

**PERBEDAAN SKOR *MINI-CEX* DOKTER MUDA STASE PERTAMA  
DAN STASE TERAKHIR PADA STASE OBSTETRI GINEKOLOGI  
RUMAH SAKIT Dr.Hi.ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG**

**(Skripsi)**

**OLEH :  
ZULFIKAR MS**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
2018**

**PERBEDAAN SKOR *MINI-CEX* DOKTER MUDA STASE PERTAMA  
DAN STASE TERAKHIR PADA STASE OBSTETRI GINEKOLOGI  
RUMAH SAKIT Dr.Hi.ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG**

**Oleh  
ZULFIKAR MS**

**Skripsi  
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar  
SARJANA KEDOKTERAN**

**Pada  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2018**

## ABSTRACT

### DIFFERENCES OF *MINI-CEX* SCORE BETWEEN CLERKSHIP ON FIRST STATION AND LAST STATION IN OBSTETRIC AND GYNEKOLOGY DIVISION DR.HI.ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG

By

ZULFIKAR MS

**Background:** During clerkship, undergraduated students' learning outcomes will be evaluated. The evaluation will be used to measure the competencies have been fulfilled. Mini clinical evaluation exercise (mini-CEX) is one of instruments used to evaluate undergraduated students' clinical skills. Mini-CEX is done only in clinical study that clerkships of the first station who still haven't got any experiences of doing ini-CEX compared to clerkships of the last station who have done this test from times to times..

**Methods:** This research was a quantitative study of analitical comparative method with cross sectional approach. Samples of this research consisted of the first and last station clerkships in Obstetric Gynecology Division of 80 samples respectively. This research used secondary data of mini-CEX scores obtained from Obstetric Gynecology Division of Dr. Hi. Abdul Moeloek Hospital Bandar Lampung..

**Results:** Univariate analysis of the first and last station clerkships' mini-CEX scores showed value of 66 (55-83) and 72 (50-83) respectively. Mann Whitney test of mini CEX scores showed p-value of 0,001 ( $p < 0,5$ ).

**Conclusion:** It can be concluded that there was differences between mini-CEX scores of the first and last station clerkships in Obstetric Gynecology Division of Dr. Hi. Abdul Moeloek Hospital Bandar Lampung.

**Keywords:** Clerkship, *mini-CEX*, obstetric gynecology

## ABSTRAK

### PERBEDAAN SKOR *MINI-CEX* DOKTER MUDA STASE PERTAMA DAN STASE TERAKHIR PADA STASE OBSTETRI GINEKOLOGI RUMAH SAKIT Dr.Hi.ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG

Oleh

ZULFIKAR MS

**Latar belakang:** Selama kepaniteraan klinik hasil belajar dokter muda akan dievaluasi. Evaluasi hasil belajar digunakan untuk mengetahui kompetensi yang harus dicapai sudah terpenuhi. *Mini clinical evaluation exercise (mini-CEX)* merupakan salah satu instrumen yang digunakan untuk mengevaluasi kemampuan klinis dokter muda. *Mini-CEX* dilakukan hanya pada tahap pendidikan klinik sehingga dokter muda stase pertama belum memiliki pengalaman melakukan *mini-CEX* berbeda dengan dokter muda stase akhir yang sudah melakukan berkali-kali.

**Metode penelitian** Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif berupa metode analitik komparatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian merupakan dokter muda stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri Ginekologi dengan jumlah sampel masing-masing 80 sampel. Penelitian ini menggunakan data sekunder berupa nilai *Mini-CEX* yang didapatkan dari Bagian Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek Bandar Lampung..

**Hasil penelitian:** Hasil uji univariat pada nilai *mini-CEX* dokter muda stase pertama dan stase terakhir sebesar 66 (55-83) dan 72 (50-83). Uji *Mann Whitney* pada nilai *mini-CEX* didapatkan nilai  $p=0,001$  ( $p<0,5$ ).

**Kesimpulan:** Terdapat perbedaan antara nilai *mini-CEX* dokter muda stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Dr.Hi. Abdul Moeloek Bandar Lampung.

**Kata kunci:** dokter muda, *mini-CEX*, obstetri ginekologi

Judul Skripsi

**:PERBEDAAN SKOR MINI-CEX DOKTER  
MUDA STASE PERTAMA DAN STASE  
TERAKHIR PADA STASE OBSTETRI  
GINEKOLOGI RUMAH SAKIT H. ABDUL  
MOELOEK BANDAR LAMPUNG**

Nama Mahasiswa

: Zulfikar MS

No. Pokok Mahasiswa

: 1418011230

Program Studi

: Pendidikan Dokter

Fakultas

: Kedokteran



**MENYETUJUI**

1. Komisi Pembimbing

**dr. Oktafany, M.Pd.Ked.**

**NIP 197610162005011003**

**Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes.**

**NIP 197810092005011001**

2. Dekan Fakultas Kedokteran



**Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp. PA**

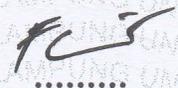
**NIP 197012082001121001**

**MENGESAHKAN**

1. **Tim Penguji**

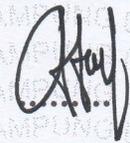
**Ketua**

**: dr. Oktafany, M.Pd.Ked.**



**Sekretaris**

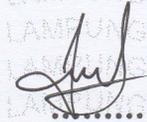
**: Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes.**



**Penguji**

**Bukan Pembimbing**

**: dr. Rika Lisiswanti, M.Med.Ed.**



2. **Dekan Fakultas Kedokteran**

**Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA**  
**NIP 197012082001121001**



**Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 26 Januari 2018**

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

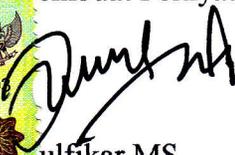
1. Skripsi dengan judul “PERBEDAAN SKOR *MINI-CEX* DOKTER MUDA STASE PERTAMA DAN STASE AKHIR PADA STASE OBSTETRI DAN GINEKOLOGI DI RUMAH SAKIT DR.HI. ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG” adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah yang diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandarlampung, Januari 2018

Pembuat Pernyataan,



  
ulfika MS

NPM 1418011230

## **RIWAYAT HIDUP**

Peneliti dilahirkan di Bandar Lampung pada tanggal 16 Mei 1995 sebagai anak kedua dari lima bersaudara dari Bapak Drs. Sutik Aprianto Apt, dan Ibu Marhamis Amd.Keb.

Pendidikan Taman Kanak-kanak (TK) diselesaikan di TK Kartika II pada tahun 2001, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD Kartika II-5 pada tahun 2007, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMPN 1 Bandar Lampung pada tahun 2010, dan Sekolah Menengah atas (SMA) diselesaikan di SMAN 9 Bandar Lampung pada tahun 2013.

Tahun 2014, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN).

