

BAB 2**TINJAUAN PUSTAKA**

Profesi pembedahan telah dikenal sejak waktu yang lama, yaitu pada era *Hippocrates*, 460 SM. Di jaman Yunani Kuno para dokter dilatih di sekolah Cnidian dalam melakukan pembedahan serta mengikuti pelajaran dari maha guru *Hippocrates* (Whipple, 1956).

Ilmu Bedah atau *surgery* berasal dari kata Greek *chirourgia*, merupakan gabungan 2 buah kata *cheir* berarti tangan dan *ergon* berarti bekerja. Pengertian umum profesi dokter spesialis bedah (DSB) adalah dokter yang bekerja menyembuhkan penyakit penderita dengan menggunakan ketrampilan tangan (Nakayama, 1993a). Sejak *Hippocrates*, rambu-rambu penjagaan mutu pelayanan kesehatan bagi penderita telah dicantumkan dalam sumpah dokter, yaitu *Per Primum Non Nocere* yang artinya pertama-tama jangan merugikan penderita (Oemijati, dkk., 1987). Dokter sebagai provider atau pemberi pelayanan kesehatan selalu diingatkan agar penderita dan masyarakat maupun diri sendiri tidak dirugikan oleh perbuatannya. Hal ini tercermin dalam *Aphorism I Hippocrates: Life is short and the art long, the occasion instant, experiment perilous, decision difficult* (Levine, 1960). Sejak jaman itu sampai pertengahan abad XX pendidikan seorang calon dokter spesialis bedah dilakukan secara magang dengan dilandasi etik dan moral yang tinggi seperti apa yang di katakan Ambroise Pare (1510-1590) seorang dokter

spesialis bedah bangsa Perancis, perintis bedah vaskular bahwa, *I dressed him, God healed him* (op. cit. Breiger, 1991).

Dari kepustakaan dilaporkan, bahwa pendidikan dokter spesialis bedah yang menurut kaidah suatu sekolah terjadi pertama kali dan dialami oleh dokter Theodor Billroth (1829-1894) di bawah bimbingan staf pendidiknya dokter Bernhard Van Langenbeck. Menurut Billroth, Seorang dokter spesialis bedah harus memiliki 3 ciri: *Handwerk*, *Wissenschaft* dan *Art*, yang berarti pertama-tama mempunyai ketrampilan tangan yang baik, menguasai ilmu pengetahuan dan berbakat seni (Breiger, 1991 ; Rutkow, 1992)

Pendidikan secara magang ini masih berlangsung sampai saat ini, bahkan W.A. Nolan (1968) di dalam bukunya *The making of a surgeon* mengatakan *A Surgeon is not a man and surgery is more than a trade*. Seorang dokter spesialis bedah merupakan sebuah robot yang diperlengkapi ketrampilan tertentu (op. cit. Yurt, 1992). Kemudian pada era tahun 1970-an, usaha penyempurnaan pendidikan dokter spesialis bedah lebih ditegaskan ke arah pendidikan seorang dokter spesialis bedah yang profesional (Levin, 1991). Seorang tenaga kesehatan yang profesional harus: (1) memegang teguh kode etik profesi kedokteran disertai; (2) penguasaan ilmu pengetahuan; (3) mempunyai daya imajinasi atau inovasi dan (4) trampil dibidangnya (Guilbert, 1977a). H. Djamaloeddin seorang Guru Besar dalam ilmu bedah FK UI Jakarta, tokoh perintis pendidikan dokter spesialis bedah Indonesia berpendapat, seorang dokter spesialis bedah harus berakhlak, berilmu dan mempunyai tabiat yang baik berdasarkan etik dan moral (Djamaloeddin, 1978).

Seorang dokter spesialis bedah dalam pendidikannya harus menjalani suatu kurun waktu pelatihan yang cukup lama, yaitu selama 6 sampai 8 tahun. Tugas pelatihannya berat dan berbahaya bagi dirinya, oleh karena itu seorang dokter spesialis bedah dituntut mempunyai kompetensi klinik maupun akademik yang memadai (Yurt, 1992). Bahkan untuk melakukan tindakan pembedahan, memutuskan setiap permasalahan dengan sikap yang benar dan tepat serta tidak merugikan penderita, diperlukan waktu minimal 25 tahun pengalaman praktek. Kemudian setelah itu, seorang dokter spesialis bedah itu baru dikatakan telah memiliki *surgical intuition* yang didukung oleh latar belakang Ilmu pengetahuan dan pengalaman praktis yang luas (Abernathy, et al., 1995). Untuk melandasi suatu sikap yang benar dan tepat, tindakan seorang dokter perlu dibekali dengan pengetahuan tentang filosofi dasar praktek medik (Pellegrino, et al., 1981).

Pendidikan dokter spesialis bedah di Indonesia secara resmi dilaksanakan oleh Departemen Pendidikan dan Kebudayaan pada tahun 1978. Sejak tahun itu berkembang percabangan Ilmu Bedah di Indonesia ke bidang sub spesialisasi orthopaedi, urologi, ilmu bedah saraf dan ilmu bedah plastik-rekonstruksi (DepDikBud, 1978; DepDikBud, 1982; DepDikBud, 1983 ; DepDikBud, 1984; DepDikBud, 1990)

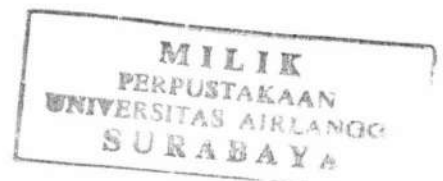
Berbeda dengan pendidikan dokter spesialis bedah di Indonesia, di beberapa negara lain mempunyai program pendidikan *Basic Surgical training* atau tahap Bedah Dasar seperti contohnya di Australia minimal 2 tahun, di Amerika Serikat 2 tahun, di Belanda 1-3 tahun, di Singapura 3 tahun, di Cina 3 tahun, di Jepang 4 tahun

(de Vink, 1975; Da Rosa, et al., 1993; Jones, 1993; Kim, 1993; Nambiar, 1993; Reeve, 1993; Wang, 1993; Warshaw, 1993; Nakayama, 1993b; Clunie, 1994). Di negara-negara tersebut program pendidikan tahap Bedah Dasar *Basic Surgical Training* didahului kursus *Basic Surgical Science Course* atau kursus pra bedah yang berlangsung 2-3 minggu (Branicki, 1993; Hung, 1993; Nambiar, 1993; Reeve, 1993; Uttaravichien, 1993).

