



## Instrumen Penilaian Diri Kompetensi Klinis Mahasiswa Kedokteran

Andra Novitasari<sup>✉</sup>, Saiful Ridlo, Tri Nur Kristina

Prodi Penelitian dan Evaluasi Pendidikan Pascasarjana Universitas Negeri Semarang, Indonesia

### Info Artikel

*Sejarah Artikel:*

Diterima 13 Februari  
2017

Disetujui 8 Mei 2017

Dipublikasikan 7 Agustus  
2017

*Keywords:*

*Instrument; Clinical  
Competency; Medical  
Student; Self-Assessment*

### Abstrak

Penilaian diri dibutuhkan untuk refleksi diri kompetensi klinis bagi mahasiswa sebagai dasar pengembangan diri. Penilaian diri yang selama ini dilakukan belum mampu secara akurat memberikan gambaran kompetensi klinis mahasiswa. Penelitian bertujuan mengembangkan instrumen yang valid, reliabel, dan efektif untuk melakukan penilaian diri kompetensi klinis. Penelitian menggunakan metode campuran dengan rancangan sekuensial eksploratoris. Penelitian dilakukan dalam 4 tahap. Tahap identifikasi dimensi kompetensi klinis dilakukan melalui wawancara mendalam dan studi pustaka. Tahap penyusunan instrumen dilakukan dengan menyusun definisi konseptual, dimensi, dan indikator, penyusunan kisi-kisi instrumen, menulis butir-butir instrumen, dan penentuan skala pengukuran. Tahap validasi instrumen dilakukan dengan meminta pertimbangan ahli dalam bidang pendidikan kedokteran dan dianalisis menggunakan *Content Validity Ratio* (CVR). Tahap implementasi, instrumen diuji reliabilitasnya. Reliabilitas instrumen dianalisis menggunakan *Alpha Cronbach's*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dimensi kompetensi klinis terdiri dari hubungan dokter-pasien, anamnesis, pemeriksaan fisik, kemampuan diagnostik, tata laksana, ketrampilan komunikasi, dan profesionalitas. CVR diperoleh nilai positif pada semua butir sehingga instrumen dinyatakan valid. Uji reliabilitas instrumen menunjukkan nilai Alpha 0,949 sehingga instrumen dinyatakan reliabel. Butir-butir di dalam instrumen telah mencerminkan keseluruhan komponen kompetensi dan memiliki konsistensi dalam mengukur konstruk yang sama, sehingga dapat dimanfaatkan mahasiswa untuk mengukur kompetensi klinisnya masing-masing sebagai bahan pengembangan diri.

### Abstrac

*Self-assessment is needed for self-reflection of clinical competence for students as a basis for self-development. Unfortunately, self-assessment has not been able to accurately provide an overview of student clinical competence. The aims of the study is to develop a valid, reliable, and effective self-assessment instrument of clinical competence. The study used a mixed method. The study was conducted in 4 stages. The identification of clinical competence's dimensions in medical students was done through in-depth interview and literature study. The instrument compilation was performed by defining conceptual definitions, dimensions, and indicators, arranging the instrument blueprint, writing instrument items, and determining the measurement scale. The validation was performed by expert in medical education, and analyzed using Content Validity Ratio (CVR). Instrument implemented and tested quantitatively its reliability. Reliability was analyzed with Alpha Cronbach's. The dimensions of clinical competence consisted of: physician-patient relationships, anamnesis, physical examination, diagnostic ability, management, communication skills, and professionalism. CVR obtained positive values on each item so the instrument is valid. Test reliability of the instrument shows Alpha 0.949 so the instrument is reliable. Self-Assessment Instrument of Clinical Competence for Medical The items within the instrument have reflected the overall component of competence and have consistency in measuring the same constructs, so that students can use it to measure their own clinical competence as a self-development material.*

© 2017 Universitas Negeri Semarang

<sup>✉</sup> Alamat korespondensi:

Kampus Pascasarjana Unnes, Jalan Kelud Utara III Semarang 50237  
E-mail: andrascorner@yahoo.com

## PENDAHULUAN

Penilaian diri atau self assessment merupakan salah satu cara penilaian hasil belajar yang berpusat pada mahasiswa. Mahasiswa perlu menilai sendiri kemajuan dan pencapaian mereka terhadap keterampilan yang dilatihkan kepada mereka. Rogers mengatakan seseorang akan belajar lebih baik apabila mereka memahami tujuan, kriteria penilaian, dan mampu membuat penilaian apakah mereka sudah memenuhi kriteria tersebut atau belum (Orsmond 2004). Mahasiswa memiliki tanggung jawab untuk menilai hasil belajarnya masing-masing. Melibatkan mahasiswa dalam proses penilaian hasil belajarnya akan membantu mahasiswa untuk secara aktif belajar dan membangun makna dari pengalaman yang diperoleh untuk meningkatkan pemahaman (Deakin-Crick et al. 2005).