*Teruntuk Papa,  
Mama, Kak Ririn  
Handi, . Mela dan  
Nurul*

“Karena Sesungguhnya sesudah  
kesulitan itu ada kemudahan.”  
(Q.S 94:5)

## SANWACANA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan barokahnya serta Rasulullah SAW yang menjadi suri tauladan terbaik sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “PERBEDAAN SKOR *MINI-CEX* DOKTER MUDA STASE PERTAMA DAN STASE AKHIR PADA STASE OBSTETRI GINEKOLOGI DI RUMAH SAKIT DR.HI. ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG”.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan masukan, bantuan, dorongan, saran, bimbingan, dan kritik dari banyak pihak. Dengan segenap kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M. Kes., Sp. PA., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. dr. Oktafany M.Pd.Ked. selaku Pembimbing Utama serta Pembimbing Akademik atas kesediaannya untuk meluangkan banyak waktu, bimbingan, nasihat, saran, dan kritik yang bermanfaat dalam proses penyelesaian skripsi ini;

4. Dr.dr.Betta Kurniawan M.Kes. selaku Pembimbing Kedua atas kesediaannya untuk meluangkan waktu, memberikan nasihat, bimbingan, saran, dan kritik yang bermanfaat dalam proses penyelesaian skripsi ini;
5. dr.Rika Lisiswanti M.Med.Ed selaku Pembahas yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan nasihat, bimbingan, serta ilmu, masukan dan saran pada skripsi ini;
6. Seluruh staf pengajar dan karyawan Fakultas Kedokteran Unila atas ilmu, waktu, dan bimbingan yang telah diberikan dalam proses perkuliahan;
7. Terima kasih untuk penyemangat utama orang tua yang sangat saya banggakan Papa dan Mama, yang tidak pernah henti-hentinya memberikan doa, dukungan serta nasihat selama saya menjalani pendidikan di FK UNILA;
8. Terima kasih kepada kakak dan adik-adik saya Kak Ririn, Handi, Mela dan Nurul, yang senantiasa memberi semangat ketika saya merasa lelah dalam menjalani perkuliahan, yang selalu mengingatkan untuk semangat belajar agar bisa cepat lulus;
9. Teman-teman yang sudah menjadi keluarga kedua Kak Dina, Yoan, Dirga, Ayu, Cakra, Komang, yang senantiasa berbagi dalam suka maupun duka;
10. Teman-teman seperjuangan skripsi Tania da Tiwi, dzulfiqar, rachman, Rahmatullah, Ulima, Dinah, Itong, Tassya, Nandya.
11. Teman teman sejawat angkatan 2014 “CRAN14L”.
12. Adik-adik angkatan 2015, 2016, 2017 terimakasih atas dukungan, doa dan bantuannya dalam satu fakultas kedokteran;

13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam penulisan skripsi ini.

Penulis menyadari skripsi ini masih memiliki banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan. Akhir kata, penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat dan pengetahuan baru kepada setiap orang yang membacanya. Terima kasih.

Bandarlampung, 26 Januari 2018

Penulis

Zulfikar MS

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	i
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	iii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	iv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Bagi Penulis .....	5
1.4.2 Bagi Institusi .....	5
1.4.3 Bagi Ilmu Pengetahuan .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	6
2.1 Pendidikan Dokter Muda .....	6
2.2 Mini-CEX .....	14
2.3 Nilai Mini-CEX Tingkat Pertama dan Tingkat Akhir .....	19
2.4 Alat Penelitian .....	20
2.5 Kerangka Teori .....	23
2.6 Kerangka Konsep .....	24
2.7 Hipotesis .....	24
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	25
3.1 Rancangan Penelitian .....	25
3.2 Tempat dan Waktu .....	25
3.3 Populasi dan Sampel .....	26
3.4 Identifikasi Variabel .....	28
3.5 Definisi Operasional .....	29
3.6 Alat dan Instrumen Penelitian .....	29
3.7 Teknik Pengumpulan Data .....	29
3.8 Alur Penelitian .....	30
3.9 Analisis Data .....	30
3.10 Etika Penelitian .....	31

<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	32
4.1 Hasil Penelitian .....	32
4.2 Pembahasan .....	37
<b>KESIMPULAN</b> .....	44
5.1 Simpulan.....	44
5.2 Saran.....	44
5.3 Keterbatasan .....	45
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	46
<b>LAMPIRAN</b> .....	49

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1. Definisi Operasional.....	29
Tabel 2. Uji Normalitas .....	33
Tabel 3. Hasil Uji Normalitas Komponen Penilaian Mini-CEX.....	34
Tabel 4. Analisis Univariat Nilai Mini-CEX.....	35
Tabel 5. Analisis Univariat Komponen Nilai Mini-CEX.....	36
Tabel 6. Hasil Uji Non Parametrik Mann Whitney Nilai Mini-CEX.....	36
Tabel 7. Hasil Uji Non Parametrik Mann-Whitney Komponen Mini-CEX .....	37

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 1. Piramida Miller.....	14
Gambar 2. Kerangka Teori.....	23
Gambar 3. Kerangka Konsep .....	24
Gambar 4 Alur Penelitian.....	30

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Mahasiswa kedokteran untuk meraih gelar dokter harus melewati beberapa tahapan pendidikan, yaitu tahap program sarjana kedokteran, setelah selesai menempuh dan memenuhi persyaratan yang ditentukan dalam tahap ini, mahasiswa berhak mendapat gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked) dan berhak melanjutkan pendidikan ke tahap program profesi dokter. Dalam tahap ini mahasiswa menjalani Kepaniteraan Klinik (dokter muda) yang dilaksanakan minimal 3 semester aktif (Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, 2017). Hasil belajar dokter muda selama kepaniteraan klinik akan dievaluasi. Evaluasi hasil belajar pada performa klinik atau lapangan perlu disusun dengan baik, berkelanjutan, dan memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk menampilkan kemampuan profesional yang optimal, sehingga kompetensi yang harus dicapai setiap tahap atau tingkat dapat terpenuhi. Standar kompetensi dokter Indonesia terdiri atas profesionalitas yang luhur, mawas diri dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif, pengelolaan informasi, landasan ilmiah ilmu kedokteran, keterampilan klinis, dan pengelolaan masalah kesehatan (Konsil Kedokteran Indonesia, 2012). Salah satu alat atau metode yang digunakan untuk mengevaluasi kemampuan klinis

dokter muda adalah *mini clinical evaluation exercise* (Kogan dan Hauer, 2006).

*Mini clinical evaluation exercise (Mini-CEX)* adalah suatu metode untuk evaluasi kemampuan klinis peserta didik pada tahapan dokter muda dan residensi. Metode ini digunakan untuk menilai keterampilan klinis yang dibutuhkan dalam pelayanan klinik yang baik. Mini CEX bukan hanya berperan untuk mengevaluasi tapi juga dapat menjadi kesempatan untuk proses pembelajaran karena terdapat *feedback* langsung dari penguji kepada peserta didik (Norcini *et al.*, 2003). *Feedback* merupakan keunggulan terbesar dari *mini-CEX* dibandingkan dengan alat penilaian lainnya (Lau *et al.*, 2016).

*Mini-CEX* merupakan suatu metode yang digunakan untuk evaluasi kemampuan klinik dan sekaligus memberikan *feedback* terhadap performa dokter muda. Penilaian Mini-CEX dilakukan dengan cara penguji akan mengobservasi bagaimana dokter muda berinteraksi langsung dengan pasien dengan berbagai macam setting, baik rumah sakit, kondisi klinis pasien, dll. Pada awalnya, dokter muda akan melakukan anamnesis pasien dan melakukan pemeriksaan, setelah itu dokter muda dituntut untuk menegakkan diagnosis dan merencanakan penatalaksanaannya. Penguji akan menilai performa dokter muda menggunakan dokumen yang terstruktur dan langsung memberikan *educational feedback* (Norcini, 2005). Pelaksanaan *mini-CEX* lebih efisien dalam waktu yakni sekitar 15

menit, dibandingkan alat penilaian klinis lainnya (Fernando *et al.*, 2008). Setiap dokter muda seharusnya dievaluasi dengan berbagai macam kasus yang berbeda dan diuji oleh penguji yang berbeda (Norcini, 2005).

*Mini-CEX* pertama kali dikembangkan oleh *American Board Internal Medicine (ABIM)* pada tahun 1972 untuk mengevaluasi kompetensi klinis mahasiswa dalam upaya untuk mengatasi kekurangan dari metode penilaian *Clinical Evaluation Exercise (CEX)* tradisional (Norcini *et al.*, 2003). Walaupun dalam sejarahnya *mini-CEX* pertama kali digunakan untuk mengevaluasi dalam pendidikan spesialis, seiring perkembangannya *mini-CEX* juga dapat digunakan pada tahap pendidikan yang lebih rendah seperti pendidikan tahap klinik program pendidikan dokter (Kogan dan Hauer, 2006).