Model pendidikan pada tahap Bedah Dasar di Indonesia belum memenuhi suatu standar, karena pusat pendidikan dokter spesialis bedah belum diakreditasi secara nasional, tetapi telah disepakati oleh Kolegium Ilmu Bedah minimal waktunya 3 tahun. Akibat hal di atas pendidikan tahap bedah dasar menghasilkan lulusan dari tahap Bedah Dasar berdasarkan "selera" masing-masing institusi sehingga bisa diprediksi bahwa mutu pelayanan penderita kasus bedah tidak optimal (Tahalele, 1996c).

Berdasarkan atas fakta yang didapat di klinik bedah RSUD Dr. Soetomo dan didukung oleh hasil *in depth interview*, terdapat beberapa kekurangan dalam struktur, substansi maupun proses pembelajaran pendidikan dokter spesialis bedah. Hal ini harus segera dicari jalan pemecahannya karena profesi pembedahan dihadapkan dengan makin tinggi tuntutan masyarakat atas pelayanan kesehatan yang baik. Sebagai lembaga pendidikan yang bertanggung jawab atas hasil peserta didiknya, maka upaya untuk memecahkan permasalahan di atas ditunjukkan kepada perbaikan pendidikan atau metode pembelajaran dengan menemukan model pendidikan profesi yang sesuai dengan sarana-prasarana, iklim kerja dan tenaga pendidiknya.

Selanjutnya model pendidikan profesi dokter spesialis bedah yang diupayakan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan menurunkan tingkat morbiditas penderita kasus bedah akan dibahas dengan menggunakan 3 buah paradigma, yaitu manajemen, pendidikan dan perilaku.



2.1 Paradigma Manajemen

2.1.1 Pengertian manajemen

Kata Manajemen atau *to manage* berasal dari bahasa Latin *managiare*. *Managiare* terdiri dari dua kata dasar: *manus* yang berarti tangan dan *agere* yang berarti mengatur atau berbuat sendiri. Jadi secara harafiah manajemen berarti ilmu mengatur atau menangani (Nugraha, dkk, 1992). Terdapat tiga istilah yang berkaitan erat satu sama lain, yaitu organisasi, administrasi dan manajemen. Banyak pengertian yang dipakai untuk menjelaskan arti dari masing-masing istilah di atas. Organisasi berarti kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu (Pidarta, 1988). Sedangkan administrasi adalah keseluruhan proses kerjasama para anggota organisasi berdasarkan rasional tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Siagian, 1979). Sebenarnya tidak ada perbedaan yang berarti diantara organisasi dan manajemen (Robbins, 1982).

Manajemen adalah pekerjaan mental (pikiran, intuisi, perasaan) yang dilaksanakan oleh orang-orang dalam konteks organisasi. Manajemen berarti subsistem kunci dalam sistem organisasi dan merupakan kekuatan vital yang

menghubungkan semua subsistem lainnya (Kast, et al., 1985). Terdapat empat unsur dasar yang dapat diidentifikasi dalam manajemen: (1) kearah tujuan; (2) melalui orang-orang; (3) dengan teknik dan (4) dalam organisasi. Guna menjalankan fungsi-fungsi manajemen diperlukan seorang manajer. Seorang manajer mengorganisasi sumber-sumber daya yang tersedia padanya guna mencapai sasaran-sasaran tertentu dan biasanya ia juga bertugas menetapkan sasaran-sasaran tersebut. Menurut Henry Fayol (1949) fungsi manajemen meliputi 5 usaha, yaitu *Planning, Organization, Command, Coordination, Control* atau *POCCC*. Sedangkan menurut Goerge R. Terry (1977), terdapat 4 macam fungsi manajemen, yang terdiri dari *planning, organizing, actuating, controlling* atau *POAC* (Dessler, 1980; Winardi, 1990). Secara lazim dikemukakan sebagai kegiatan perencanaan, pengorganisasian dan pengawasan (Kast, et al., 1985; Handoko, 1994).

2.1.2 Manajemen pendidikan

Dalam bidang pendidikan, manajemen dapat diartikan sebagai aktivitas memadukan berbagai sumber pendidikan agar mencapai tujuan pendidikan yang telah ditentukan sebelumnya (Pidarta, 1988). Dalam organisasi pendidikan hanya ada satu manajemen yang bertingkat ialah manajemen tertinggi sampai dengan manajemen terendah atau terdepan. Hubungan antara organisasi, administrasi dan manajemen dalam pendidikan mempunyai 3 tingkatan, yaitu tingkat tertinggi, tingkat madya dan tingkat terendah. Pada tingkat terendah dapat diterangkan masing-masing fungsi sebagai berikut:

- a. Administrasi bertugas melaksanakan keputusan unit madya dalam bentuk manajemen dan proses pendidikan.
- b. Manajemen pendidikan bertugas memadukan sumber pendidikan yang diberikan oleh unit madya ditambah hasil usaha pengadaan sendiri dan mengawasi agar tujuan pendidikan tetap pada unitnya.
- c. Proses pendidikan merupakan kegiatan mendidik, mengajar dan melatih peserta didik (**Pidarta, 1988**).

2.1.3 Hakikat manajemen pendidikan

Peran seseorang sebagai pengelola pendidikan atau biasanya disebut sebagai kepala mencakup sebagai administrator, manajer dan supervisor. Ini berarti organisasi pendidikan melaksanakan administrasi, manajemen dan supervisi (**Pidarta, 1992; 1995; Burhanuddin, 1994**). Administrasi di sini berarti seluruh kegiatan yang dimulai dari persiapan, perencanaan, sampai pada tujuan. Sedangkan manajemen adalah inti suatu proses administrasi (**Siagian, 1979**). Supervisi ialah proses pembimbingan dari pihak atasan kepada staf pendidik dan personalia sekolah yang lain dan sebagian besar berlangsung dalam waktu yang bersamaan. Supervisi menghasilkan umpan balik dan manajemen memproses umpan balik untuk mendapatkan kebijakan baru (**Pidarta, 1992;1995**).