Mahasiswa yang terlibat dalam proses penilaian dirinya akan lebih siap dalam menghadapi tantangan ke depan (Boud & Falchikov 2006). Lebih jauh, manfaat penilaian diri dalam pendidikan kedokteran, mahasiswa diharapkan mampu menilai pencapaian kompetensi klinisnya yang harus dikuasai, mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan diri, untuk selanjutnya bisa melakukan upaya-upaya perbaikan untuk mencapai kompetensi klinis tersebut. Penilaian diri bagi seorang dokter dibutuhkan untuk merefleksi dirinya sebagai dasar pengembangan diri untuk mencapai tujuan kompetensinya.

Kompetensi klinis adalah kompetensi yang harus dikuasai oleh lulusan dokter sebagai syarat untuk melakukan praktik kedokteran di masyarakat. Pendidikan Kedokteran Indonesia sebagaimana tercantum dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia mewajibkan sejumlah kompetensi klinis (Konsil Kedokteran Indonesia 2012). Kompetensi-kompetensi ini harus dikuasai oleh lulusan setelah mengikuti pendidikan dokter.

Beberapa peneliti menyebutkan bahwa penilaian diri kompetensi klinis masih menjadi suatu masalah, sebab belum akurat dalam proses pengukurannya (Gillespie et al. 2011). Deakin-Crick et al (2005) dan Ryan (2007) di dalam penelitiannya yang membandingkan hasil self assessment dan teacher assessment mengungkapkan bahwa mahasiswa cenderung menilai dirinya lebih tinggi dibandingkan dengan kompetensi yang sebenarnya. Penilaian tinggi ini dilakukan oleh mahasiswa dengan prestasi akademik yang lemah. Mahasiswa tidak dilatih ketrampilan untuk melakukan penilaian diri, maka penafsiran pengetahuan dan ketrampilan yang dimilikinya akan berpotensi untuk menyesatkan (Musolino 2006). Penilaian diri yang kurang tepat dapat menyebabkan seseorang kehilangan motivasi untuk mengubah memperbaiki konsep belajarnya (Duffy et al. 2006). Selain itu, penilaian diri yang kurang akurat dapat berisiko membahayakan pasien (Davis et al. 2006). David mengantisipasi kondisi ini dengan menekankan perlunya pedoman penilaian berupa gold standart untuk membandingkan performa dirinya dengan ukuran eksternal yang reliabel pada instrumen penilaian diri kompetensi klinis (Senger 2012). Belum banyak data dan penelitian yang mendukung penilaian diri dalam pencapaian kompetensi klinis di bidang kedokteran (Pisklakov et al. 2014), dan sampai saat ini masih menjadi tantangan dalam menyusun instrumen penilaian kompetensi klinis yang valid dan reliabel.

Adanya instrumen penilaian diri kompetensi klinis mahasiswa kedokteran ini diharapkan mampu memberikan informasi yang akurat tentang kompetensi klinis yang telah dikuasai oleh mahasiswa kedokteran. Informasi yang akurat nantinya akan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan diri. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dan mendeskripsi dimensi-dimensi kompetensi klinis, menganalisis validitas dan reliabilitas instrumen penilaian diri kompetensi klinis pada mahasiswa kedokteran.

## METODE

Penelitian menggunakan metode campuran rancangan sekuensial eksploratoris dengan model 4-D Thiagarajan yang dimodifikasi menjadi 4 tahap: identifikasi dimensi kompetensi, penyusunan instrumen, validasi, dan implementasi instrument (Saud 2014). Tahap identifikasi dilakukan untuk mengetahui dimensi-dimensi kompetensi klinis pada mahasiswa kedokteran. Tahap ini dilakukan menggunakan pendekatan metode penelitian kualitatif, melalui wawancara mendalam dan studi pustaka untuk mengkaji konsep-konsep atau teori-teori yang berhubungan dengan komponen kompetensi klinis bagi mahasiswa kedokteran. Studi pustaka dilakukan terhadap Standar Kompetensi Dokter Indonesia tahun 2012 dan pustaka lain yang mengkaji konsep dan teori tentang kompetensi klinis mahasiswa kedokteran. Wawancara dilakukan terhadap 7 responden, yaitu dosen pembimbing klinis dari Bagian Ilmu Penyakit Dalam (2 responden), Bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan (1 responden), Bagian Ilmu Kesehatan Anak (2 responden), dan Bagian Ilmu Kesehatan Mata (2 responden).

