Kurikulum Program Pendidikan Diploma III Keperawatan telah diselesaikan disempurnakan. Kurikulum ini merupakan revisi dari Kurikulum Nasional Program D-III Keperawatan yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor.239/U/1999 tanggal 4 Oktober 1999. Revisi kurikulum ini dilakukan dalam rangka melaksanakan Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor.232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa.


Pendidikan Diploma III Keperawatan merupakan salah satu pendidikan tinggi Keperawatan yang mempunyai tujuan menghasilkan tenaga Perawat Profesional Pemula dengan sebutan Ahli Madya Keperawatan. Untuk melaksanakan proses pendidikan sangat diperlukan kurikulum sebagai pedoman dan arah dalam interaksi mahasiswa dengan seluruh sumber-sumber belajar sehingga dapat dicapai kualitas lulusan yang handal.

Diharapkan kurikulum ini dapat menjadi pedoman bagi mahasiswa, dosen serta pengelola institusi pendidikan dalam menyelenggarakan seluruh kegiatan pendidikan di institusi Pendidikan Diploma III Keperawatan yang sesuai dengan peran dan fungsi serta kompetensi yang ditetapkan.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada tim revisi kurikulum dan kami tetap mengharapkan masukan-masukan dari semua pihak pengguna kurikulum agar dimasa depan kualitas Pendidikan Diploma III Keperawatan dapat ditingkatkan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan masyarakat baik pada tingkat Nasional maupun Internasional.

Jakarta, Oktober 2006

 MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K) 

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II KERANGKA KONSEP KURIKULUM PENDIDIKAN DIPLOMA III KEPERAWATAN	2
A. Visi	2
B. Misi	2
C. Falsafah	2
D. Tujuan	4
E. Kerangka Pengorganisasian Kurikulum Diploma III Keperawatan	4
BAB III PERAN DAN FUNGSI PERAWAT PROFESIONAL PEMULA	5
BAB IV KOMPETENSI D-III KEPERAWATAN	7
BAB V PENGELOMPOKAN MATA KULIAH DAN STRUKTUR PROGRAM	16
BAB VI GARIS BESAR MATA KULIAH	20



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

**KEPUTUSAN MANTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 861/Menkes/SK/X/2006**

TENTANG

KURIKULUM PENDIDIKAN DIPLOMA III KEPERAWATAN

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** :
- a. Bahwa pengembangan sumber daya manusia melalui pendidikan tenaga kesehatan khususnya Diploma III Keperawatan diselaraskan dengan perkembangan kebutuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan;
 - b. Bahwa peningkatan kualitas pendidikan Program Diploma III Keperawatan terkait erat dengan penyusunan kurikulum pendidikan;
 - c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495).
 2. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4301).
 3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 38, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4493).
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637).
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 1999 tentang Pendidikan Tinggi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3859).
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4301).
 7. Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa.
 8. Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 045/U/2002 tentang Kurikulum Inti Pendidikan Tinggi.
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1192/Menkes/Per/X/2004 tentang Pendirian Pendidikan Diploma Bidang Kesehatan.
 10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan :
Kesatu : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TENTANG KURIKULUM PENDIDIKAN DIPLOMA III KEPERAWATAN.
Kedua : Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
Ketiga : Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan ini merupakan pedoman umum yang mendasari Institusi Pendidikan Diploma III Keperawatan di seluruh Indonesia dalam mengembangkan kurikulum di institusinya.
Keempat : Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan ditetapkan sejumlah 96 Satuan Kredit Semester (SKS) bagi peserta didik lulusan SMU dan institusi dapat menambah sesuai kebutuhannya dengan tidak melebihi 120 Satuan Kredit Semester.
Kelima : Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua digunakan oleh setiap institusi Pendidikan Diploma III Keperawatan di seluruh Indonesia.
Keenam : Institusi pendidikan dalam jangka waktu selambat-lambatnya 2 (dua) tahun sejak berlakunya keputusan ini wajib melaksanakan kurikulum sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua.
Ketujuh : Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua dilakukan melalui penilaian secara berkala oleh Departemen Kesehatan.
Kedelapan : Semua ketentuan mengenai kurikulum Program Diploma III Keperawatan yang ada pada saat mulai berlakunya keputusan ini, dinyatakan tidak berlaku lagi.
Kesembilan : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 19 Oktober 2006



MENTERI KESEHATAN,

[Signature]
FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 861/Menkes/SK/X/2006
Tanggal : 19 Oktober 2006

KURIKULUM PENDIDIKAN DIPLOMA III KEPERAWATAN

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat diadakan upaya kesehatan mencakup upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan dan dilaksanakan bersama antara pemerintah dan masyarakat yang didukung oleh sumber daya kesehatan termasuk tenaga kesehatan.

Tenaga Kesehatan bertugas menyelenggarakan atau melakukan kegiatan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan bidang keahlian dan atau kewenangannya, salah satu diantara adalah Perawat Profesional Pemula yang berkompeten dibidangnya dan dihasilkan melalui proses pendidikan di institusi pendidikan Diploma III Keperawatan yang diharapkan dapat berperan serta dalam mememdirikan dan menggerakkan masyarakat untuk mencapai hidup sehat.