2.1.4 Manajemen pendidikan yang fleksibel, efektif dan efisien.

Manajemen yang baik ialah manajemen yang tidak jauh menyimpang dari konsep dan yang sesuai dengan obyek yang ditangani serta tempat

organisasi itu berada (**Pidarta,1988**). Sedangkan yang dimaksud manajemen pendidikan fleksibel biasanya dapat menyesuaikan diri dengan berbagai situasi dan kondisi. Manajemen akan berlangsung terus dengan revisi di sana-sini, sehingga dapat menjamin kelangsungan hidup organisasi. Oleh sebab itu para manajer perlu mengusahakan manajemen agar bersifat fleksibel. Selain bersifat fleksibel, juga perlu dijaga sesuai dengan konsep dan didukung nilai-nilai atau norma yang berlaku. Norma yang dimaksud adalah kepuasan, ketaatan pada hukum, konsistensi, integritas, kesetiaan dan persahabatan (**Cribbin, 1981; Burhanuddin, 1994**). Selain prinsip di atas, kepemimpinan pendidikan perlu dilengkapi dengan dedikasi, keahlian, otoritas dan akuntabilitas (**Evans, 1981; Pidarta, 1988; Winardi, 1990; Burhanuddin, 1994**). Akuntabilitas berhubungan erat dengan dedikasi dan keahlian. Keahlian dengan sikap pengabdian atau dedikasi ini disebut profesi. Supaya pekerjaan seorang profesional dapat berjalan lancar, maka perlu memiliki otoritas. Jadi seorang pemimpin pendidikan disebut *akuntabel* pada pekerjaannya bila yang bersangkutan seorang profesional dan memiliki otoritas (**Pidarta, 1988**).

Manajemen pendidikan perlu dikendalikan agar supaya efektif dan efisien. Suatu pekerjaan disebut efektif apabila pekerjaan itu memberi hasil yang sesuai dengan rencana semula. Manajemen pendidikan yang disebut efektif, apabila telah memiliki kompetensi mendidik dan mengajar yang memadai, menghasilkan peserta didik sesuai dengan tujuan. Kompetensi yang

dimaksud meliputi teori dan praktek. Bertindak secara tim sebagai salah satu ciri kepemimpinan yang efektif (**Cribbin, 1981; Drucker, 1988; Pidarta, 1988**). Sedangkan suatu pekerjaan yang efisien apabila pekerjaan itu menghasilkan biaya sesuai dengan rencana semula atau lebih rendah. Yang dimaksud dengan biaya adalah uang, waktu, personel, material, media dan sarana (**Reddin, 1970; Pidarta, 1988**).

2.1.5 Manajemen pendidikan sebagai sistem

Sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dengan bagian-bagiannya yang tersusun secara sistematis, yang mempunyai relasi satu dengan yang lain, dan yang sesuai dengan konteks (**Pidarta, 1988; Tunggal, 1993**).

Organisasi sebagai sistem terdiri dari subsistem tujuan, subsistem manajemen, subsistem struktur, teknik, personalia dan informasi serta subsistem lingkungan. Administrasi sebagai sistem terdiri dari subsistem manajemen, subsistem struktur, teknik, personalia dan informasi. Sedangkan manajemen sebagai sistem terdiri dari subsistem struktur, teknik, personalia, informasi, lingkungan (**Pidarta, 1988**). Pembagian yang lain yang lebih sederhana dari manajemen sebagai sistem adalah: (1) substansi; (2) struktur dan (3) proses. Pendekatan sistem ini penting dibahas karena gerakan sistem adalah sesuatu yang baru dan cocok diterapkan dalam bidang manajemen pendidikan maupun manajemen umum (**Pidarta, 1988**). Tetapi sebenarnya masih ada pendekatan yang dikembangkan terakhir, yaitu pendekatan situasional atau kontingensi (**Robbins, 1982 ; Kast, et al., 1985**).

Tugas-tugas manajemen yang sudah diterangkan di atas dilaksanakan pada setiap sub sistem manajemen sehingga fungsi-fungsi administrasi seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan akan terjadi pada setiap sub sistem manajemen sesuai dengan tujuan organisasi (Sukiswa, 1984; Pidarta, 1988 ; Burhanuddin, 1994).

2.1.6 Aplikasi fungsi administrasi dan manajemen dalam pengelolaan pendidikan.

Aspek administrasi dan manajemen mempunyai beberapa tahap kegiatan yang harus dikerjakan dalam mencapai tujuan organisasi. Sesuai dengan pendekatan sistem, maka tugas pokok pemimpin pendidikan adalah berusaha mentransformasikan *input* kedalam kegiatan organisasi melalui proses administrasi dan manajemen secara efektif dan efisien sehingga dapat menghasilkan *output* yang dikehendaki. Bahasan selanjutnya dipusatkan pada fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan.

a. Perencanaan (*Planning*)

Pada dasarnya perencanaan merupakan suatu proses kegiatan pemikiran yang sistematis mengenai: (1) apa yang akan dicapai (*Objectives*); (2) kegiatan yang harus dilakukan, apa langkah-langkah dan metode yang dipakai; (3) siapa yang akan melaksanakan kegiatan-kegiatan itu dan (4) dirumuskan secara rasional serta logis. Terdapat 5 unsur vital dalam menetapkan perencanaan pendidikan, yaitu:

1. Rasional: suatu perencanaan yang didukung oleh pelaksanaan proses perencanaan secara metodologis berdasarkan pertimbangan yang nyata.

2. Estimasi: suatu proses analisis data dan fakta yang sebenarnya. Proses ini dapat memberikan tingkat estimasi pengembangan pendidikan kearah tujuan yang dicita-citakan.
3. Preparasi: perencanaan pendidikan dilakukan sebagai persiapan dan patokan untuk tindakan yang akan dikerjakan.
4. Efisiensi dan efektivitas: suatu pemanfaatan sumber-sumber pendidikan secara efisien dan efektif dengan memperhatikan kebutuhan masyarakat dan peserta didik, serta menghubungkannya dengan tingkat perkembangan ekonomi yang berlaku.
5. Operasional: suatu perencanaan pendidikan untuk keperluan tindakan yang akan datang, antara lain penetapan strategi, kebijakan dan peraturan guna peningkatan mutu pendidikan (Burhanuddin, 1994).

b. Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian merupakan keseluruhan proses pengelompokan orang, alat, tugas, tanggung jawab dan wewenang sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai satu kesatuan dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan (Siagian, 1995). Fungsi organisasi mencakup kegiatan: (1) mengatur tugas dan kegiatan kerjasama sebaik-baiknya; (2) mencegah kelambatan-kelambatan kerja dan kesulitan yang dihadapi; (3) mencegah kesimpang siuran kerja; (4) memutuskan berlakunya pedoman kerja.