Instrumen yang digunakan adalah panduan wawancara. Analisis keabsahan data dilakukan melalui teknik triangulasi sumber dan metode. Analisis data menggunakan teknik analisis data kualitatif, melalui beberapa tahap (Creswell 2014): mengolah dan mempersiapkan data, membaca keseluruhan data, menganalisis lebih detail dengan meng-coding data, deskripsi seluruh informasi yang diperoleh, pendekatan naratif dalam menyampaikan hasil analisis, dan interpretasi atau memaknai data. Penyusunan instrumen penilaian diri kompetensi klinis dilakukan berdasarkan data yang diperoleh pada tahap identifikasi dimensi kompetensi klinis. Skala pengukuran menggunakan model skala Likert.

Tahap validasi instrumen dilakukan untuk menguji ketepatan instrumen dalam melakukan fungsi ukurnya. Validasi instrumen

dilakukan dengan meminta pertimbangan 3 orang ahli dalam bidang pendidikan kedokteran (expert judgement). Analisis untuk menentukan validitas isi dihitung menggunakan rumus Content Validity Ratio (CVR).

Tahap implementasi instrumen dilakukan dengan mengujicobakan instrumen penilaian diri kompetensi klinis kepada mahasiswa kedokteran. Pada tahap ini instrumen akan diuji secara kuantitatif untuk menilai reliabilitasnya. Reliabilitas instrumen dianalisis menggunakan uji reliabilitas Alpha Cronbach's. Sampel penelitian adalah 30 mahasiswa kedokteran tahap pendidikan profesi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang yang telah menempuh kepaniteraan klinik pada tahun akademik 2015/2016.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil wawancara mendalam terhadap dosen pembimbing klinis untuk mengidentifikasi komponen kompetensi klinis, menunjukkan bahwa dimensi kompetensi klinis terdiri dari hubungan dokter-pasien, anamnesis, pemeriksaan fisik, kemampuan diagnostik, tata laksana, ketrampilan komunikasi, dan profesionalitas. Dokter yang memiliki kompetensi klinis menurut Burg *et al* adalah dokter yang memiliki pengetahuan, penilaian, ketrampilan, dan pengalaman untuk mendiagnosis dengan benar dan mampu memberikan intervensi pengobatan yang tepat (Wimmers 2006). Kompetensi klinis berhubungan dengan proses mendiagnosis masalah dan memecahkannya. Hal ini serupa dengan hasil wawancara dengan dosen pembimbing klinis, dimana kompetensi klinis seorang dokter berhubungan dengan kemampuan dokter untuk mengidentifikasi masalah pasien dan melakukan upaya untuk mengatasi masalah tersebut. Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam proses tersebut.

Pasien adalah pihak yang mendapatkan pelayanan kesehatan dari dokter. Kepuasan dan

kenyamanan pasien merupakan hal yang utama. Inti dalam hubungan dokter dan pasien adalah kehangatan, ketulusan, pemahaman yang empatik, serta perhatian positif. Fourianalisyawati (2012) menjelaskan hubungan dokter dengan pasien dimulai saat pasien masuk ke ruang praktik dokter. Pada saat pasien datang, dokter perlu memberikan kesan yang baik dengan menyapa pasien dan memperkenalkan diri kepada pasien, seperti yang disampaikan oleh salah satu responden:

“Jadi sebetulnya kita ilustrasikan pada suatu kasus misalkan, jadi di sebuah ruang praktek itu, misalkan ada pasien yang masuk ke dalam ruang praktek kita, nah itu, kompetensi kita bagaimana kita bisa menyapa pasien itu dengan baik, kita berikan salam pada pasien itu, ....” (R2. 9-15)

Hal ini merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk membuat pasien merasa rileks dan bebas dari kekhawatiran pada suasana ruang praktek. Rasa saling pengertian antara dokter dan pasien dimulai dengan keduanya saling memberi salam. Salam yang ramah dan terbuka dari keduanya merupakan proses awal membangun saling pengertian dan keakraban sehingga menimbulkan rasa nyaman.