*Mini-CEX* dilakukan hanya pada tahap pendidikan klinik sehingga dokter muda tingkat pertama belum berpengalaman melakukan ujian tersebut, hal ini mengakibatkan dokter muda tingkat pertama belum memiliki pengalaman terhadap proses pelaksanaan *mini-CEX* berbeda dengan dokter muda tingkat akhir yang telah melakukan uji *mini-CEX* berkali-kali. Selain itu, *mini-CEX* bukan hanya berperan sebagai alat penilaian tetapi juga dapat berperan sebagai alat pembelajaran. (Suhoyo dan Hadianto, 2012). Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Suhoyo pada dokter muda tingkat pertama Bagian Ilmu Penyakit Dalam dan

Bagian Saraf menunjukkan terjadinya peningkatan nilai rata-rata dan semua aspek klinis *mini-CEX* selama stase tersebut berlangsung.

Alasan peneliti untuk meneliti ini adalah penelitian mengenai perbedaan skor *mini-CEX* pada dokter muda tingkat pertama dan tingkat terakhir belum pernah dilakukan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan skor *mini-CEX* antara tingkat pertama dan tingkat terakhir dokter muda Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian di atas, perumusan masalah yang diteliti oleh peneliti adalah “Adakah perbedaan skor *mini-CEX* dokter muda stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui perbedaan skor *mini-CEX* dokter muda stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui gambaran skor *mini-CEX* dokter muda stase pertama pada stase Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek Bandar Lampung.
- b. Mengetahui gambaran skor *mini-CEX* dokter muda stase akhir pada stase Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek Bandar Lampung.
- c. Mengetahui perbedaan skor *mini-CEX* antara stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Dr. Hi. Abdul Moeloek Bandar Lampung.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Bagi Penulis**

Menambah pemahaman peneliti tentang ilmu Pendidikan Kedokteran khususnya mengenai *mini-CEX*

### **1.4.2 Bagi Institusi**

Menambah data mengenai skor *mini-CEX* dokter muda stase pertama dan akhir pada stase Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Dr.Hi. Abdul Moeloek.

### **1.4.3 Bagi Ilmu Pengetahuan**

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi peneliti lain sebagai acuan untuk meneliti lebih lanjut mengenai *mini-CEX*.

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Pendidikan Dokter Muda**

Pendidikan kedokteran berdasarkan ketentuan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) pada tahap akademik dilaksanakan minimal 7 (tujuh) semester, dan tahap profesi 4 (empat) semester (Konsil Kedokteran Indonesia, 2012). Tahap pendidikan dokter muda di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung (FK UNILA) dilakukan minimal dalam 3 semester aktif, dengan masa studi maksimal 6 semester. Penghitungan masa studi maksimum tidak termasuk stagnasi yang disebabkan keterbatasan daya tampung Rumah Sakit Pendidikan. Dalam tahap ini mahasiswa menjalani Kepaniteraan Klinik (dokter muda) yang merupakan proses berkesinambungan. Setelah selesai menempuh dan memenuhi persyaratan yang ditentukan pada tahap ini mahasiswa berhak mendapat sebutan dokter (dr) (FK UNILA, 2017).

Macam-macam proses pembelajaran pada tahap program profesi dokter adalah sebagai berikut:

#### *1. Bed Side Teaching*

Merupakan modal terpenting dalam mengajarkan berbagai kemampuan dalam profesi kedokteran. Proses pengajaran dilakukan dengan mahasiswa berinteraksi langsung dengan pasien dibawah bimbingan /

pengawasan dosen pembimbing. *Bed Side Teaching* dapat meningkatkan kemampuan diagnosis klinis mahasiswa. Dapat dilakukan di poliklinik, ruang rawat inap, dan ruang operasi. (Peters, 2014)

## 2. *Case Report*

*Case report* bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis diagnosis dan atau manajemen penyakit dari satu atau dua pasien. *Case report* yang baik berisi informasi mengenai sindrom klinis yang tidak umum, penyakit yang saling berhubungan, efek samping terapi yang langka, atau respon terapi yang langka. *Case report* akan dipresentasikan oleh peserta kepaniteraan dari segi pasien maupun secara tinjauan pustaka. (Kluwer, 2010)

## 3. *Clinical Science Session*

Sesi ilmu klinik dimana dokter muda mempelajari lebih jauh tentang teori dan keilmuan terkini.

## 4. *Expert Session*

Sesi ahli dimana dokter ahli memberikan perkuliahan dengan tingkat kompetensi 1 dan 2 yang perlu diketahui.

## 5. *Follow Up* Pasien

Pada sesi ini seluruh kelompok dosen pembimbing melakukan *follow up* setiap hari terhadap pasien yang dirawat di ruangan.

## 6. Laporan Jaga

Laporan kasus merupakan kegiatan yang dilaksanakan seminggu 2 kali. Dokter muda mempresentasikan kasus-kasus yang ada di ruang rawat inap dan poliklinik (FK UNILA, 2017).

Beberapa metode penilaian yang dipakai dalam tahap program profesi dokter adalah sebagai berikut:

1. *Mini-CEX*

Merupakan suatu metode penilaian untuk menilai kemampuan klinis mahasiswa (anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosis, manajemen terapi), dimana mahasiswa akan berinteraksi langsung dengan pasien dan diawasi oleh pembimbing. Penilaian dapat dilakukan dieberbagai macam *setting* seperti pada pasien rawat jalan, rawat inap, dan unit gawat darurat. Penilaian menggunakan *rating scale* yang dilakukan selama 15 menit. Penilai diwajibkan memberikan *structural feedback* sesuai performa mahasiswa setelah penilaian (Norcini and Burch, 2007)

2. *Direct Observation of Procedure Skills (DOPS)*

Metode penilaian yang difokuskan untuk menilai keterampilan prosedural (*procedural skills*) peserta kepaniteraan dengan cara mengobservasi mereka saat berinteraksi dengan pasien di klinik. Penilaian menggunakan *rating scale*. Prosedur penilaian pada umumnya membutuhkan waktu sekitar 15 menit untuk observasi dan 5 menit digunakan untuk pemberian *feedback* (Norcini and Burch, 2007)

3. *Objective Structured Long Examination Record (OSLER)*

OSLER bertujuan untuk menilai kemampuan klinik peserta kepaniteraan dalam menghadapi kasus tertentu secara komprehensif. Penilaian dilakukan sekitar 20-30 menit dimana penilai akan menilai 10 butir penilaian yang terdiri dari 4 butir anamnesis (kecepatan dan kejelasan anamnesis, kemampuan komunikasi, pendekatan yang sistematis, dan

mendapatkan fakta sesuai kasus), 3 butir pemeriksaan fisik (pendekatan sistematis, teknik pemeriksaan, dan penemuan fisik yang sesuai), dan 3 butir lainnya (investigasi yang sesuai, pemberian terapi/manajemen yang sesuai, kemampuan peserta dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah) (Gleeson, 1997)

#### 4. *Pretest* dan *Posttest*

Bertujuan untuk menilai peningkatan aspek kognitif selama menjalani Kepaniteraan Klinik (UNILA, 2017).