Perkembangan teori organisasi telah dimulai sejak permulaan abad kedua puluh. Secara umum, terdapat tiga pendekatan dalam organisasi:

1. Pendekatan Klasik atau Tradisional

Pada mulanya secara tradisional, teori administrasi, manajemen dan organisasi dirancang. Ada tiga kategori pokok pendekatan klasik ini:

- (a) Manajemen ilmiah yang dipelopori oleh Frederick W Taylor (1856 - 1915). Inti dari manajemen ini adalah manajemen perfabrikan, berupa efisiensi, teknik analisis jabatan dan waktu, standardisasi jabatan, spesialisasi tugas. Pusat perhatian organisasinya terletak pada tingkat manajemen bawahan (*shop management*).
- (b) Manajemen administrasi yang mempunyai beberapa prinsip, seperti: spesialisasi fungsi-fungsi bagi efisiensi, tanggung jawab dan kekuasaan supervisor serta koordinasi fungsi. Organisasi digerakkan dari puncak ke bawahan (*top-down*). Perintis manajemen administrasi antara lain Henry Fayol, Lyndall Urwick, Alan C Reiley.
- (c) Manajemen birokrasi yang mempunyai ciri sebagai berikut: pembagian kerja spesialisasi yang tinggi, kontrol yang ketat, administrasi dikerjakan dengan obyektif, diutamakan mutu tenaga kerja, keamanan kerja dan dokumentasi yang baik. Konsep ini berasal dari Max Weber, seorang sosiolog Jerman (1900-an). Pandangan teori ini ditujukan pada masyarakat secara sekular dan rasional.

Para teoritis organisasi klasik menaruh perhatian mereka pada tugas, struktur dan kekuasaan (**Burhanuddin, 1994**).

2. Pendekatan Behavior

Teori ini berkembang sejak awal 1920-an sampai dengan awal 1950-an, dengan menekankan pada dimensi manusia. Para penyokong teori ini disebut *human relationist*, seperti Elton Mayo dari Universitas *Harvard*. Menurut pandangan ini, organisasi digerakkan oleh para manajer dengan perasaan, sentimen, dan nilai-nilai. Pengaruh *human relation* dengan mementingkan dimensi manusia tersebut memberikan kemajuan di dalam organisasi industri dan pemerintahan. Program utama pendekatan behavior berisi: motivasi, semangat kerja (*moral*), kepemimpinan, komunikasi antar pribadi, ketrampilan penyuluhan dan dinamika kelompok. Yang lebih spesifik lagi dari pendekatan ini adalah usaha memperkaya kegiatan *enrichment*, motivasi positif, kepemimpinan suportif dan metode supervisi kelompok dengan mengutamakan kerjasama (**Burhanuddin, 1994**).

3. Pendekatan Sistem.

Teori sistem sudah dikenal sejak tahun 1950-an. Sistem di sini berarti suatu keseluruhan yang terorganisasi, terdiri dari bagian-bagian yang saling berhubungan dan bergantung satu sama lain. Penelitian empiris yang dilaksanakan selama dua puluh tahun terakhir ini membuktikan bahwa rancangan organisasi secara optimal bergantung pada banyak faktor (**Burhanuddin, 1994**).

Akhirnya para teoritis merumuskan pendekatan kontingensi di dalam merancang suatu organisasi. Prinsip pendekatan kontingensi adalah membutuhkan suatu tindakan penilaian terhadap banyak kekuatan yang saling berinteraksi apabila membangun dan mengoperasikan suatu organisasi. Organisasi menurut pandangan kontingensi berada dalam situasi yang kompleks dan menghadapi banyak faktor, baik yang bersifat mendorong maupun yang menghambat. Semuanya saling terkait dan harus dipertimbangkan secara matang, guna mencapai tujuan organisasi (Burhanuddin, 1994; Gibson, et al., 1996).

c. Penggerakkan (*Motivating, Actuating, Directing, Staffing, Leading*).

Untuk melaksanakan rumusan perencanaan dan pengorganisasian, maka perlu dilanjutkan dengan tindakan-tindakan berupa kegiatan penggerakkan (*actuating*). *Actuating* adalah salah satu fungsi manajemen yang sangat penting, sebab fungsi inilah yang merealisasikan apa yang telah direncanakan dan diorganisir. George R. Terry mengatakan bahwa penggerakkan menempatkan semua anggota kelompok agar bekerja secara sadar untuk mencapai suatu tujuan yang ditetapkan sesuai dengan perencanaan dan pola organisasi (Burhanuddin, 1994). Sedangkan pengertian lain adalah keseluruhan proses pemberian motif bekerja kepada para bawahan sedemikian rupa sehingga mau bekerja dengan ikhlas demi tercapainya tujuan organisasi dengan efisien dan ekonomis (Siagian, 1995). Khusus bagi pemimpin pendidikan dituntut keahliannya dalam menjalankan

fungsi pergerakan ini, agar para anggota kelompok yang dihadapi mau bekerja secara ikhlas, penuh antusias dan bertanggung jawab sesuai dengan tugas-tugasnya (**Burhanuddin, 1994**).

Pendayagunaan sumber tenaga manusia, baru berhasil apabila pemimpin dapat menggerakkannya atau memotivasinya secara efektif. Efektifitas itu menunjukkan adanya kemampuan yang memadai dari pemimpin organisasi dalam hal meneliti, membaca dan memperhitungkan segala aspek tingkah laku anggota maupun sifat-sifat situasional (*Contingency*) organisasi dan lingkungannya secara mantap.

d. Pengawasan (*Controlling*)