Penyelenggaraan pendidikan pada program Pendidikan Diploma III Keperawatan mempergunakan kurikulum Nasional Program Diploma III Keperawatan yang ditetapkan oleh Menteri Pendidikan Nasional dengan Surat Keputusan Nomor 239/U/1999 tanggal 4 Oktober 1999. Kurikulum Nasional disusun berlandaskan pada visi, misi dari pendidikan Diploma III Keperawatan, Falsafah keperawatan yang mencakup konsep manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan serta berorientasi pada kaidah-kaidah pendidikan tinggi nasional, organisasi kurikulum yang mengarahkan jalannya program pendidikan, tujuan program pendidikan dan tujuan Institusi.

Selanjutnya berdasarkan Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa dan Nomor 045/U/2002 tentang Kurikulum Inti Pendidikan Tinggi dan dengan adanya tuntutan kebutuhan masyarakat pengguna lulusan dan kecenderungan era globalisasi maka perlu diadakan revisi Kurikulum Nasional Pendidikan Diploma III Keperawatan terutama pada pengembangan kurikulum berbasis kompetensi dan pengelompokkan Mata Kuliah berdasarkan 5 (lima) pilar pembelajaran.

Revisi kurikulum dilaksanakan berdasarkan hasil analisis kebutuhan pengguna lulusan, mempergunakan berbagai sumber acuan yaitu Famework Standar Kompetensi *International Council of Nurses (ICN)*, Standar Kompetensi Perawat Indonesia yang dikembangkan oleh PPNi dan hasil penerapan *Sister School Program (SSP)* Keperawatan serta berbagai nara sumber pada tatanan pelayanan kesehatan dan dari Departemen Pendidikan Nasional.

Diharapkan revisi kurikulum ini dapat menyempurnakan kurikulum Pendidikan Diploma III Keperawatan dan dijabarkan kedalam kurikulum inti dan kurikulum institusional serta rancangan pembelajaran untuk mencapai kompetensi yang diharapkan dan tergambar pada struktur program tiap semester sehingga berdampak pada stategi pembelajaran, jumlah dan kualifikasi dosen, fasilitas dan sarana prasarana yang diperlukan dalam pengelolaan pembelajaran.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. PENGERTIAN

1. **Kompetensi** adalah seperangkat tindakan cerdas penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas dalam bidang pekerjaan tertentu.
2. **Kurikulum** adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai isi maupun kajian dan pelajaran serta cara penyampaian dan penilaiannya yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan kegiatan belajar mengajar di perguruan tinggi.
3. **Kurikulum Berbasis Kompetensi** adalah kurikulum yang dikembangkan berdasarkan pada kemampuan atau tindakan cerdas penuh tanggung jawab dari profesi tertentu dalam melaksanakan tugasnya di tempat kerja.

Empat Pilar (The Four Pillars of UNESCO) yang mendasari Keputusan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 232/U/2000 adalah seseorang yang kompeten harus dapat memenuhi persyaratan :

1. Landasan kemampuan pengembangan kepribadian
2. Kemampuan penguasaan ilmu dan keterampilan (*know how and know why*), dan kemampuan berkarya (*know to do*)
3. Kemampuan menyikapi dan berperilaku dalam berkarya sehingga dapat mandiri, menilai dan mengambil keputusan secara bertanggung jawab (*to be*).
4. Dapat hidup bermasyarakat dan bekerjasama, saling menghormati dan menghargai nilai-nilai pluralisme, dan kedamaian (*to live together*)

II. KERANGKA KONSEP KURIKULUM PENDIDIKAN DIPLOMA III KEPERAWATAN

A. VISI

Menghasilkan tenaga keperawatan profesional pemula yang kompeten dan mampu bersaing secara nasional dan internasional

B. MISI

Mempersiapkan perawat profesional pemula yang kompeten secara intelektual dan tanggung jawab sosial dan bersahabat dalam memenuhi kebutuhan kesehatan/keperawatan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

C. FALSAFAH

Keperawatan meyakini bahwa manusia dan kemanusiaan merupakan titik sentral setiap upaya pembangunan dengan menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan sesuai Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Bertolak dari pandangan ini disusun paradigma keperawatan yang terdiri atas empat konsep dasar yaitu manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan seperti yang diuraikan dibawah ini :

1. Manusia

Manusia adalah ciptaan Tuhan yang Maha Esa, sebagai pribadi yang utuh dan unik, mempunyai aspek bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. Manusia sebagai sistem terbuka yang selalu berinteraksi dan berespon terhadap lingkungan, mempunyai kemampuan untuk mempertahankan integritas diri melalui mekanisme adaptasi.

Dalam kehidupan manusia mempunyai kebutuhan dasar yang harus dipenuhi termasuk kebutuhan pengakuan harkat dan martabat untuk mencapai keseimbangan sesuai dengan tahap tumbuh kembang.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Manusia Indonesia adalah manusia yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa berlandaskan Pancasila dan UUD 1945, merupakan sumber daya pembangunan yang berhak memiliki kemampuan untuk hidup sehat guna mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Disamping itu manusia Indonesia adalah manusia yang memiliki berbagai kultur yang bersifat unik dan memiliki berbagai keyakinan tentang sehat sehingga akan memberikan respon yang berbeda-beda terhadap upaya pemenuhan kebutuhan dasarnya secara mandiri baik dalam kondisi sehat maupun sakit.

2. KESEHATAN

Kesehatan adalah kondisi dinamis manusia dalam rentang sehat sakit yang merupakan interaksi dengan lingkungan.

Sehat merupakan keadaan seimbang bio-psiko-sosio-kultural-spiritual yang dinamis yang memungkinkan individu untuk menyesuaikan diri sehingga dapat berfungsi secara optimal guna memenuhi kebutuhan dasar melalui aktifitas hidup sehari-hari sesuai dengan tingkat tumbuh kembangnya.