Hubungan antara dokter pasien dijalin dengan suatu keterbukaan, sebab hal ini dapat menumbuhkan rasa percaya dari pasien (Fourianalisyawati, 2012). Keterbukaan yang dilakukan oleh dokter berhubungan dengan kepentingan dokter untuk memberikan informasi tentang segala hal yang berhubungan dengan upaya penegakan diagnosis, diagnosis, dan upaya untuk perencanaan langkah-langkah penyembuhan pasien. Keterbukaan dapat menghasilkan pemahaman pasien terhadap keadaan kesehatannya, peluang dan kendalanya, sehingga dapat bersama-sama dokter mencari alternatif untuk mengatasi permasalahannya. Jujur dan terbuka terhadap pasien merupakan salah satu bentuk rasa hormat dokter terhadap pasien (*General Medical Council* 2013).

Anamnesis atau wawancara merupakan langkah pertama dalam tata cara kerja yang harus ditempuh untuk membuat diagnosis. Seorang dokter akan dapat mengarahkan kemungkinan diagnostik pada seorang pasien melalui anamnesis yang baik. Anamnesis yang baik harus mengacu pada pertanyaan yang sistematis, yaitu dengan berpedoman pada empat pokok pikiran (*The Fundamental Four*) dan tujuh butir mutiara anamnesis (*The Sacred Seven*). Mengumpulkan riwayat penyakit yang lengkap merupakan langkah penting untuk mengerti dan memahami pasien. Nilai kualitas riwayat pasien tentunya akan bergantung pada kemampuan dalam mengkaji informasi yang relevan. Alasan pasien datang kepada dokter adalah merupakan keluhan utama (*chief complaint*). Dokter harus mampu mengidentifikasi keluhan utama yang membawa pasien tersebut untuk datang ke dokter, karena sering kali pasien mengeluhkan banyak hal. Seorang responden menyampaikan pendapatnya demikian:

“.... kita tanyakan kepada pasien bahwa sebetulnya apa sih keluhan yang membuat pasien itu untuk datang ke dokter, itu karena kadang memang ada beberapa pasien akan mengeluhkan kan banyak, mungkin karena saya di bidang mata ada yang keluhan mata kabur, merah, nerocos, nah sebetulnya mana sih yang paling dikeluhkan oleh pasien, itu harus kita kejar terus.” (R2. 82-89)

Sebagai upaya penegakkan diagnosis, seorang klinisi harus menguasai bagaimana melakukan anamnesis (wawancara) dan pemeriksaan fisik yang sistematis dan benar. Hal ini seperti yang disampaikan oleh responden sebagai berikut.

“Tetapi kalau yang kita juga harus ngajari juga pemeriksaan yang taktis. Taktis itu sesuai dengan keluhan, sesuai dengan tumbuh kembang anak. Katakanlah begini kadang, bayi misalnya, anak besar, anak 5 tahun, pemeriksaan umum kepala, dia melakukan pemeriksaan ubun-ubun, ngapain ubun-ubun dilaporkin? Gitu.. Rambut mudah dipilah,

keadaan umumnya tidak gizi buruk. Jadi harus bisa memilih juga supaya namanya pemeriksaan fisik yang tidak cuma sistimatis, tetapi juga taktis.” (R1. 103-113)

Banyak hal yang dapat digali pada anamnesis sehingga dengan anamnesis yang baik, seorang dokter dapat mengarahkan kemungkinan diagnostik pada seorang penderita, sehingga dalam melakukan pemeriksaan fisik dapat melakukannya secara cermat dan sistematis. Saat melakukan pemeriksaan, penting bagi dokter untuk memperhatikan respon pasien. Hal ini berhubungan dengan kenyamanan pasien selain bahwa, respon tersebut menunjukkan kelainan yang dimiliki. Pada saat dokter melakukan pemeriksaan, dokter perlu melakukan tindakan proteksi diri, baik bagi dokter maupun pasien. Hal ini dilakukan untuk mencegah penularan penyakit antara dokter-pasien.

Kemampuan yang penting untuk dimiliki oleh seorang dokter adalah kemampuan diagnostik atau kemampuan untuk menegakkan diagnosis. Selama melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik, dokter harus cermat dalam menganalisis fakta-fakta yang ditemukan yang dapat menggiring ke arah penegakkan diagnosis.