Evaluasi hasil belajar pada performa klinik atau lapangan perlu disusun dengan baik, berkelanjutan, dan memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk menampilkan kemampuan profesional yang optimal, sehingga kompetensi yang harus dicapai setiap tahap atau tingkat dapat terpenuhi. Berdasarkan Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) kompetensi dokter Indonesia terdiri dari beberapa area kompetensi yaitu :

##### 1. Profesionalitas yang luhur

Pada area kompetensi ini lulusan dokter diharapkan mampu :

- 1) Berke-Tuhanan Yang Maha Esa/ Yang Maha Kuasa
- 2) Bermoral, beretika dan disiplin
- 3) Sadar dan taat huukum
- 4) Berwawasan sosial budaya
- 5) Berperilaku profesional

## 2. Mawas diri dan pengembangan diri

Pada area kompetensi ini lulusan dokter diharapkan mampu :

- 1) Menerapkan mawas diri
- 2) Mepraktikkan belajar sepanjang hayat
- 3) Mengembangkan pengetahuan

## 3. Komunikasi efektif

Pada area kompetensi ini lulusan dokter diharapkan mampu:

- 1) Berkomunikasi dengan pasien dan keluarga
- 2) Berkomunikasi dengan mitra kerja
- 3) Berkomunikasi dengan masyarakat

## 4. Pengelolaan informasi

Pada area kompetensi ini lulusan dokter diharapkan mampu :

- 1) Mengakses dan menilai informasi dan pengetahuan
- 2) Mendiseminasikan informasi dan pengetahuan secara efektif kepada profesional kesehatan, pasien, masyarakat, dan pihak terkait untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

## 5. Landasan ilmiah ilmu kedokteran

Pada area kompetensi ini lulusan dokter diharapkan mampu:

- Menerapkan ilmu Biomedik, ilmu Humaniora, ilmu Kedokteran Klinik, dan ilmu Kesehatan Masyarakat/ Kedokteran Pencegahan/ Kedokteran Komunitas yang terkini untuk mengelola masalah kesehatan secara holistik dan komprehensif.

## 6. Keterampilan klinis

Pada area kompetensi ini lulusan dokter diharapkan mampu:

### 1) Melakukan prosedur diagnosis

- Melakukan dan menginterpretasi hasil auto-, allo-, dan hetero-anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan khusus sesuai dengan masalah pasien.
- Melakukan dan menginterpretasi pemeriksaan penunjang dasar dan mengusulkan pemeriksaan penunjang lainnya yang rasional.

### 2) Melakukan prosedur penatalaksanaan yang holistik dan komprehensif

- Melakukan edukasi dan konseling
- Melaksanakan promosi kesehatan
- Melakukan tindakan medis preventif
- Melakukan tindakan medis kuratif
- Melakukan tindakan medis rehabilitatif
- Melakukan prosedur proteksi terhadap hal yang dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain
- Melakukan tindakan medis pada kedaruratan klinis dengan menerapkan prinsip keselamatan pasien
- Melakukan tindakan medis dengan pendekatan medikolegar terhadap masalah kesehatan/kecederaan yang berhubungan dengan hukum

## 7. Pengelolaan masalah kesehatan

Pada area kompetensi ini lulusan dokter diharapkan mampu:

- 1) Melaksanakan promosi kesehatan pada individu, keluarga, dan masyarakat.
- 2) Melaksanakan pencegahan dan deteksi dini terjadinya masalah kesehatan pada individu, keluarga, dan masyarakat.
- 3) Memberdayakan dan berkolaborasi dengan masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan.
- 4) Mengakses dan menganalisis serta menerapkan kebijakan kesehatan spesifik yang merupakan prioritas daerah masing-masing di Indonesia. (Konsil Kedokteran Indonesia, 2012)

Area kompetensi keterampilan klinis perlu dilatihkan sejak awal hingga akhir pendidikan kedokteran secara berkesinambungan, sehingga dalam melaksanakan praktiknya, lulusan dokter harus menguasai keterampilan klinis untuk mendiagnosis maupun melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan. Keterampilan klinis dapat ditingkatkan melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan (Konsil Kedokteran Indonesia, 2012). Berdasarkan Piramida Miller terdapat 4 tingkatan kemampuan untuk menilai keterampilan klinis seorang dokter yaitu *knows*, *knows how*, *shows*, dan *does* (Miller, 1990).

Berikut pembagian tingkat kemampuan menurut Piramida Miller dan alternatif cara mengujinya pada mahasiswa :

1. Tingkat Kemampuan 1 (*Knows*): Menegtahui dan Menjelaskan

Mampu menguasai pengetahuan teoritis termasuk aspek biomedik dan psikososial keterampilan tersebut hingga dapat menjelaskan kepada pasien, keluarga, teman sejawat, serta profesi lainnya tentang prinsip, indikasi, dan komplikasi yang mungkin timbul. Keterampilan ini dapat dicapai mahasiswa melalui perkuliahan, diskusi, penugasan, dan belajar mandiri. Penilaiannya dapat dilakukan melalui ujian tulis.

2. Tingkat Kemampuan 2 (*Knows how*) : Pernah Melihat atau Didemonstrasikan

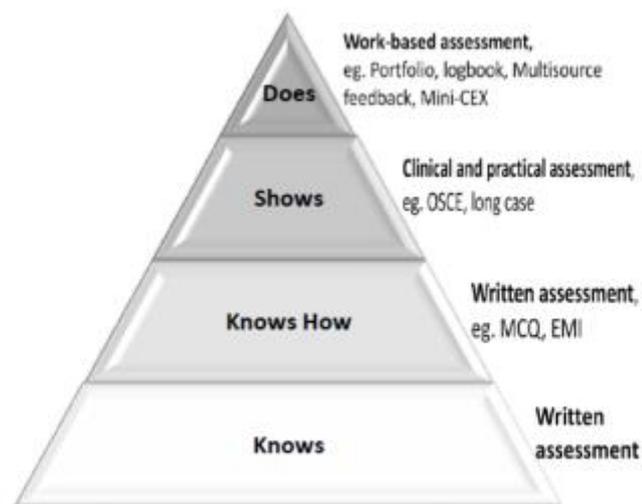
Mampu menguasai teoritis dari keterampilan ini dengan penekanan pada *clinical reasoning* dan *problem solving* serta berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien. Pengujian dalam tingkat kemampuan ini dapat menggunakan ujian tulis pilihan berganda atau penyelesaian kasus secara tertulis dan/atau lisan.

3. Tingkat Kemampuan 3 (*Shows*) : Pernah melakukan atau pernah menerapkan dibawah supervisi

Mampu menguasai pengetahuan teori dari keterampilan ini termasuk latar belakang biomedik dan dampak psikososial keterampilan tersebut, berkesempatan untuk melihat dan mengamati keterampilan tersebut dalam bentuk demonstrasi atau pelaksanaan langsung pada pasien, serta berlatih keterampilan tersebut pada alat peraga dan/atau *standardize patient*. Pengujian keterampilan tingkat kemampuan ini dapat

menggunakan *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)* atau *Subjective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS)*.

4. Tingkat kemampuan 4 (*Does*) : Mampu melakukan secara mandiri
- Mampu memperlihatkan keterampilannya tersebut dengan menguasai seluruh teori, prinsip, indikasi, langkah-langkah cara melakukan, komplikasi, dan pengendalian komplikasi. Selain pernah melakukan dibawah supervisi, pengujian keterampilan ini dapat dilakukan melalui *Workbased Assesment* misalnya *mini-CEX*, *portofolio*, *logbook*, dan sebagainya (Konsil Kedokteran Indonesia, 2012; Miller, 1990).



Sumber : Miller, 1990

**Gambar 1.** Piramida Miller

## 2.2 *Mini-CEX*

*Mini-CEX* adalah suatu metode untuk evaluasi kemampuan klinis peserta didik pada tahapan dokter muda dan residen. Metode ini digunakan untuk menilai keterampilan klinis yang dibutuhkan dalam pelayanan klinik yang

baik. *Mini-CEX* bukan hanya berperan untuk mengevaluasi tapi juga dapat menjadi kesempatan untuk proses pembelajaran karena terdapat *feedback* dari penguji kepada peserta didik (Norcini, 2003). Adanya *feedback* akan mendorong mahasiswa melakukan *self-reflection* terhadap *feedback* yang diberikan penguji. *Self-reflection* menyebabkan mahasiswa menyadari kekurangannya dan akan berusaha memperbaikinya (Sudarso, Rahayu dan Suhoyo, 2016).