Sehat sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum adalah hak dan tanggung jawab setiap individu yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia seperti dimaksudkan dalam pembukaan UUD 1945. Oleh karena itu harus dipertahankan dan ditingkatkan melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Sakit merupakan keadaan yang tidak seimbang antara bio-psiko-sosio-kultural-spiritual manusia sebagai respon tubuh dalam berinteraksi dengan lingkungan, baik lingkungan internal maupun lingkungan eksternal. Respon ini menyebabkan terganggunya individu untuk berfungsi optimal dalam pemenuhan kebutuhan dasar sesuai dengan tingkat tumbuh kembang. Respon yang tidak adekuat terhadap lingkungan dapat disebabkan oleh karena ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan. Kondisi manusia dalam rentang sehat sakit merupakan bidang pelayanan keperawatan.

3. LINGKUNGAN

Lingkungan adalah faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia baik faktor dari dalam diri (internal) maupun dari luar diri (eksternal).

Lingkungan internal meliputi aspek-aspek genetika, struktur dan fungsi tubuh dan psikologis. Sedangkan lingkungan eksternal meliputi lingkungan sekitar manusia baik lingkungan fisik, biologik, sosial, kultural dan spiritual.

Lingkungan internal dan eksternal akan mempengaruhi sikap dan perilaku manusia termasuk persepsinya tentang sehat sakit, cara-cara memelihara dan mempertahankan kesehatan serta menanggulangi penyakit.

Manusia sebagai makhluk sosial mempunyai hubungan yang dinamis dengan lingkungan dan tidak dapat dipisahkan dari lingkungan. Oleh karena itu diperlukan kemampuan untuk merespon secara adaptif terhadap pengaruh lingkungan agar dapat mempertahankan derajat kesehatannya.

Ketidakmampuan manusia merespon terhadap pengaruh lingkungan internal maupun eksternal, akan mengakibatkan gangguan kesehatan atau pergeseran status kesehatan dalam rentang sehat sakit.

4. KEPERAWATAN

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-kultural-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri.

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan dilaksanakan menggunakan metodologi pemecahan masalah melalui pendekatan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawabnya.

Praktek keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama dengan pasien baik individu, keluarga, kelompok/komunitas dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup dan tanggung jawabnya.

Bantuan keperawatan diberikan agar individu, keluarga, kelompok humanistik dan komunitas dapat mandiri dalam memelihara kesehatannya sehingga mampu berfungsi secara optimal. Pelayanan keperawatan sebagai pelayanan profesional bersifat humanistik terintegrasi dalam pelayanan kesehatan, dapat bersifat dependen, independen dan interdependen serta dilaksanakan dengan berorientasi kepada kebutuhan objektif pasien.

Perawat sebagai tenaga profesional pemula mempunyai kemampuan baik intelektual, teknikal, interpersonal dan moral, bertanggungjawab dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan dan aturan yang berlaku.

D. TUJUAN

Menghasilkan perawat profesional pemula yang kompeten dalam :

1. Memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangannya
2. Menerapkan prinsip manajemen asuhan keperawatan
3. Berperan serta dalam penelitian keperawatan dan menggunakan hasil penelitian dalam asuhan keperawatan
4. Mengembangkan kemampuan profesional secara terus menerus

E. KERANGKA PENGORGANISASIAN KURIKULUM DIPLOMA III KEPERAWATAN

Kerangka Kurikulum Diploma III Keperawatan menerapkan konsep Model KSVME yaitu *Knowledge, Skills, Values, Meaning, and Experiences*. Pengetahuan keperawatan (*Nursing Knowledge*) adalah kumpulan, organisasi, dinamika saintifik dan informasi fenomenologikal yang digunakan untuk mengidentifikasi, menghubungkan, memahami, menjelaskan, memprediksi, mempengaruhi/mengontrol fenomena keperawatan. Ketrampilan (*Skills*) adalah kegiatan-kegiatan yang meliputi domain kognitif dan psikomotor yang mengoperasionalkan pengetahuan keperawatan, makna-makna dan pengalaman. Nilai (*Values*) adalah kumpulan keyakinan-keyakinan, atribut, ide-ide yang menetapkan ikatan moral benar atau salah dalam berfikir, menilai, bersikap, karakter dan perilaku yang menjadi dasar dalam pengambilan keputusan sepanjang hidup. Makna (*Meaning*) adalah konteks, tujuan dari bahasa. Pengalaman Keperawatan (*Nursing Experiences*) adalah proses yang aktif dan unik dalam menetapkan, "refining", dan proses berubah. Kerangka kerja ini harus dianalisis adakah hubungannya dengan misi dan falsafah kependidikan keperawatan meliputi kegiatan pembelajaran, penelitian, sikap etis profesional dalam rangka mempersiapkan perawat yang kompeten dan bersahabat dan mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.