“.... menyusun tadi runtutan diagnosis, diagnosis yang sudah diajari, dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, kemudian diagnosis” (R1. 10-13)

“Cuma nanti kecurigaannya kita melihat lagi ke anamnesis, pemeriksaan fisik, dan dari pemeriksaan penunjang, yang paling menunjang itu ke arah mana itulah kita pastikan menjadi diagnose pasti.” (R2. 270-275)

Seorang dokter harus mampu membuat keputusan berdasarkan apa yang menjadi masalah, apa diagnosisnya, apa yang akan dilakukan, dan apa yang harus dilakukan. Penalaran klinis merupakan suatu proses dimana seorang dokter memusatkan pikiran mereka ke arah diagnosis yang memungkinkan, berdasarkan campuran pola pengenalan dan penalaran deduktif hipotetik (Schell 2008). Proses ini dipengaruhi pengetahuan medis

tentang mekanisme patofisiologi. Pola hipotetik deduktif memiliki ciri pada interpretasi data klinis, setiap data yang masuk dilakukan persangkaan atau penarikan hipotesis. Hal ini dilakukan secara terus-menerus sampai hipotesis menjadi semakin sempit dan data klinis habis, sehingga diperoleh suatu diagnosis kerja dan diagnosis banding.

Hardjodisastro (2006), menjelaskan bahwa setelah menegakkan diagnosis langkah berikutnya adalah menyusun rencana penatalaksanaan. Tata laksana penyakit dapat dibedakan menjadi dua, yaitu farmakologis dan non farmakologis, seperti yang disampaikan oleh responden:

“.... ya dari situ mengarah ke terapi, terapinya apa? Menurut saya ada dua, yaitu farmakologis dan non farmakologis. Mulai dari upaya preventif, promotif, kuratif, kalau memang nanti tahapannya nanti ke rehabilitatif ....” (R1. 14-18)

Penatalaksanaan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien pasien dan dapat berupa tatalaksana farmakologis atau non farmakologis. Tatalaksana farmakologis adalah pemberian terapi dengan menggunakan obat-obatan, sedang tatalaksana non farmakologi merupakan upaya pelengkap untuk mendapatkan efek pengobatan farmakologis yang lebih baik.

Komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien merupakan salah satu kompetensi yang harus dikuasai oleh dokter. Kompetensi komunikasi menentukan keberhasilan dalam menyelesaikan masalah kesehatan pasien (Rusmana 2009). Komunikasi dokter-pasien perlu dilakukan dengan bahasa yang lugas sehingga mudah dipahami oleh pasien. Hal ini seperti yang disampaikan oleh beberapa responden, seperti:

“Jadi menjelaskan temuan klinis, temuan yang didapat dari pasien, yang kita temukan apa saja harus disampaikan dengan bahasa yang lugas, diagnosanya apa juga harus kita jelaskan dengan bahasa yang praktis, yang mudah dimengerti, ....” (R2. 314-319)

Komunikasi dalam interaksi antara dokter dan pasien diartikan sebagai tercapainya pengertian dan kesepakatan yang dibangun dokter bersama pasien pada setiap langkah penyelesaian masalah pasien. Komunikasi yang efektif, pasien akan memberikan keterangan yang benar dan lengkap sehingga dapat membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit pasien secara baik dan memberi obat yang tepat bagi pasien. Untuk sampai pada tahap tersebut, diperlukan berbagai pemahaman seperti pemanfaatan jenis komunikasi (lisan, tulisan), menjadi pendengar yang baik, adanya penghambat proses komunikasi, pemilihan alat penyampai pikiran atau informasi yang tepat, dan mengekspresikan perasaan dan emosi.

Di dalam praktiknya, baik dokter maupun pasien dapat berperan sebagai sumber atau pengirim pesan dan penerima pesan secara bergantian. Pasien sebagai pengirim pesan, menyampaikan apa yang dirasakan atau menjawab pertanyaan dokter sesuai pengetahuannya. Sementara dokter sebagai pengirim pesan, berperan pada saat menyampaikan penjelasan penyakit, rencana pengobatan dan terapi, efek samping obat yang mungkin terjadi, serta dampak dari dilakukan atau tidak dilakukannya terapi tertentu.