*Mini-CEX* pertama kali dikembangkan oleh *American Board Internal Medicine (ABIM)* pada tahun 1972 untuk mengevaluasi kompetensi klinis mahasiswa dalam upaya untuk mengatasi kekurangan dari metode penilaian *Clinical Evaluation Exercise (CEX)* tradisional. Metode penilaian *CEX* tradisional berdasarkan *bedside oral examination* dan banyak digunakan pada pelatihan mahasiswa untuk ujian akhir. Penguji akan mengevaluasi performa mahasiswa dalam anamnesis dan pemeriksaan fisik pada pasien rumah sakit yang sebelumnya telah ditetapkan. Mahasiswa kemudian dituntut mendiagnosis dan menentukan terapi, menampilkan temuannya dan menulis laporan pasien. Penguji kemudian menilai performa mahasiswa. Berdasarkan penelitian sejak 1980-1990-an menunjukkan beberapa kelemahan *CEX* sebagai metode evaluasi. Kelemahan pertama yaitu penilaian hanya dilakukan terhadap satu pasien sehingga ini bukan prediktor yang baik dalam menilai performanya terhadap pasien yang lain. Mahasiswa seharusnya diobservasi pada kejadian yang berbeda dengan pasien yang berbeda pula. Kelemahan kedua yaitu penilaian dilakukan

hanya sekali oleh satu orang penguji. Kelemahan ketiga yaitu membutuhkan waktu yang lama berhadapan dengan pasien, sekitar 2 jam sehingga dapat menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien. *Mini-CEX* dikembangkan untuk mengatasi kekurangan dari *CEX* tradisional. Terdapat beberapa perbedaan dengan *CEX* tradisional yaitu pertama, waktu yang dibutuhkan untuk berhadapan dengan pasien yaitu sekitar 15 menit. Kedua, evaluasi tidak dilakukan hanya sekali tapi dilakukan secara rutin selama masa pendidikan profesi dokter. Ketiga, tempat dan kondisi pelaksanaan akan bervariasi seperti di UGD, pada pasien rawat jalan, pasien rawat inap, dll (Norcini, 2005).

Walaupun dalam sejarahnya *mini-CEX* pertama kali digunakan untuk mengevaluasi dalam pendidikan spesialis, seiring perkembangannya *mini-CEX* juga dapat digunakan pada tahap pendidikan yang lebih rendah seperti pendidikan tahap klinik program pendidikan dokter (Kogan dan Hauer, 2006).

*Mini-CEX* sebagai alat penilaian pada dokter muda telah diterapkan di beberapa negara maju seperti Amerika, Inggris, Australia dan Singapura (Lau *et al.*, 2016; Hill *et al.*, 2009). Berdasarkan penelitian di Inggris yang dilakukan Hill *et al.*, menunjukkan bahwa *mini-CEX* pada umumnya merupakan alat yang bagus untuk menilai aspek-aspek klinis pada dokter muda (Hill *et al.*, 2009). Penelitian yang dilakukan Lau *et al.*, berdasarkan persepsi dokter muda dan juga dosen, *mini-CEX* merupakan alat penilaian

yang efektif. Kekuatan terbesar dari *mini-CEX* sebagai alat penilaian adalah pemberian *feedback* segera (Lau *et al.*, 2016).

Di Indonesia sendiri *mini-CEX* telah digunakan di beberapa universitas seperti Universitas Gadjah Mada (UGM), Universitas Mulawarman, Universitas Andalas, dan Universitas Lampung (Munandar *et al.*, 2012; Sudarso, Rahayu dan Suhoyo, 2016). Persepsi dokter muda terhadap pelaksanaan *mini-CEX* di UGM menunjukkan bahwa menurut pendapat dokter muda *mini-CEX* dapat menjadi media penilaian, media pembelajaran, serta dapat mengembangkan profesionalisme mahasiswa selama kepaniteraan klinik (Suhoyo dan Hadianto, 2012).

Berdasarkan penelitian Sudarso *et al.*, penggunaan *mini-CEX* Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman telah digunakan sejak tahun 2011, konten dari *feedback* dan cara menyampaikan *feedback* pada *mini-CEX* menstimulus proses internal dokter muda, seperti *self-reflection*, respon emosional, dan motivasi. Hal-hal ini akan mendorong dokter muda untuk mengikuti *feedback* yang diberikan (Sudarso, Rahayu dan Suhoyo, 2016).

Pada Fakultas Kedokteran Universitas Lampung sendiri, belum ada penelitian mengenai *mini-CEX*.

### 2.2.1. Kelebihan *Mini-CEX*

Kelebihan dari evaluasi menggunakan *mini-CEX* adalah :

1. Menilai peserta didik pada level ”*does*” berdasarkan piramid Miller.
2. Menggunakan pasien yang sebenarnya sehingga akan lebih murah dibandingkan menggunakan pasien simulasi. Selain itu, peserta didik dapat melihat secara langsung gejala dan tanda penyakit tertentu yang tidak bisa disimulasikan.
3. Menggunakan berbagai jenis kasus, sehingga penilaian performa mahasiswa dapat dilakukan pada berbagai kasus.
4. Jumlah penilai lebih dari satu. Hal ini akan meningkatkan reabilitas instrumen *mini-CEX*
5. Peserta didik mendapatkan *feedback* dari penguji sehingga dapat meningkatkan performa mahasiswa kedepannya.
6. Dilakukan pada berbagai *setting*, sehingga dapat memberi pengalaman pada peserta didik dalam melayani pasien dengan berbagai *setting* (Norcini, 2005; Holmboe *et al.*, 2004; Alves de Lima *et al.*, 2013; Lau *et al.*, 2016).

### 2.2.2. Kelemahan *Mini-CEX*

Kelemahan *mini-CEX* adalah :

1. Sangat tergantung pada jenis kasus yang ditemui pada saat melaksanakan penilaian, sehingga apabila kasus kurang maka

- kesempatan mahasiswa untuk menemui kasus yang variatif juga kurang.
2. Waktu pemberian *feedback* sangat terbatas karena penilaian hanya dilakukan selama 15-20 menit.
  3. *Mini-CEX* kurang tepat dalam menilai *attitude* mahasiswa walaupun ada item profesionalisme, sehingga ada institusi yang mengembangkan *Professional Mini Evaluation Exercise (P-Mex)*.
  4. Interaksi penguji dan dokter muda sebelumnya mempengaruhi penilaian (Norcini dan Burch, 2007; Cruess Richard, Herold McIlroy Jodi, Cruess Sylvia, Ginsburg Shiphra, 2006; Lau *et al.*, 2016).

### 2.3 Nilai *Mini-CEX* Tingkat Pertama dan Tingkat Akhir

Berdasarkan penelitian *mini-CEX* di Fakultas Kedokteran UGM pada dokter muda tingkat pertama pada Bagian Ilmu Penyakit Dalam dan Bagian Saraf yang dilakukan oleh Munandar menunjukkan terjadi peningkatan nilai rata-rata *mini-CEX* pertama, kedua, ketiga dan keempat pada Bagian Ilmu Penyakit Dalam secara berurutan adalah 78,8 ; 86,39; 86,17; 86,56. Pada Bagian Saraf juga menunjukkan peningkatan nilai rata-rata *mini-CEX* pertama dan kedua yaitu 88,44 dan 90,29 (Munandar *et al.*, 2012). Selain terjadi peningkatan nilai rata-rata, dokter muda juga mengalami peningkatan yang signifikan pada semua aspek-aspek klinis *mini-CEX*. Pada Bagian Ilmu Penyakit Dalam nilai *mean* untuk aspek anamnesis pada

*mini-CEX* pertama dan keempat secara berurutan adalah 1,88 dan 2,77, nilai *mean* aspek pemeriksaan fisik adalah 1,80 dan 2,63, nilai *mean* aspek diagnosis adalah 1,79 dan 2,62, nilai *mean* aspek manajemen pasien adalah 1,79 dan 2,64, untuk aspek komunikasi dan konsultasi adalah 2,07 dan 2,73, untuk aspek profesionalisme adalah 1,97 dan 2,76, untuk aspek efisiensi adalah 1,75 dan 2,66. Kenaikan yang signifikan terjadi pada aspek anamnesis dan efisiensi. Aspek klinis pada dokter muda tingkat pertama Bagian Ilmu Penyakit Dalam yang sudah baik adalah aspek komunikasi dan konsultasi dan aspek profesionalisme (Rahayu *et al.*, 2014).