III. PERAN DAN FUNGSI PERAWAT PROFESIONAL PEMULA

Pendidikan Diploma III Keperawatan di Indonesia merupakan pendidikan yang menghasilkan perawat profesional pemula yang mempunyai peran dan fungsi sebagai berikut :

1. Melaksanakan pelayanan keperawatan profesional dalam suatu sistem pelayanan kesehatan sesuai kebijakan umum pemerintahan yang berlandaskan Pancasila, khususnya pelayanan dan/atau asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan mencakup :
 - a. Menerapkan konsep, teori dan prinsip ilmu humaniora, ilmu alam dasar, biomedik, kesehatan masyarakat dan ilmu keperawatan dalam melaksanakan pelayanan dan/atau asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, komunitas dan masyarakat.
 - b. Melaksanakan pelayanan dan/atau asuhan keperawatan secara tuntas melalui pengkajian keperawatan, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi, baik bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif kepada klien/pasien yang mempunyai masalah keperawatan dasar sesuai batas kewenangan, tanggung jawab dan kemampuannya serta berlandaskan etika profesi keperawatan.
 - c. Mendokumentasikan asuhan keperawatan secara sistematis dan memanfaatkannya dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
 - d. Bekerjasama dengan anggota tenaga kesehatan lain dan berbagai bidang terkait dalam menerapkan prinsip manajemen, menyelesaikan masalah kesehatan yang berorientasi kepada pelayanan dan asuhan keperawatan.
 - e. Melaksanakan sistem rujukan keperawatan dan kesehatan.
2. Menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggung jawab dalam mengelola asuhan keperawatan :
 - a. Menerapkan teori manajemen dan kepemimpinan yang sesuai dengan kondisi setempat dalam mengelola asuhan keperawatan.
 - b. Melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan dalam mengelola asuhan keperawatan.
 - c. Bertindak sebagai pemimpin baik formal maupun informal untuk meningkatkan motivasi dan kinerja dari anggota-anggota tim kesehatan dalam mengelola asuhan keperawatan.
 - d. Menggunakan berbagai strategi perubahan yang diperlukan untuk mengelola asuhan keperawatan.
 - e. Menjadi *role model* profesional dalam mengelola pelayanan/asuhan keperawatan.
3. Berperan serta dalam kegiatan penelitian dalam bidang keperawatan dan menggunakan hasil penelitian serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan/asuhan keperawatan.
 - a. Mengidentifikasi masalah kesehatan maupun keperawatan berdasarkan gejala yang ditemukan dalam lingkungan kerjanya sebagai informasi yang relevan untuk kepentingan penelitian.
 - b. Menggunakan hasil-hasil penelitian dan IPTEK kesehatan terutama keperawatan dalam pelayanan keperawatan keperawatan sesuai standar praktek keperawatan melalui program jaminan mutu yang berkesinambungan.
 - c. Menetapkan prinsip dan teknik penalaran yang tepat dalam berfikir secara logis dan kritis.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

4. Berperan secara aktif dalam mendidik dan melatih pasien dalam kemandirian untuk hidup sehat.
 - a. Merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan pengajaran dan pelatihan dalam bidang keperawatan.
 - b. Menetapkan prinsip pendidikan untuk meningkatkan kemandirian pasien, peningkatan kemampuan dalam pemeliharaan kesehatannya.
 - c. Menganalisa berbagai ilmu pengetahuan keperawatan dasar klinik dalam memberikan pendidikan kepada pasien.

5. Mengembangkan diri secara terus menerus untuk meningkatkan kemampuan profesional.
 - a. Menerapkan konsep-konsep profesional dalam melaksanakan kegiatan keperawatan.
 - b. Melaksanakan kegiatan keperawatan dengan menggunakan pendekatan ilmiah.
 - c. Berperan sebagai pembaharu dalam setiap kegiatan keperawatan di berbagai tatanan pelayanan keperawatan/kesehatan.
 - d. Mengikuti perkembangan dan menerapkan IPTEK secara terus menerus melalui kegiatan yang menunjang.
 - e. Berperan serta secara aktif dalam setiap kegiatan ilmiah yang relevan dengan keperawatan.

6. Memelihara dan mengembangkan kepribadian serta sikap yang sesuai dengan etika keperawatan dalam melaksanakan profesinya.
 - a. Melaksanakan tugas profesi keperawatan mengacu kepada kode etik keperawatan mencakup komunikasi, hubungan perawat dengan klien/pasien, perawat dengan perawat, perawat dengan profesi lain.
 - b. Mentaati peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
 - c. Bertindak serasi dengan budaya masyarakat dan tidak merugikan kepentingan masyarakat.
 - d. Berperan serta secara aktif dalam pengembangan organisasi profesi.
 - e. Mengembangkan komunitas profesional keperawatan.

7. Berfungsi sebagai anggota masyarakat yang kreatif, produktif, terbuka untuk menerima perubahan serta berorientasi ke masa depan, sesuai dengan perannya.
 - a. Menggali dan mengembangkan potensi yang ada pada dirinya untuk membantu menyelesaikan masalah masyarakat dibidang kesehatan.
 - b. Membantu meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam bidang kesehatan dan keperawatan dengan memanfaatkan dan mengelola sumber yang tersedia.
 - c. Memilih dan menapis perubahan yang ada untuk membantu meningkatkan kesehatan masyarakat.
 - d. Memberi masukan pada berbagai lembaga pemerintah dan non pemerintah tentang aspek yang terkait dengan keperawatan dan kesehatan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