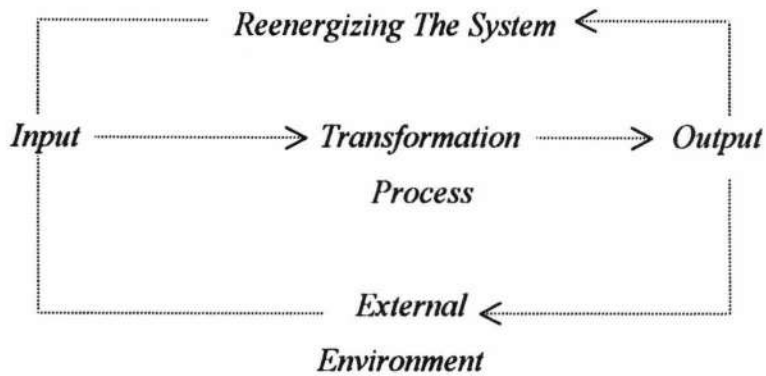
Merupakan fungsi penting dari para pemimpin, tetapi sering dilupakan, khususnya oleh pemimpin di tingkat bawah. Fungsi pengawasan adalah pengukuran dari koreksi terhadap segenap aktivitas anggota organisasi guna meyakinkan, bahwa semua tingkatan tujuan dan perencanaan yang dibuat benar-benar telah dilaksanakan. Henry Fayol mengatakan bahwa di dalam pelaksanaannya, pengawasan sebenarnya terdiri dari usaha mengamati segala sesuatu yang terjadi, apakah sudah berjalan sesuai dengan rencana, pengarahan dan prinsip-prinsip yang telah ditetapkan. Fungsi pengawasan berusaha menjamin agar segala pekerjaan yang dilakukan berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan (**Siagian, 1980; Sukiswa, 1984; Burhanuddin, 1994**).

Syarat-syarat Pengawasan meliputi 2 aspek. Syarat pertama adalah adanya perumusan rencana kegiatan, dan syarat kedua adalah adanya struktur organisasi yang jelas (**Burhanuddin**, 1994).

Terdapat 4 komponen dalam sistem pengawasan, yaitu: (1) sasaran atau target, rencana, kebijaksanaan, norma, kriteria ukuran yang telah ditentukan sebelumnya; (2) penetapan cara mengukur kegiatan; (3) penetapan cara membandingkan kegiatan berdasarkan kriteria; (4) mekanisme tindakan korektif (**Sukiswa**, 1984).

2.1.7 Pendekatan kontingensi dalam manajemen

Teori organisasi tradisional memakai pendekatan yang sangat terstruktur dan sistem tertutup. Berbeda dengan teori modern yang menganut pendekatan sistem terbuka. Sifat teori organisasi modern berdasarkan konseptual-analitis, tergantung pada data riset empiris, dan bersifat sintesa serta integrasi (**Kast, et al.**, 1985). Pandangan komprehensif tentang penerapan konsep sistem untuk manajemen dari organisasi yang kompleks ditunjukkan oleh pengembangan *Planning - Programming - Budgeting System (PPBS)*.



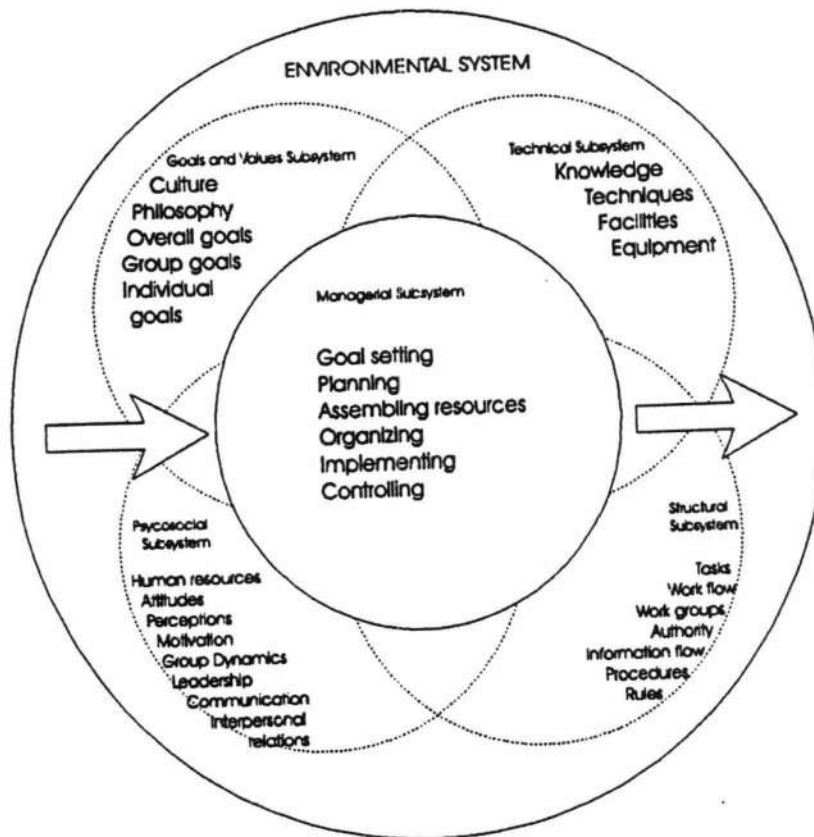
Gambar 2.1 Model Input - Transformation - Output Dalam Kegiatan Organisasi (Dikutip dari **Burhanuddin, 1994**)

Organisasi dipandang dari suatu sistem sosio-teknis yang terbuka terdiri dari sejumlah sub sistem: (a) subsistem tujuan, letaknya di tengah; (b) sub sistem manajemen diluarnya; (c) subsistem struktur (c1), teknik (c2), personalia (c3) dan informasi (c4); (d) sistem lingkungan pada lingkaran paling luar (**Pidarta, 1988**).

Sedangkan manajemen sebagai suatu sistem, terdiri dari lima sub sistem: (a) sub sistem stuktur; (b) sub sistem tehnik; (c) sub sistem personalia; (d) sub sistem informasi; (e) sub sistem lingkungan atau masyarakat (**Pidarta, 1988**).

Konsep sistem memberikan kerangka kerja yang luas untuk dapat memahami organisasi atau suatu paradigma makro untuk studi organisasi. Konsep sistem merupakan basis konsep kontingensi. Pandangan kontingensi cenderung lebih kongkrit dengan menekankan ciri-ciri dan pola yang lebih khusus mengenai saling hubungan antar subsistem. Pandangan kontingensi akhirnya bertujuan membuat desain organisasi dan tindakan manajerial yang paling sesuai dengan situasi tertentu. Pandangan kontingensi mengakui bahwa lingkungan dan sub sistem

internal dari masing-masing organisasi itu agak unik. Kecocokan antara organisasi dan lingkungannya serta disain organisasi internal yang sesuai itu akan meningkatkan efektifitas, efisiensi dan kepuasan anggota atau prestasi kerja. Peranan utama manajer adalah mencari kesesuaian (*congruence*) antara organisasi dengan lingkungannya dan diantara berbagai subsistemnya. Konsep kontingensi ini dapat meningkatkan pengetahuan yang bermanfaat dalam operasional bagi para manajer praktek. (Kast, et al. 1985; Tunggal, 1993; Winardi, 1990).