Kenaikan semua aspek klinis pada penelitian Rahayu *et al.*, pada tahun 2014 mendukung penelitian yang sebelumnya dilakukan oleh Norcini *et al.*, pada tahun 2003, berdasarkan penelitian Norcini yang dilakukan pada residen Penyakit Dalam Amerika Serikat bagian timur selatan selama setahun, menunjukkan terjadinya peningkatan signifikan pada semua aspek klinis. Peningkatan paling besar terjadi pada aspek diagnosis dan aspek efisiensi. Peningkatan paling kecil terjadi pada aspek profesionalisme, hal ini dikarenakan kemampuan residen pada aspek profesionalisme diawal penilaian *mini-CEX* sudah baik (Norcini *et al.*, 2003).

#### **2.4 Alat Penelitian**

Dalam *mini-CEX* terdapat berbagai aspek yang dinilai dari mahasiswa. Hal-hal yang dinilai yaitu :

1. Kemampuan anamnesis.

Pada anamnesis yang dinilai adalah kemampuan mahasiswa dalam memfasilitasi pasien untuk menceritakan keluhannya, menggunakan pertanyaan yang sesuai untuk mendapatkan informasi yang akurat dan adekuat.

2. Kemampuan pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik yang dinilai adalah melakukan pemeriksaan sesuai dengan masalah klinisnya, menjelaskan kepada pasien pemeriksaan yang dilakukan, sensitif terhadap kenyamanan pasien, kesopanannya dan pemeriksaan dilakukan dengan efisien dan berurutan.

3. Profesionalisme.

Aspek profesionalisme yang dinilai bagaimana sikap mahasiswa seperti menunjukkan sikap menghargai pasien, empati, membangun rasa saling percaya, melakukannya dengan percaya diri, berperilaku sesuai etika, sadar akan batasannya.

4. Keputusan klinis/diagnosis.

Pada aspek penegakkan diagnosis yang dinilai berupa diagnosis yang ditegakkan sesuai atau tidak, merancang penatalaksanaan yang sesuai, dan mempertimbangkan risiko dan keuntungannya.

5. Kemampuan konseling.

Aspek kemampuan konseling yang dinilai adalah kemampuan mahasiswa dalam mengeksplor perspektif pasien, membuat pasien jujur dan terbuka, menunjukkan empati, dan menjelaskan rencana penatalaksanaan/terapi dengan pasien.

#### 6. Organisasi/efisiensi.

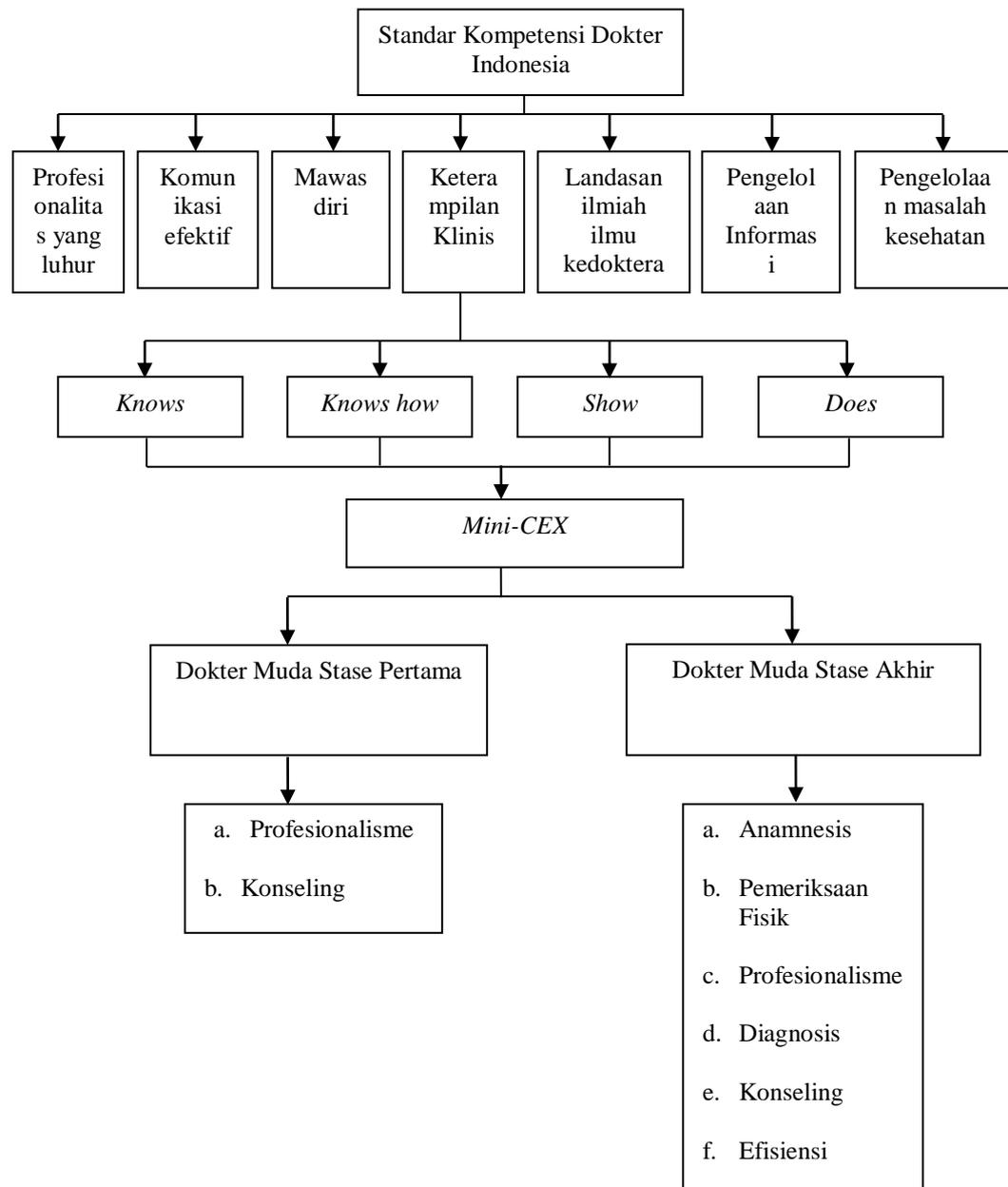
Pada aspek organisasi/efisiensi yang dinilai adalah bagaimana mahasiswa memprioritaskan yang dilakukannya selama evaluasi sehingga evaluasi dapat diselesaikan tepat waktu.

Berdasarkan borang penilaian semua kompetensi dinilai menggunakan skala 0-3 poin, yaitu :

1. Poin 0 menunjukkan tidak melakukan
2. Poin 1 menunjukkan melakukan akan tetapi tidak melakukan dengan sempurna
3. Poin 2 menunjukkan melakukan dengan baik tetapi masih ada kesalahan dalam melakukan keterampilan
4. Poin 3 menunjukkan melakukan dengan sempurna dan professional

Total nilai semua aspek klinis memiliki *range* 0-18. Nilai akhir dihitung dengan cara total nilai semua aspek klinis dibagi dengan 18. Pelaksanaan *mini-CEX* mahasiswa diminta untuk melakukan pemeriksaan terhadap pasien yang sebenarnya mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, penegakkan diagnostik, dan rencana penatalaksanaan dalam kurun waktu 15 menit. Setelah mengobservasi performa mahasiswa, penguji akan menuliskan hasil penilaian pada borang penilaian terstruktur. Penguji juga diharuskan memberikan *feedback* kepada mahasiswa sesaat setelah melakukan penilaian.