IV. KOMPETENSI D-III KEPERAWATAN

NO.	KOMPETENSI	SUB KOMPETENSI
1.	Menerapkan konsep dan prinsip etika keperawatan, komunikasi dalam praktek keperawatan profesional	<ul style="list-style-type: none">a. Menghormati hak pasienb. Memperhatikan nilai/norma budaya dan agamac. Menjalankan peraturan, kebijakan dan perundang-undangan yang berlaku dalam melaksanakan praktek keperawatand. Menjaga citra keperawatan profesional dalam memberi pelayanan keperawatane. Bertindak sebagai panutan bagi pasienf. Bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan tindakan profesionalg. Menjalankan komunikasi terapeutik dalam praktek keperawatanh. Berkomunikasi dalam bahasa yang dipahami pasien
2.	Menerapkan pendekatan proses keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan berpikir kritis	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pengkajian keperawatanb. Merumuskan diagnosa keperawatanc. Merencanakan tindakan keperawatand. Melaksanakan tindakan keperawatane. Melaksanakan dokumentasi keperawatan
3.	Mengkonsultasikan penanganan pasien terhadap tim kesehatan lain	<ul style="list-style-type: none">a. Mengkaji kebutuhan untuk konsultasi dan sumber yang diperlukanb. Menentukan sasaran konsultasi sesuai masalahc. Melaksanakan konsultasi pada tim kesehatan lain
4.	Melaksanakan tindakan pengobatan sebagai hasil kolaborasi	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pemberian obat oralb. Melaksanakan pemberian obat IMc. Melaksanakan pemberian obat IVd. Melaksanakan pemberian obat SCe. Melaksanakan pemberian obat ICf. Melaksanakan pemberian obat topikalg. Melaksanakan pemberian obat supositoriah. Melaksanakan pemberian obat sub lingual
5.	Melaksanakan tindakan diagnostic dan tindakan khusus sebagai hasil kolaborasi	<ul style="list-style-type: none">a. Menyiapkan spesimen pemeriksaanb. Menyiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostikc. Melakukan perawatan pada pasien dengan tindakan diagnostik



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

6.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan oksigenb. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan oksigenc. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigend. Mengatur posisi tidur pasiene. Memberikan oksigen melalui nasal kanul dan maskerf. Melatih pasien napas dalamg. Melatih pasien batuk efektifh. Melakukan pengisapan lenderi. Melakukan postural drainage dan fisioterapi dadaj. Melakukan inhalasik. Melakukan perawatan WSDl. Melakukan perawatan tracheostomim. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenn. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen
7.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah	<ul style="list-style-type: none">a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darahb. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darahc. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah<ul style="list-style-type: none">1. Memberikan cairan peroral2. Menilai keseimbangan cairan3. Melaksanakan tindakan kolaboratif dalam pemberian cairan parenteral dan darah4. Melaksanakan monitoring pemberian cairan parenteral dan darah5. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan cairan, elektrolit dan darahd. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan darah
8.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisib. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

		<ul style="list-style-type: none"> c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi d. Memberikan makanan peroral e. Memasang NGT f. Memberikan makanan melalui NGT g. Melaksanakan tindakan kolaboratif dalam pemberian nutrisi parenteral dan enteral h. Menilai kecukupan nutrisi i. Melaksanakan evaluasi asuhan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi j. Melaksanakan dokumentasi asuhan pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi
9.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal	<ul style="list-style-type: none"> a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal d. Membantu eliminasi urin dan fecal e. Melaksanakan tindakan kolaboratif pemasangan kateterisasi urin f. Melakukan <i>bladder training</i> g. Melakukan <i>bowel training</i> h. Melaksanakan <i>gliserin spult</i> i. Melakukan perawatan ostomi j. Melakukan evakuasi fecal k. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal l. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin dan fecal
10.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman	<ul style="list-style-type: none"> a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman d. Melaksanakan tindakan pemeliharaan personal hygiene e. Melakukan kompres panas dan dingin f. Melakukan pengelolaan nyeri



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

		<ul style="list-style-type: none"> g. Melaksanakan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi h. Melaksanakan perawatan luka i. Melaksanakan prosedur keperawatan di ruang isolasi j. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman k. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman
11.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi d. Memindahkan dan transportasi pasien e. Melatih pasien dengan alat bantu jalan f. Mengatur berbagai posisi pasien g. Melakukan latihan ROM aktif dan pasif h. Melakukan perawatan pasien dengan immobilisasi i. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi j. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilisasi dan transportasi
12.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan istirahat dan tidur	<ul style="list-style-type: none"> a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan istirahat dan tidur b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan gangguan istirahat dan tidur c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan istirahat dan tidur d. Melaksanakan tindakan ritual tidur e. Memfasilitasi kebutuhan istirahat dan tidur f. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan istirahat dan tidur g. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan istirahat dan tidur



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

13.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien terminal	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pangkajian keperawatan pada pasien terminalb. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien terminalc. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien terminald. Melaksanakan bimbingan dan konselinge. Melaksanakan perawatan lanjutan di rumahf. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien terminalg. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien terminal
14.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien menjelang ajal	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pangkajian keperawatan pada pasien menjelang ajalb. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien menjelang ajalc. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien menjelang ajald. Melaksanakan bimbingan spiritual pada pasien dan keluargae. Merawat jenazahf. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien menjelang ajalg. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien menjelang ajal
15.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien pre dan post operasi	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pangkajian keperawatan pada pasien pre dan post operasib. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien pre dan post operasic. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien pre dan post operasid. Melakukan pendidikan kesehatan tindakan operatife. Melaksanakan tindakan kolaboratif persiapan operasif. Melakukan monitoring post operasig. Melakukan pengangkatan jahitanh. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien pre dan post operasii. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien pre dan post operasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