gambar 2.2: Organisasi Sistem Terbuka (Dikutip dari Kast,et al., 1985)

Pendapat para ahli yang telah disepakati tentang organisasi sebagai sistem terdiri dari subsistem struktur, subsistem teknik atau substansi dan subsistem proses. Tetapi pendapat lain mengatakan bahwa organisasi bukan hanya suatu sistem teknis atau sosial saja, melainkan juga mencakup suatu struktur dan integrasi kegiatan-kegiatan manusia di sekitar teknologi yang dikelilingi sistem lingkungan. Teknologi ini mempengaruhi jenis masukan (*input*) kedalam organisasi, proses transformasi, dan keluaran (*output*) dari sistem (Kast,et al., 1985). (Lihat gambar 2.2).

2.1.8 Manajemen rumah sakit pendidikan

Pelayanan medik atau pelayanan kedokteran (*medical service*) adalah bagian dari pelayanan kesehatan (*health services*) yang tujuan utamanya adalah untuk mengobati penyakit dan memulihkan kesehatan dengan sasaran utamanya adalah perseorangan dan ataupun keluarga (Azwar, 1980). Salah satu bentuk pelayanan kedokteran adalah pelayanan penderita di rumah sakit pendidikan.

Dalam kegiatan menyangkut mutu pelayanan kesehatan atau medik, peran manajemen sangat penting, di mana keterlibatan pihak pimpinan rumah sakit serta dokter terlihat menonjol (Ovretveit, 1992). Menurut Hasibuan (1993), dasar manajemen akan muncul dan tampak dengan adanya: (1) kerjasama diantara sekelompok orang dalam ikatan formal; (2) tujuan bersama serta kepentingan yang sama yang akan dicapai; (3) pembagian kerja, tugas dan tanggung jawab yang teratur; (4) hubungan formal dan ikatan tata tertib yang baik; (5) sekelompok orang dengan pekerjaan yang akan dilakukan; (6) *human organization*.

Dalam program penjagaan mutu pelayanan medik, fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengkoordinasian dan pengawasan telah diatur dengan dikeluarkannya berbagai peraturan atau pedoman. Secara khusus di beberapa negara telah dikeluarkan peraturan yang memuat pedoman sistem mutu rumah sakit: di Australia dikeluarkan *The Accreditation Guide (Australian Council on Hospital Standard, 1987)*, di USA: *Accreditation Manual for Hospital 88 (The Joint Commission on Accreditation of Hospital, 1988)*, di Inggris: *British Standards Intitution 5750 (Ovretveit, 1991)*, dan di Indonesia: Standar Pelayanan Rumah Sakit (**Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1991**).

Menurut Jacobalis (1992), cara apapun yang dipilih untuk meningkatkan mutu, peran manajemen rumah sakit sangat penting. Kebijakan dasar untuk memulai kegiatan meningkatkan mutu merupakan tujuh unsur kunci (*key element*) seperti dibawah ini: (1) **strategi**, yaitu rencana kegiatan untuk mencapai derajat mutu pelayanan yang diinginkan. Strategi harus jelas dan diketahui oleh semua orang, bukan hanya eselon atas. Juga perlu dipertanyakan mengapa mutu harus ditingkatkan, serta bagaimana caranya; (2) **struktur dan organisasi**, siapa yang bertanggung jawab dalam koordinasi kegiatan; (3) **sistem**, yaitu prosedur intern tentang bagaimana mutu ditingkatkan, apa prioritasnya, jenis metoda dan perangkat yang dipilih; (4) **kemampuan (*skill*)**, yang perlu dipunyai untuk dapat melatih dan mendidik petugas agar mampu menjalankan sistem dan program yang ditentukan; (5) **staf**, unsur manusia sebagai pelaku, yang harus mengerti tentang apa yang diinginkan, sikapnya, motivasinya, keterlibatannya, imbalan gajinya, kepuasannya; (6) **gaya**

(*style*) manajemen pimpinan, apakah partisipatif atau otoriter dan bagaimana memberi penghargaan pada bawahan serta bagaimana sikap dari pimpinan terhadap usulan bawahan; (7) **nilai bersama** (*shared values*), yaitu nilai-nilai yang dianut bersama, misalnya etika profesi, rasa keterikatan dengan rumah sakit, budaya rumah sakit, persepsi karyawan terhadap pimpinan.

Di samping pengertian mutu seperti telah disebutkan di atas, mutu juga dapat diartikan sebagai segala sesuatu yang menentukan kepuasan pelanggan dan upaya perubahan ke arah perbaikan terus-menerus sehingga dikenal istilah: **Q-MATCH** (*Quality-Meets Agreed Term and Changes*). Pada dasarnya manajemen mutu (*quality management*) atau manajemen mutu terpadu (*total quality management= TQM*) didefinisikan sebagai suatu cara meningkatkan performansi secara terus-menerus (*continuous performance improvement*) pada setiap level operasi atau proses, dalam setiap area fungsional dari suatu organisasi, dengan menggunakan semua sumber daya manusia dan modal yang tersedia. Meskipun manajemen mutu dapat didefinisikan dalam berbagai versi, namun pada dasarnya manajemen mutu berfokus pada perbaikan terus-menerus untuk memenuhi kepuasan pelanggan. Dengan demikian manajemen mutu berorientasi pada proses yang mengintegrasikan semua sumber daya manusia, pemasok-pemasok (*suppliers*), para pelanggan (*customers*), di lingkungan perusahaan (*corporate environment*). Hal ini berarti bahwa manajemen mutu merupakan kemampuan atau kapabilitas yang melekat dalam sumber daya manusia serta merupakan proses yang dapat dikontrol (*controllable process*) dan bukan suatu kebetulan belaka. Menurut Juran, salah seorang guru yang terkenal

dalam manajemen mutu, bahwa operasionalisasi penjagaan mutu melibatkan trilogi mutu, yaitu: perencanaan mutu (*quality planning*), pengendalian mutu (*quality control*), dan perbaikan atau peningkatan mutu (*quality improvement*) (Gaspersz, 1997).