Dokter bertanggung jawab untuk memastikan pasien memahami apa yang disampaikan. Sebagai penerima pesan, dokter perlu berkonsentrasi dan memperhatikan setiap pernyataan pasien. Untuk memastikan apa yang dimaksud oleh pasien, dokter sesekali perlu membuat pertanyaan atau pernyataan klarifikasi. Mengingat kesenjangan informasi dan pengetahuan yang ada antara dokter dan pasien, dokter perlu mengambil peran aktif. Ketika pasien dalam posisi sebagai penerima pesan, dokter perlu secara proaktif memastikan apakah pasien benar benar memahami pesan yang telah disampaikannya. Idealnya, dengarkan pasien ketika menggambarkan masalah dengan kata-katanya sendiri. Tidak ada cara yang terbaik untuk menanyai pasien. Kesuksesan dalam interview memerlukan

pengecehan dalam penggunaan istilah medis dan gunakan gambaran bahasa yang familier.

Profesionalitas (Wear & Aultman 2006) diartikan sebagai pemeliharaan kompetensi yang sangat penting untuk praktik, pembinaan, serta pemajuan ilmu pengetahuan, etik, dan perawatan penuh kasih dalam melayani pasien dan masyarakat. Profesionalitas digambarkan sebagai penghubung antara kelompok profesi kedokteran dengan masyarakat yang ditandai dengan adanya ekspektasi dari kelompok masyarakat dan kewajiban melayani dari kelompok profesi. Profesionalitas tidak terbatas pada hubungan antara dokter dengan pasien secara individu, tetapi juga hubungan dokter dengan institusinya, kelompok profesi dokter dengan masyarakat, dan hubungan dokter dengan pembuat kebijakan publik. Salah satu bagian dari bentuk profesionalisme seorang dokter adalah dokter harus jujur tentang segala pengalaman serta kualifikasi yang kita miliki (*General Medical Council* 2013). Hal ini memiliki arti bahwa dokter harus memahami kompetensi apa saja yang dimiliki serta batasannya. Tindakan merujuk pasien kepada sejawat yang memiliki kompetensi lebih tinggi merupakan bentuk pemahaman dokter terhadap kompetensinya. Hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh responden sebagai berikut.

“... harus bisa menentukan apakah pasien perlu pemeriksaan lanjutan atau mungkin perlu referral, tatalaksana yang sesuai kompetensinya. Apabila memang kompeten untuk melakukan tatalaksana yang paripurna, berarti harus sampai ke follow up tatalaksana yang sudah diberikan.” (R4. 30-36)

Bentuk profesionalitas yang lain adalah prinsip otonomi pasien. Dokter menunjukkan rasa hormat terhadap keputusan yang diambil oleh pasien. Dokter harus menghormati dan menghargai hak pasien untuk terlibat penuh dalam pengambilan keputusan, diawali dengan dokter menjelaskan apa dan mengapa perlu dilakukan suatu tindakan, risiko atau efek samping, dan permintaan persetujuan atas tindakan tersebut (*General Medical Council* 2013).

**Tabel 1.** Hasil Content Validity Ratio

Aspek Penilaian		CVR
Kesesuaian butir dengan indikator		
Butir 1	Menyapa pasien	0.33
Butir 2	Memperkenalkan diri kepada pasien	1.00
Butir 3	Terbuka dengan pasien terkait kondisi medisnya	1.00
Butir 4	Melakukan anamnesis dengan urutan yang logis	1.00
Butir 5	Mampu menggali fakta yang mendukung penegakan diagnosis (sacred seven, fundamental four)	1.00
Butir 6	Melakukan pemeriksaan fisik yang tepat dan relevan	1.00
Butir 7	Melakukan pemeriksaan fisik secara sistimatis	1.00
Butir 8	Memperhatikan respon pasien saat melakukan pemeriksaan fisik	1.00
Butir 9	Melakukan tindakan proteksi diri	1.00
Butir 10	Cermat menganalisis masalah pasien (hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik)	0.33
Butir 11	Menentukan diagnosis banding/diagnosis	1.00
Butir 12	Melakukan tata laksana farmakologis yang tepat	1.00
Butir 13	Melakukan tata laksana non farmakologis yang tepat	1.00
Butir 14	Menggunakan bahasa yang mudah dipahami pasien	1.00
Butir 15	Menjadi pendengar yang baik	1.00
Butir 16	Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya	1.00
Butir 17	Menjelaskan kepada pasien mengenai setiap tindakan yang akan dilakukan	1.00
Butir 18	Memberikan edukasi yang berhubungan dengan kondisi medis pasien	1.00
Butir 19	Meminta persetujuan untuk setiap tindakan	0.33
Butir 20	Melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien	1.00
Butir 21	Melakukan tindakan secara urut sesuai dengan prioritas	1.00
Butir 22	Memperhatikan kenyamanan pasien	1.00
Butir 23	Menunjukkan rasa hormat kepada pasien	0.33
Butir 24	Menyadari keterbatasan kompetensi yang dimiliki (bilamana perlu dirujuk)	0.33
Butir 25	Penampilan keseluruhan	1.00
Instrumen menggunakan tata bahasa yang benar		1.00
Instrumen menggunakan skala yang tepat		0.33
Konten / isi instrumen telah sesuai dengan tujuan instrumen		1.00