16.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien gawat darurat	<ol style="list-style-type: none">Melaksanakan pengkajian <i>Airway, Breathing, Circulation (ABC)</i>Membebaskan jalan napasMemberikan pernapasan buatanMelaksanakan Resusitasi Jantung ParuMerawat pasien tidak sadarMenghentikan pendarahanMelakukan bilas lambungMengeluarkan benda asing pada saluran pernapasan atasMelaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien gawat daruratMelaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien gawat darurat
17.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada anak sehat	<ol style="list-style-type: none">Melaksanakan pengkajian keperawatan pada anak sehatMerumuskan diagnosa keperawatan pada anak sehatMembuat perencanaan keperawatan pada anak sehatMelakukan tindakan kolaboratif dalam pemberian imunisasiPendidikan kesehatan pada anak sehatMelaksanakan bimbingan antisipasi (<i>anticipatory guidance</i>)Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada anak sehatMelaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada anak sehat
18.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada anak sakit	<ol style="list-style-type: none">Melaksanakan pengkajian keperawatan pada anak sakitMerumuskan diagnosa keperawatan pada anak sakitMembuat perencanaan keperawatan pada anak sakitPendidikan kesehatan pada anak sakitMelaksanakan program bermainMelaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada anak sakitMelaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada anak sakit
19.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada bayi resiko tinggi	<ol style="list-style-type: none">Melaksanakan pengkajian keperawatan pada bayi resiko tinggiMerumuskan diagnosa keperawatan pada bayi resiko tinggiMembuat perencanaan keperawatan pada bayi resiko tinggiMelaksanakan perawatan bayi dengan fototerapiMelaksanakan pencegahan infeksi silangMelaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada bayi resiko tinggiMelaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada bayi resiko tinggi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

20.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasi	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pangkajian keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasib. Merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasic. Merencanakan asuhan keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasid. Melaksanakan pendidikan kesehatan pada ibu hamil normal dan komplikasie. Melaksanakan program terapi pada ibu hamil normal dan komplikasi sebagai hasil kolaborasif. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasig. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada ibu hamil normal dan komplikasi
21.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahir	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pangkajian keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahirb. Merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahirc. Merencanakan asuhan keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahird. Melaksanakan manajemen nyeri persalinane. Melaksanakan pertolongan persalinanf. Melaksanakan perawatan bayi baru lahirg. Melaksanakan kontak dinih. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahiri. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada ibu intranatal dan bayi baru lahir
22.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasi	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pangkajian keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasib. Merumuskan diagnosa keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasic. Merencanakan asuhan keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasid. Melaksanakan pemantauan involusie. Melaksanakan pendidikan kesehatan pada ibu postpartum normal dan komplikasif. Melaksanakan program terapi pada ibu postpartum normal dan komplikasi sebagai hasil kolaborasig. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasih. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada ibu postpartum normal dan komplikasi



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

23.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksi	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pangkajian keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksib. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksic. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksid. Melaksanakan pelayanan KBe. Melaksanakan pendidikan kesehatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksif. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksig. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan reproduksi
24.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien masalah psikososial	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pangkajian keperawatan pada pasien masalah psikososialb. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien masalah psikososialc. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien masalah psikososiald. Melaksanakan manajemen stresse. Melaksanakan psikoterapi suportiff. Melaksanakan pendidikan kesehatang. Melaksanakan tindakan kolaboratifh. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pasien masalah psikososiali. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pasien masalah psikososial
25.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwa	<ul style="list-style-type: none">a. Melaksanakan pangkajian keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwab. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwac. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwad. Melaksanakan terapi modalitase. Melakukan tindakan kolaboratiff. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwag. Melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien gangguan kesehatan jiwa



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

26.	Melaksanakan asuhan keperawatan komunitas	<ol style="list-style-type: none">Melaksanakan pangkajian keperawatan komunitasMerumuskan diagnosa keperawatan komunitasMembuat perencanaan keperawatan komunitasMelakukan promosi kesehatanMemperdayakan komunitasBerkolaborasi dengan berbagai sektorMelaksanakan rujukan kesehatanMelaksanakan evaluasi asuhan keperawatan komunitasMelaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan komunitas
27.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok khusus (Anak sekolah, pekerja, lansia)	<ol style="list-style-type: none">Melaksanakan pangkajian keperawatan terhadap kelompok khususMerumuskan diagnosa keperawatan terhadap kelompok khususMerencanakan asuhan keperawatan terhadap kelompok khususMelaksanakan pendidikan kesehatan pada kelompok khususMelaksanakan kolaborasi dalam pelaksanaan skrining kesehatanMemberikan bantuan ADL pada kelompok lansiaMembantu latihan kognitif pada lansiaMelaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada kelompok khususMelaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada kelompok khusus
28.	Melaksanakan asuhan keperawatan pada keluarga	<ol style="list-style-type: none">Melaksanakan pangkajian keperawatan keluargaMerumuskan diagnosa keperawatan keluargaMembuat perencanaan keperawatan keluargaMelakukan pendidikan kesehatan pada keluargaMemberdayakan keluargaMelakukan tindakan keperawatan klinis secara langsung pada keluargaMelaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada keluargaMelaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada keluarga
29.	Berperan serta dalam penelitian dan pengembangan keperawatan	<ol style="list-style-type: none">Mengidentifikasi masalah penelitianMengembangkan proposal penelitianMenerapkan bukti-bukti ilmiah dalam praktik keperawatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