Menurut Wirjoatmodjo (1993), bahwa setelah rumah sakit pendidikan mempunyai tenaga dokter spesialis dan peralatan canggih, maka berjalannya pelayanan kesehatan dengan baik apabila disertai 4 indikator, yaitu: (1) catatan atau dokumen medik kesehatan yang baik untuk keperluan memonitor kegiatan pelayanan; (2) standar terapi yang dilaksanakan dengan baik; (3) evaluasi kegiatan pelayanan melalui laporan pagi dan siang; (4) kegiatan ilmiah yang teratur tentang perawatan penderita yang terbaru, pengobatan yang rasional dan mutakhir, tehnik operasi, diskusi ilmiah tentang kasus-kasus morbiditas dan mortalitas. Pada tahun terakhir ini, di RSUD Dr. Soetomo yang berfungsi sebagai rumah sakit pendidikan dan pusat rujukan penderita terbesar kedua di Indonesia sudah mempunyai sarana-prasarana yang memadai, pedoman-pedoman medik yang baku, kegiatan keilmiah yang teratur serta tenaga dokter spesialis dan tenaga perawat yang bermutu. Tetapi di samping itu, sebenarnya yang menjadi tulang punggung pelaksana pelayanan kesehatan sehari-hari adalah tenaga residen PPDS I atau dokter dalam pendidikan spesialisasinya. Oleh karena itu, pendidikan residen PPDS I, khususnya residen PPDS I Ilmu Bedah perlu mendapatkan perhatian serius agar segala tugas pelayanan kesehatan dapat terlaksana dengan baik. Residen PPDS I akan bekerja dengan baik kalau pendidikan yang diterimanya baik, melalui suatu manajemen pendidikan yang

baik pula (Soedjak, 1998).

Dari paradigma manajemen terdapat beberapa aspek yang merupakan bagian dari model PPBT dan ikut serta mendukung model tersebut:

- a. Model PPBT merupakan suatu rangkaian kegiatan yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian dan pengawasan di dalam manajemen pendidikan.
- b. Suatu model pembelajaran dikelola menurut kaidah manajemen pendidikan yang fleksibel, efektif dan efisien serta diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu. Model pembelajaran tersebut terdiri dari bagian substansi, struktur dan proses pendidikan.
- c. Model PPBT merupakan suatu sistem dengan basis konsep kontingensi, di mana tujuannya membuat disain organisasi yang paling sesuai dengan situasi tertentu.

2.2 Paradigma Pendidikan

2.2.1 Komponen pendidikan

Keberhasilan suatu proses pembelajaran ditentukan oleh 4 faktor, yaitu (1) staf pendidik; (2) peserta didik; (3) metode pembelajaran dan (4) sistem evaluasi (Maramis, 1986a). Staf pendidik mempunyai 4 tugas utama, yaitu: (1) merencanakan tujuan belajar; (2) menyiapkan materi pelajaran; (3) memilih metode mengajar yang sesuai dan (4) mengadakan evaluasi dari proses pembelajaran (Guilbert, 1977b; Maramis, 1986b). Menurut Lindgren (1976) seorang staf pendidik harus memahami teori belajar dengan alasan sebagai berikut: (1) teori belajar akan membantu seorang staf pendidik untuk

memahami proses pembelajar yang terjadi di dalam diri peserta didik; (2) seorang staf pendidik dapat mengerti kondisi yang mempengaruhi, memperlancar atau menghambat proses belajar; (3) teori belajar akan memungkinkan seorang staf pendidik melakukan prediksi yang cukup akurat tentang hasil yang dapat diharapkan pada suatu proses belajar; (4) teori belajar merupakan sumber hipotesis tentang proses belajar yang dapat diuji kebenarannya melalui eksperimen dan penelitian, dengan demikian dapat meningkatkan pengertian seseorang tentang proses pembelajaran dan (5) hipotesis, konsep-konsep dan prinsip-prinsip ini dapat membantu seorang staf pendidik meningkatkan penampilannya sebagai seorang staf pendidik yang efektif (Sukamto, dkk., 1994). Teori belajar dapat dibagi ke dalam 4 kelompok, yaitu: (1) teori belajar berdasarkan *behaviorisme*; (2) teori belajar berdasarkan *cognitivisme*; (3) teori belajar berdasarkan psikologi sosial dan (4) teori belajar dari Gagne (Sudirman, dkk., 1992; Sukamto, dkk., 1994).

Peserta didik, dengan ciri-ciri atau karakteristik tertentu akan mempengaruhi proses belajar. Karakteristik faktor peserta didik berupa: (1) kemampuan diri sendiri; (2) motivasi; (3) perhatian; (4) persepsi; (5) pemrosesan informasi yang terdiri dari ingatan, lupa, retensi serta transfer dari pengetahuannya. Sedangkan faktor di luar diri peserta didik berupa: (1) kondisi belajar; (2) tujuan belajar dan (3) pemberian umpan balik (Sukamto, dkk., 1994).

Motivasi seorang peserta didik dapat diartikan sebagai tenaga pendorong yang menyebabkan adanya perilaku ke arah suatu tujuan tertentu (Morgan, et al., 1978; Notoatmodjo, 1993). Adanya motivasi pada seorang peserta didik dapat disimpulkan dari pengamatan perilaku sehari-hari. Seorang peserta didik dinyatakan mempunyai motivasi positif, apabila yang bersangkutan menunjukkan: (1) minat; (2) kerja keras dan (3) kerja secara terus menerus sampai tugas terselesaikan (Morgan, et al., 1978).

Kondisi belajar seorang peserta didik atau faktor-faktor di luar dirinya juga sangat mempengaruhi proses belajarnya seperti misalnya adanya stimuli yang datang dari luar serta kondisi belajarnya. Oleh Gagne (1985), perilaku ini dibagi dalam 5 klasifikasi, yaitu: (1) ketrampilan intelektual; (2) strategi kognitif; (3) informasi verbal; (4) ketrampilan motorik dan (5) sikap.

Tujuan belajar merupakan komponen pendidikan yang sangat penting. Semua komponen di dalam suatu sistim atau metode pembelajaran harus bertitik tolak pada tujuan belajar yang akan dicapai peserta didik di dalam proses belajar. Adapun komponen-komponen tersebut adalah: (1) memilih materi pengajaran; (2) memilih metode pembelajaran atau sumber belajar yang akan dipakai dan (3) menyusun bahan evaluasi atau tes. Tujuan belajar akan memberi beberapa keuntungan bagi peserta didik, yaitu: (1) dapat mengarahkan proses belajar; (2) mengukur sejauh mana hasil yang telah dicapai, dan (3) meningkatkan motivasi belajar. Sedangkan keuntungan bagi staf pendidik adalah: (1) dapat memilih materi pengajaran;

(2) menyusun strategi instruksional; (3) menyusun sumber belajar atau metode pembelajaran yang sesuai dan (4) dapat mengukur keberhasilan staf pendidik sendiri dalam pengajarannya (Sukanto, dkk., 1994).