Hasil identifikasi dimensi kompetensi klinis selanjutnya digunakan untuk menyusun instrumen penilaian diri kompetensi klinis bagi mahasiswa kedokteran. Penilaian diri adalah suatu proses penilaian yang bersifat formatif dimana mahasiswa merefleksi dan mengevaluasi kualitas pekerjaan dan belajarnya, menilai

sejauh mana pencapaian kriteria atau standar, mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan yang dimiliki untuk perbaikan di masa mendatang. Instrumen penilaian diri kompetensi klinis mahasiswa kedokteran adalah suatu alat yang dapat digunakan untuk mengumpulkan data hasil proses penilaian kompetensi klinis yang

dilakukan oleh mahasiswa kedokteran yang bersangkutan setelah sebelumnya mahasiswa tersebut memperoleh paparan klinis yang sebenarnya. Hal ini berhubungan dengan aspek psikologi dan merupakan sesuatu yang tidak dapat diamati secara langsung. Skala sikap merupakan pilihan yang tepat, sebab dianggap lebih lengkap, tepat, dan konsisten dalam mengukur aspek psikologis. Model skala Likert merupakan skala sikap yang sering digunakan untuk menggali aspek psikologis karena mudah digunakan dan dapat disesuaikan dengan bermacam-macam konstruk. Skor dari semua butir selanjutnya dapat dihitung dan dianalisis (Artino et al. 2014).

Uji validitas terhadap instrumen penilaian diri yang telah disusun, dilakukan dengan meminta pertimbangan dari 3 orang ahli di bidang pendidikan kedokteran. Hasil CVR pada Tabel 1 menunjukkan bahwa keseluruhan aspek penilaian memiliki CVR positif. Hal ini berarti seluruh butir telah disetujui oleh sebagian besar ahli.

Aspek penilaian tata bahasa instrumen memiliki nilai CVR 1,00, hal ini berarti seluruh ahli setuju bahwa instrumen penilaian diri yang disusun sudah menggunakan tata bahasa yang benar. Aspek penggunaan skala memiliki nilai CVR 0,33. Hal ini berarti 2 dari 3 ahli setuju penggunaan model skala Likert pada instrumen penilaian diri. Meskipun demikian, terdapat catatan dari ahli 1 dan 2, yang menyebutkan bahwa penggunaan model skala Likert pada instrumen penilaian diri akan lebih baik jika menghilangkan nilai tengah, sehingga hanya menjadi 4 skala, yaitu sangat kurang, kurang, baik, dan sangat baik. Hal ini untuk menghindari kecenderungan untuk memilih nilai tengah. Bias tendensi sentral sering terjadi karena responden cenderung menghindari penilaian yang ekstrim. Responden lebih menyukai untuk memilih nilai tengahnya (Schwartz 1999).

**Tabel 2.** Uji Reliabilitas *Alpha Cronbach*

Alpha Cronbach	N
0.949	25

Instrumen penilaian diri yang telah disusun dan diuji validitas internal, selanjutnya diuji reliabilitasnya. Hasil uji reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbach* pada Tabel 2. menunjukkan hasil nilai *Alpha* 0.949 > rtabel 0.361 (signifikansi 5%). Hal ini menunjukkan bahwa butir-butir pada instrumen penilaian diri kompetensi klinis bagi mahasiswa kedokteran dapat dikatakan reliabel. Instrumen ini memiliki konsistensi dalam mengukur konstruk yang sama.