V. PENGELOMPOKAN MATA KULIAH DAN STRUKTUR PROGRAM

A. PENGELOMPOKAN MATA KULIAH

NO	KODE MK	MK Pengembangan dan Kepribadian (MPK)	BOBOT SKS	T	P	K
1	WAT 1.01	Agama	2	1	1	-
2	WAT 1.02	Kewarganegaraan	2	2	-	-
3	WAT 1.03	Bahasa Indonesia	2	1	1	-
		<i>Jumlah</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>-</i>
NO	KODE MK	MK Keilmuan dan Ketrampilan (MKK)	BOBOT SKS	T	P	K
1	WAT 2.01	Anatomi Fisiologi	2	1	1	-
2	WAT 2.02	Fisika dan Biologi	2	1	1	-
3	WAT 2.03	Psikologi	2	1	1	-
4	WAT 2.04	Ilmu Gizi	2	2	-	-
5	WAT 2.05	Mikrobiologi & Parasitologi	2	1	1	-
6	WAT 2.06	Farmakologi	2	1	1	-
7	WAT 2.07	Biokimia	2	1	1	-
8	WAT 2.08	Patologi	2	1	1	-
		<i>Jumlah</i>	<i>16</i>	<i>9</i>	<i>7</i>	
NO	KODE MK	MK Keahlian Berkarya (MKB)	BOBOT SKS	T	P	K
1	WAT 3.01	Keperawatan Medikal Bedah I	4	2	2	-
2	WAT 3.02	Keperawatan Jiwa I	4	2	2	-
3	WAT 3.03	Keperawatan Anak I	4	2	2	-
4	WAT 3.04	Keperawatan Maternitas I	4	2	2	-
5	WAT 3.05	Keperawatan Medikal Bedah II	3	-	-	3
6	WAT 3.06	Keperawatan Jiwa II	2	-	-	2
7	WAT 3.07	Keperawatan Anak II	2	-	-	2
8	WAT 3.08	Keperawatan Maternitas II	2	-	-	2
9	WAT 3.09	Keperawatan Medikal Bedah III	4	2	2	-
10	WAT 3.10	Keperawatan Komunitas I	3	2	1	-
11	WAT 3.11	Keperawatan Keluarga	2	1	-	1
12	WAT 3.12	Keperawatan Gerontik	2	1	-	1
13	WAT 3.13	Keperawatan Medikal Bedah IV	3	-	-	3
14	WAT 3.14	Keperawatan Komunitas II	3	-	-	3
15	WAT 3.15	Keperawatan Kegawatdaruratan	2	1	-	1
		<i>Jumlah</i>	<i>44</i>	<i>15</i>	<i>11</i>	<i>18</i>



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NO	KODE MK	MK Perilaku Berkarya (MPB)	BOBOT SKS	T	P	K
1	WAT 4.01	Konsep Dasar Keperawatan (KDK)	2	1	1	-
2	WAT 4.02	Kebutuhan Dasar Manusia I	4	2	2	-
3	WAT 4.03	Kebutuhan Dasar Manusia II	4	2	2	-
4	WAT 4.04	Etika Keperawatan	2	1	1	-
5	WAT 4.05	Keperawatan Profesional	2	1	1	-
6	WAT 4.06	Komunikasi dalam Keperawatan	2	1	1	-
7	WAT 4.07	Riset Keperawatan	2	1	1	-
8	WAT 4.08	Promosi Kesehatan	2	1	1	-
9	WAT 4.09	Dokumentasi Keperawatan	2	1	1	-
<i>Jumlah</i>			<i>22</i>	<i>11</i>	<i>11</i>	<i>-</i>
NO	KODE MK	MK Berkehidupan Bermasyarakat (MBB)	BOBOT SKS	T	P	K
1	WAT 5.01	Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan	2	1	1	-
2	WAT 5.02	Sosiologi	2	1	1	-
3	WAT 5.03	Bahasa Inggris I	2	1	1	-
4	WAT 5.04	Bahasa Inggris II	2	-	2	-
<i>Jumlah</i>			<i>8</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>-</i>
Jumlah SKS Kur.Inti						
Jumlah SKS Kur.Institusional			14-24			
Jumlah Total SKS			110-120			



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

B. STRUKTUR PROGRAM

TAHUN I

A. SEMESTER I

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT SKS	T	P	K
WAT 1.01	Agama	2	1	1	-
WAT 1.02	Kewarganegaraan	2	2	-	-
WAT 1.03	Bahasa Indonesia	2	1	1	-
WAT 2.04	Anatomi Fisiologi	2	1	1	-
WAT 2.05	Fisika dan Biologi	2	1	1	-
WAT 2.06	Psikologi	2	1	1	-
WAT 2.07	Ilmu Gizi	2	2	-	-
WAT 4.01	Konsep Dasar Keperawatan (KDK)	2	1	1	-
WAT 4.02	Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) I	4	2	2	-
Jumlah Kredit Semester		20	12	8	-

B. SEMESTER II

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT SKS	T	P	K
WAT 4.06	Komunikasi dalam Keperawatan	2	1	1	-
WAT 2.05	Mikrobiologi & Perasitologi	2	1	1	-
WAT 4.04	Etika Keperawatan	2	1	1	-
WAT 2.06	Farmakologi	2	1	1	-
WAT 2.07	Biokimia	2	1	1	-
WAT 5.02	Sosiologi	2	1	1	-
WAT 2.08	Patologi	2	1	1	-
WAT 4.03	Kebutuhan Dasar Manusia II	4	2	2	-
Jumlah Kredit Semester		18	9	9	-