## 2.5 Kerangka Teori



**Gambar 2.** Kerangka Teori (Norcini, 2003;Konsil Kedokteran Indonesia, 2012; Miller,1990; Rahayu, 2014)

## 2.6 Kerangka Konsep



**Gambar 3.** Kerangka Konsep

## 2.7 Hipotesis

Berdasarkan paparan di atas, peneliti membuat hipotesis sebagai berikut:

Terdapat perbedaan skor *mini-CEX* dokter muda stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri Gynekologi Rumah Sakit Hi.Abdoel Moeloek Bandar Lampung

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **3.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang digunakan pada penelitian ini adalah metode analitik komparatif dengan pendekatan *cross-sectional* yang bertujuan untuk mengetahui perbedaan skor *mini-CEX* antara dokter muda stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Dr.Hi.Abdul Moeloek Bandar Lampung (Sastroasmoro, 2014).

### **3.2 Tempat dan Waktu**

#### **3.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Abdul Moeloek Bandar Lampung.

#### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada Desember tahun 2017.

### **3.3 Populasi dan Sampel**

#### **3.3.1 Populasi**

Populasi penelitian ini adalah seluruh mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang sudah menjalani kepaniteraan klinik bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan di RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek Bandar Lampung.

#### **3.3.2 Sampel**

##### **3.3.2.1 Kriteria Inklusi**

Adapun kriteria inklusinya adalah sebagai berikut:

1. Dokter muda Kepaniteraan Klinik stase pertama bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan di RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek.
2. Dokter muda Kepaniteraan Klinik stase akhir bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan di RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek.
3. Dokter muda Kepaniteraan Klinik bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan yang mengikuti penilaian *mini-CEX* di RSUD Dr. Hi. Abdul Moeloek.

##### **3.3.2.2 Besar Sampel**

Untuk mengetahui jumlah sampel minimal yang dibutuhkan, dilakukan perhitungan jumlah sampel dengan menggunakan rumus besar sampel untuk penelitian

analitik komparatif numerik tidak berpasangan sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = 2 \left( \frac{(Z\alpha + Z\beta) S}{x_1 - x_2} \right)^2$$

Keterangan :

$Z\alpha$  = Nilai standar normal untuk kesalahan tipe I  
(dengan kesalahan 0,05 = 1,645)

$Z\beta$  = Nilai standar normal untuk kesalahan tipe II  
(dengan kesalahan 0,001 = 1,282)

S = Standar Deviasi

$x_1 - x_2$  = Selisih minimal yang dianggap bermakna

Menurut penelitian Norcini pada tahun 2003 didapatkan standar deviasi sebesar 1,01 serta  $x_1 - x_2$  sebesar 0,5. Maka pada penelitian ini akan digunakan nilai tersebut pada rumus perhitungan sampel.

$$n_1 = n_2 = 2 \left( \frac{(Z\alpha + Z\beta) S}{x_1 - x_2} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = 2 \left( \frac{[1,654 + 1,282] 1,01}{0,5} \right)^2$$

$$n_1 = n_2 = 70$$

Menurut rumus tersebut didapatkan sampel minimal untuk masing -masing kelompok adalah 70 sehingga sampel total minimal adalah 140. Pada penelitian ini

didapatkan sampel dokter muda stase pertama sebanyak 80 sampel, dan dokter muda stase akhir sebanyak 80 sampel.

### 3.3.2.3 Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel.

## 3.4 Identifikasi Variabel

1. Variabel bebas (*independent variable*) dalam penelitian ini adalah skor *mini-CEX* dokter muda stase pertama.
2. Variabel terikat (*dependent variable*) dalam penelitian ini adalah skor *mini-CEX* dokter muda stase akhir.

### 3.5 Definisi Operasional

**Tabel 1.** Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil	Skala
Skor <i>mini-CEX</i> dokter muda stase pertama pada stase obstetri ginekologi	Skor atau hasil penilaian yang menggambarkan performa klinik dokter muda stase pertama pada stase obstetri ginekologi	Melihat nilai skor <i>mini-CEX</i>	<i>Form</i> penilaian <i>mini-CEX</i>	Skor <i>mini-CEX</i>	Numerik
Skor <i>mini-CEX</i> dokter muda stase akhir pada stase obstetri ginekologi	Skor atau hasil penilaian yang menggambarkan performa klinik dokter muda stase akhir pada stase obstetri ginekologi	Melihat nilai skor <i>mini-CEX</i>	<i>Form</i> penilaian skor <i>mini-CEX</i>	Skor <i>mini-CEX</i>	Numerik

### 3.6 Alat dan Instrumen Penelitian

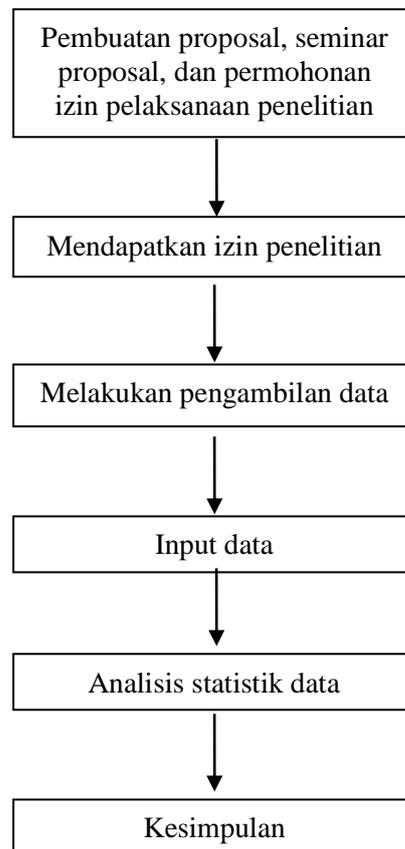
Alat dan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar borang penilaian *mini-CEX* yang didalamnya terdapat berbagai aspek yang dinilai dari mahasiswa seperti, kemampuan anamnesis, kemampuan pemeriksaan fisik, profesionalisme, diagnosis, kemampuan konseling, organisasi/efisiensi, kompetensi klinis keseluruhan.

### 3.7 Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data sekunder. Data untuk mengetahui tingkat dokter muda didapat dari Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek. Data skor *mini-CEX* didapat dari SMF Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

### 3.8 Alur Penelitian

Dalam penelitian ini ada beberapa hal yang dilakukan, sebagai berikut :



**Gambar 4** Alur Penelitian

### 3.9 Analisis Data

Analisis statistika untuk mengolah data yang diperoleh menggunakan program statistik dimana dilakukan dua macam analisis data, yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

#### a. Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk melihat penyebaran dan pemusatan data.

Data penelitian ini tidak terdistribusi normal sehingga penyebaran data

dapat dilihat melalui nilai maksimum dan minimum, dan pemusatan data dapat dilihat melalui nilai median.

#### **b. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui perbedaan antara variabel bebas dan variabel terikat. Pada penelitian ini uji normalitas yang digunakan adalah uji normalitas *Kolmogorov-Smirnov* karena jumlah sampel  $\geq 50$  yaitu 160 sampel. Uji normalitas data pada penelitian ini tidak terdistribusi normal maka uji analisis bivariat yang digunakan adalah *Mann-Whitney*. Kesalahan tipe 1 ( $\alpha$ ) yang digunakan pada penelitian ini adalah 0,05. Hasil analisis dianggap bermakna apabila *p value*  $< 0,05$ .

### **3.10 Etika Penelitian**

Penelitian dilakukan setelah mendapatkan persetujuan *ethical approval* dari tim etik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor registrasi No.4468/UN26.8/DL/2017. Peneliti juga meminta ijin kepada Rumah Sakit Dr. Hi.Abdul Moeloek sebelum meminta data. Penulis menjamin kerahasiaan data karena data tersebut hanya digunakan untuk kepentingan akademik.