## SIMPULAN

Analisis hasil wawancara mendalam terhadap dosen pembimbing klinis, diperoleh hasil bahwa kompetensi klinis terdiri atas beberapa dimensi, yaitu: hubungan dokter-pasien, anamnesis, pemeriksaan fisik, kemampuan diagnostik, tata laksana, ketrampilan komunikasi, dan profesionalitas. Uji validitas instrumen penilaian diri kompetensi klinis bagi mahasiswa kedokteran yang dilakukan dengan meminta pertimbangan para ahli pendidikan kedokteran dan dianalisis menggunakan analisis CVR diperoleh hasil seluruh butir telah disetujui oleh ahli dan instrumen dinyatakan valid. Uji reliabilitas instrumen penilaian diri kompetensi klinis bagi mahasiswa kedokteran menunjukkan hasil instrumen reliabel.

## DAFTAR PUSTAKA

- Artino, AA. et al., 2014. Developing Questionnaires for Educational Research: AMEE Guide No. 87. *Medical Teacher* 36, pp. 463-474.
- Boud, D. & Falchikov, N., 2006. Aligning assessment with long-term learning. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 31(4), pp.399-413.



- Creswell, J. W. 2014. *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Davis, D. et al., 2006. CLINICIAN ' S CORNER Accuracy of Physician Self-assessment Compared A Systematic Review. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 296(9), pp.1094–1102.
- Deakin-Crick, R. et al., 2005. Systematic review of research evidence of the impact on students of self- and peer-assessment. Protocol. *Research Evidence in Education Library*, (October), pp.1–22.
- Duffy, D.F. et al., 2006. Self-assessment in Lifelong Learning and Improving Performance in Practice. *Jama*, 296(9), p.1137. Available at: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.296.9.1137>.
- Fourianalistyawati, E. 2012. Komunikasi yang Relevan dan Efektif antara Dokter dan Pasien. *Jurnal Psikogenesis*. Vol 1, pp. 82-87.
- General Medical Council. 2013. *Good Medical Practice : Working with doctors Working for Patients*. London: General Medical Council. [www.gmc.uk.org/guidance](http://www.gmc.uk.org/guidance). (diunduh 12 Juni 2017)
- Gillespie, B.M. et al., 2011. Education and Experience Make a Difference: Results of a Predictor Study. *AORN Journal*, 94(1), pp.78–90. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2010.11.037>
- Hardjodisastro, D. 2006. *Menuju Seni Ilmu Kedokteran: Bagaimana Dokter Berpikir, Bekerja dan Menampilkan Diri*. Gramedia pustaka utama: Jakarta, pp. 60 – 118.
- Konsil Kedokteran Indonesia, 2012. *Standar Kompetensi Dokter Indonesia*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Musolino, G.M., 2006. Fostering reflective practice: Self-assessment abilities of physical therapy students and entry-level graduates. *Journal of Allied Health*, 35(1), pp.30–42.
- Orsmond, P., 2004. Self- and Peer-Assessment Guidance on Practice in the Biosciences. *Teaching Bioscience - Enhancing Learning Series*, pp.12–26.
- Pisklakov, S., Rimal, J. & McGuiert, S., 2014. Role of Self-Evaluation and Self-Assessment in Medical Student and Resident Education. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, 4(1), pp.1–9.
- Rusmana. 2009. *Komunikasi Efektif Dokter Gigi vs Pasien*.
- Saud, S., Jufri, A., Rahman, M. A., & Salam. 2014. Learning Devices Development on Descriptive Writing for Foreign Language Based on Berlo's SMCR Communication Model of Secondary School Student. *Journal of Language Teaching and Research*, 5(5), pp.1035.
- Schell, B. A. & Schell, J. W. (Eds). 2008. *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*. Philadelphia, PA: Walters Kluwer/ Lippincott, Williams & Wilkins.
- Schwartz, N. 1999. Self Report : How the questions shape the answers. *Psychol* 54, pp. 93-105.
- Senger, J.-L., 2012. Student Evaluations: Synchronous Tripod of Learning Portfolio Assessment—Self-Assessment, Peer-Assessment, Instructor-Assessment. *Creative Education*, 03(01), pp.155–163.
- Wear, D. & Aultman, J. M., (Eds). 2006. *Professionalism in Medicine Critical Perspectives*. USA: Springer.
- Wimmers, P. F., 2006. *Developing Clinical Competence*. Netherlands: Print partners Impskamp B. V.