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

TAHUN II

A. SEMESTER III

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT SKS	T	P	K
WAT 4.09	Dokumentasi Keperawatan	2	1	1	-
WAT 4.08	Promosi Kesehatan	2	1	1	-
WAT 5.03	Bahasa Inggris I	2	1	1	-
WAT 5.01	Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan	2	1	1	-
WAT 4.05	Keperawatan Profesional	2	1	1	-
WAT 3.01	Keperawatan Medikal Bedah I	4	2	2	-
WAT 3.05	Keperawatan Medikal Bedah II	3	-	-	3
Jumlah Kredit Semester		17	7	7	3

B. SEMESTER IV

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT SKS	T	P	K
WAT 5.04	Bahasa Inggris II	2	-	2	-
WAT 3.03	Keperawatan Anak I	4	2	2	-
WAT 3.07	Keperawatan Anak II	2	-	-	2
WAT 3.04	Keperawatan Maternitas I	4	2	2	-
WAT 3.09	Keperawatan Medikal Bedah III	4	2	2	-
WAT 3.02	Keperawatan Jiwa I	4	2	2	-
Jumlah Kredit Semester		20	8	10	2



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

TAHUN III

A. SEMESTER V

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT SKS	T	P	K
WAT 4.07	Riset Keperawatan	2	1	1	-
WAT 3.06	Keperawatan Jiwa II	2	-	-	2
WAT 3.08	Keperawatan Maternitas II	2	-	-	2
WAT 3.10	Keperawatan Komunitas I	3	2	1	-
WAT 3.05	Keperawatan Medikal Bedah IV	3	-	-	3
Jumlah Kredit Semester		12	3	2	7

B. SEMESTER VI

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT SKS	T	P	K
WAT 3.11	Keperawatan Keluarga	2	1	-	1
WAT 3.12	Keperawatan Gerontik	2	1	-	1
WAT 3.14	Keperawatan Komunitas II	3	-	-	3
WAT 3.15	Keperawatan Kegawatdaruratan	2	1	-	1
Jumlah Kredit Semester		9	3	-	6



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

VI. GARIS BESAR MATA KULIAH

SEMESTER I

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT SKS	T	P	K
WAT 1.01	Agama	2	1	1	-
WAT 1.02	Kewarganegaraan	2	2	-	-
WAT 1.03	Bahasa Indonesia	2	1	1	-
WAT 2.04	Anatomi Fisiologi	2	1	1	-
WAT 2.05	Fisika & Biologi	2	1	1	-
WAT 2.06	Psikologi	2	1	1	-
WAT 2.07	Ilmu Gizi	2	2	-	-
WAT 4.01	Konsep Dasar Keperawatan (KDK)	2	1	1	-
WAT 4.02	Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) I	4	2	2	-
Jumlah Kredit Semester		20	12	8	

SEMESTER II

KODE MK	MATA KULIAH	BOBOT SKS	T	P	K
WAT 4.06	Komunikasi dalam Keperawatan	2	1	1	-
WAT 2.05	Mikrobiologi & Parasitologi	2	1	1	-
WAT 4.04	Etika Keperawatan	2	1	1	-
WAT 2.06	Farmakologi	2	1	1	-
WAT 2.07	Biokimia	2	1	1	-
WAT 5.02	Sosiologi	2	1	1	-
WAT 2.08	Patologi	2	1	1	-
WAT 4.03	Kebutuhan Dasar Manusia II	4	2	2	-
Jumlah Kredit Semester		18	9	9	-

Lampiran 2

Notulensi Diskusi Peneliti dan GTZ/EPOS



INDONESIAN-GERMAN TECHNICAL COOPERATION IN THE HEALTH SECTOR

Note for the Record

Topic of meeting	Twinning Contract Preparation Meeting
Objectives	Discuss initial twinning activities agenda
Date, time:	16 April 2009, 10.00 – 12.00, HRD office, BPPSDMK building
Persons involved:	B. Marheni Luan (STIKES Carolus), JS, JD, MBB
Note distribution:	B. Marheni Luan (STIKES Carolus), GSE, JS, JD, KM, PK, MBB
Responsible for distribution of final minutes:	JD

Discussion Points:

	Topic	Follow up / Responsible Person
1	Meeting was started with an explanation of the HRD letter to Poltekes NTB on their failure to demonstrate formal clinical training activities to the assessment team according to the previously agreed time schedule, thereby preventing Poltekes NTB from participating in the twinning activities, as the assessment was necessary for the determination of the twinning activities. As there would be only the NTT Poltekes nursing faculty in the twinning activity, this meant that the limited funding could now be more optimally focused on only one educational institution.	
2	Henny then provided a general picture of the clinical training study results, which indicated the need for the strengthening of management skills in carrying out clinical education, and also the strengthening and development of the skills of the clinical educators and trainers, which was very weak.	
3	For the twinning activity activities, it was mutually agreed that an initial introductory one week visit by four NTT Poltekes senior staff to Carolus would be beneficial. During this visit the group would be provided with an in depth observation on clinical training activities, and the necessary supporting administration and management activities. This was expected to provide the senior staff with adequate background information to enable them to work together with the Carolus twinning team in designing and carrying out the twinning program.	
4	Henny was requested to draw up a plan of action and consult with MBB on the financial aspects.	
5	JD and MBB were tasked to draft the initial TOR and contract documents for further discussion.	