## KESIMPULAN

### 5.1 Simpulan

Dari hasil penelitian perbedaan skor *mini-CEX* dokter muda stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri Ginekologi RSAM Hi.Abdul Moeloek Bandar Lampung, didapatkan simpulan sebagai berikut:

1. Terdapat perbedaan skor *mini-CEX* dokter muda stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri Ginekologi RS Dr.Hi.Abdul Moeloek Bandar Lampung, dimana nilai *mini-CEX* dokter muda stase akhir lebih besar dibandingkan dokter muda stase pertama.
2. Terdapat perbedaan komponen nilai *mini-CEX* dokter muda stase pertama dan stase akhir pada stase Obstetri Ginekologi RS Dr.Hi.Abdul Moeloek yaitu pada aspek anamnesis, pemeriksaan obstetri/ginekologi, diagnosis, manajemen pasien, komunikasi dan konseling, dan profesionalisme.

### 5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka peneliti menyarankan agar:

1. Penelitian selanjutnya yang ingin menggunakan borang *mini-CEX* pada stase Obstetri dan Ginekologi di Rumah Sakit Dr.Hi.Abdul Moeloek dapat melakukan uji validitas borang *mini-CEX* yang digunakan.

2. Penelitian selanjutnya yang ingin meneliti perbedaan nilai *mini-CEX* dokter muda dapat dilakukan pada semua stase tidak hanya stase Obstetri Ginekologi.

### **5.3 Keterbatasan**

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu peneliti tidak langsung melihat nilai *mini-CEX* pada borang *mini-CEX*, sehingga ada kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pemindahan data penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alves de Lima, A., Conde, D., Costabel, J., Corso, J. dan van der Vleuten, C. (2013) A laboratory study on the reliability estimations of the mini-CEX, *Advances in Health Sciences Education*, 18(1), hal. 5–13.
- Cantillon, P., Sargeant, J., (2008). Giving feedback in clinical settings. *BMJ* 337:1961
- Cruess Richard, Herold McIlroy Jodi, Cruess Sylvia, Ginsburg Shiphra, S. Y. (2006) Professionalism Framework, *Academic Medicine*, 81 (10), hal.574-8.
- Dahlan, M. S. (2014) *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*.
- Dornan T, Bosguizen H, King N, Scherpbier A. (2007). Experience based learning: A model linking the process and outcomes of medical students workplace learning. *Med Educ* 41 :84-91
- Ericson, K.A. (2004). Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domain. *Acad Med* 79 (10) : 70-81.
- Evans, B.J., Coman, G.J., Goss B., (1996). Consulting skills training and medical students interviewing efficiency. *Med Educ*. 30(2): 121-8.
- Fakultas Kedokteran Universitas Lampung (2017) *Buku Panduan Kepaniteraan Klinik*.
- Fernando, N., Cleland, J., McKenzie, H., Cassar, K. dan Fernando, N. (2008) Assessment Identifying the factors that determine feedback given to undergraduate medical students following formative mini-CEX assessments, hal. 89–95.
- Finkoller, B., (2007). The integration clinical reasoning in osteopathy (Master Thesis). Austria : Donau Universitas Krems.
- Gleeson, F. (1997) AMEE Medical Education Guide Assessment of clinical competence using the Objective Structured Long Examination Record (OSLER), *Medical Teacher*, 19(1), hal.7-14

- Hill F., Kendall K. (2007). Adopting and adapting the mini-CEX as an undergraduate assesment and learning tool. *Clin Teach* 4: 244-248
- Hill, F., Kendall, K., Galbraith, K. dan Crossley, J. (2009) Performance assessment Implementing the undergraduate mini-CEX : a tailored approach at Southampton University, hal. 326–34.
- Holmboe, E. S., Yepes, M., Williams, F. dan Huot, S. J. (2004) Feedback and the mini clinical evaluation exercise, *Journal of general internal medicine*, 19(5 Pt 2), hal. 558–61.
- Keifenheim,K.E.,Taufel,M. Speiser,N,Zipfel,S,. (2015). Teaching history taking to medical students: a systematic review. *BMC Medical Education* 15:159
- Kim,J.Y., Myung,S.J., (2014). Could clinical experience during clerkship enhance students clinical performance. *BMC Medical Education* 14:209.
- Kluwer, W. (2010) A Report On Case Report, *Journal of Consevative Dentistry*, 13, hal. 265–71
- Kogan,J.R, Bellini,L.M. Shea,J,A. (2003). Feasibility,relibility and validity of the Mini Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) in a medicine core clerkship. *Acad Med* 78:33-35
- Kogan, J. R. dan Hauer, K. E. (2006) Brief report: Use of the mini-clinical evaluation exercise in internal medicine core clerkships, *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), hal. 501–2.
- Konsil Kedokteran Indonesia, (2012) *Standar Kompetensi Dokter Indonesia*.
- Lau, S., Sinnathamby, A., Wang, D., Tan, M., Heng, M., Leong, J., Hao, W., Shing, S., Ping, S. dan Samarasekera, D. D. (2016) Conceptualizing workplace based assessment in Singapore : Undergraduate Mini-Clinical Evaluation Exercise experiences of students and teachers, *Tzu Chi Medical Journal*. Elsevier Taiwan LLC, 28(3), hal. 113–20.
- Lee,A,,Joint,G.M,. Lee ,A.K.T,. (2010). Using illnes script to teach clinical reasoning skills to medical students. *Fam Med*. 42:255-261
- Miller, G. E. (1990)Miller Assessment, *Academic Medicine*, 65, hal. 563–7.
- \  
Munandar, R. M., Suhoyo, Y., Hadianto, T., (2012) Mahasiswa pendidikan kepaniteraan klinik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada ,*Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*, 1(2), hal. 36–9.
- Norcini, J. dan Burch, V. (2007) Workplace-based assessment as an educational tool : AMEE Guide No . 31, (31), hal. 855–71.

- Norcini, J. J. (2005) The Mini Clinical Evaluation Exercise, *The Clinical Teacher*, 2(1), hal. 25–30.
- Norcini, J. J., Blank, L. L., Duffy, F. D. dan Fortna, G. S. (2003) Academia and Clinic The Mini-CEX : A Method for Assessing Clinical Skills.
- Pamungkasari, E.P., Kumara, A., Emilia, O., (2015). Pengaruh pembelajaran reflektif dan metakognisi terhadap penalaran klinis mahasiswa program profesi dokter. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*. 4: 65-74.
- Peters, M. (2014) Bedside teaching in medical education : a literature review, *Perspect Med Educ*, hal. 76–88.
- Rahayu, G. R., Kuks, J. A. N. B. M., Suhoyo, Y. dan Scho, J. (2014) Meeting international standards : A cultural approach in implementing the mini-CEX effectively in Indonesian clerkships, *Med Teach*. 36(10) hal. 894–902.
- Rycus JS, Hughes RC. Levels of learning: a framework for organizing inservice training. USA: Institute for Human Service; 2001.
- Sastroasmoro, S. (2014) *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*.
- Sudarso, S., Rahayu, G. R. dan Suhoyo, Y. (2016) How does feedback in mini-CEX affect students ' learning response ?, *International Journal of Medical Education*, hal. 407–13.
- Suhoyo, Y. dan Hadianto, T. (2012) Persepsi Mahasiswa Terhadap Pelaksanaan Mini Clinical Evaluation Exercise ( Mini-CEX ) Pada Program Pendidikan Kepaniteraan Klinik, *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*, 1(2), hal. 68–75.
- Wimmeers, P.F., Schmidt, H.G., and Splinter, T.A., (2006). Influence of clerkship experience and clinical competence. *Medical Education* 40:450-458.
- Wingelaar, T.T., Wagter, J.M., Arnould, A.E., (2012). Students educational needs for clinical reasoning in first clerkship. *Perspect Med Educ*. 1: 56-66