Faktor yang terakhir dan sangat penting artinya bagi peserta didik selama proses pembelajaran adalah umpan balik (UB). Di dalam proses pembelajaran untuk pertama kalinya umpan balik muncul di tahun 1940-1950 oleh N Wiener dalam uraiannya mengenai teori sibermetik (George, 1970). Setelah UB dipakai dalam suatu sistem yang mengacu pada konsep sibermetik atau konsep mekanik, maka selanjutnya berkembang dalam bidang perekayasaan, logika, matematik, filsafat, fisiologi, psikologi dan psikologi pendidikan. Akhir-akhir ini banyak dipakai dalam sistem manajemen penjagaan mutu (Gaspersz, 1997). UB dalam fungsi manajemen merupakan unsur penting pengendalian menuju pencapaian tujuan organisasi. UB mempunyai 2 fungsi penting: (1) fungsi informasi, yaitu: mengidentifikasi perilaku mana yang benar atau tepat dan mana yang salah atau tidak tepat dalam pelaksanaan tugas atau peran seseorang; (2) fungsi motivasi, sebagai penguat atau *reinforcement*, yaitu memberi penghargaan pada perilaku yang benar dan memberi hukuman pada perilaku yang salah (Porter, et al., 1975; Joyce, et al., 1992). Di samping itu juga UB mempunyai fungsi komunikasi. UB dapat menimbulkan motivasi berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Festinger, bahwa individu selalu berusaha memelihara konsistensi keyakinan dan sikapnya dengan tingkah laku nyata (op. cit. Koeswara, 1986).

Umpan balik akan memberikan informasi kepada peserta didik tentang keberhasilan, kegagalan dan tingkat kompetensinya, termasuk sebagai koreksi terhadap perilaku yang salah atau kesalahan yang diperbuat. Peserta didik perlu diikuti sertakan dalam prosedur umpan balik, misalnya memonitor pekerjaan sendiri, menilai kemajuan diri sendiri dan menentukan tujuan belajarnya secara individual. UB yang diberikan oleh staf pendidik hendaknya realistis dan konsisten serta bersifat konstruktif dan spesifik. Worell dan Stilwell (1981) memberi beberapa saran agar umpan balik bisa memperlancar proses belajar peserta didiknya, yaitu: (1) Staf pendidik harus yakin bahwa kemampuan awal yang diperlukan telah dimiliki peserta didiknya sebelum yang bersangkutan memulai tugas barunya. UB ini harus dapat dipakai untuk memperbaiki kesalahan; (2) UB perlu dilaksanakan dengan secara teratur dan segera, jangan ditunda; (3) Berikan kesempatan kepada peserta didik untuk turut mengawasi UB yang diberikan; (4) Selain umpan balik, hendaknya disertai komentar yang positif yang bersifat memperbaiki peserta didiknya; (5) Dalam memberikan UB, hendaknya sedapat mungkin menghindari sarkasme; (6) Peserta didik harus diberi dorongan untuk berusaha memperbaiki kesalahan – kesalan yang lalu; (7) Staf pendidik harus memberi UB verbal yang dapat memberikan insentif; (8) Staf pendidik harus memberikan UB yang dapat membangkitkan motivasi di dalam diri peserta didiknya, sehingga timbul perasaan senang dengan apa yang telah dicapai atau tugas yang dikerjakan sangat menarik (Sukamto, dkk, 1994).

2.2.2 Ciri-ciri pendidikan bagi profesi tenaga kesehatan

Membicarakan ciri-ciri pendidikan tenaga kesehatan, hendaknya perlu ditelusuri sejarah pendidikan umum sampai dengan terciptanya teori belajar. Banyak faktor yang berpengaruh pada proses pembelajaran dan menentukan hasil belajar seperti: umur, inteligensi, bakat, kepribadian, kedewasaan, motivasi, lingkungan, pengalaman sebelumnya, informasi dan penguatan. Untuk menerangkan proses pembelajaran telah ditetapkan 4 teori belajar: (1) *behaviorisme*; (2) *cognitivisme*; (3) psikologi sosial; (4) teori Gagne (Soekamto, dkk., 1994).

Pengelompokan teori belajar yang lain, berupa pengelompokan menurut aliran atau golongan: (1) aliran tingkah laku atau *behaviorisme*; (2) aliran kognitifisme; (3) aliran humanistik; (4) aliran sibermetik. Menurut teori *behaviorisme*, belajar merupakan perubahan tingkah laku yang terjadi berdasarkan paradigma stimulus-respons, yaitu suatu proses yang memberikan respon tertentu terhadap sesuatu atau stimulus yang datang dari luar. Aliran ini menyatakan bahwa seseorang dianggap telah belajar sesuatu bila ia mampu menunjukkan perubahan tingkah laku. Menurut aliran ini, yang terpenting adalah masukan atau *input* yang berupa stimulus dan keluaran atau *output* yang berupa respons. Sedangkan apa yang terjadi di antara stimulus dan respons itu dianggap tidak penting diperhatikan sebab tidak bisa diamati. Yang bisa diamati hanya stimulus dan respons. Faktor lain yang juga penting adalah faktor penguat (*reinforcement*). Penguat adalah apa saja yang dapat memperkuat

timbulnya respons. Bila penguatan ditambahkan disebut *positive reinforcement*, maka respons akan semakin kuat. Begitu pun bila penguatan dikurangi disebut *negative reinforcement*, maka respons pun akan tetap dikuatkan. Pelopor terpenting teori ini antara lain adalah Pavlov, Watson, Kinner, Hull, dan Guthrie. Teori ini sering dikritik karena tidak mampu menjelaskan proses belajar yang kompleks dan dianggap terlalu menyederhanakan masalah belajar yang sesungguhnya. Tidak semua hasil belajar bisa diamati dan diukur, apalagi dalam waktu singkat (*op. cit. Irawan, dkk., 1994*).

Aliran kognitifisme: Menurut teori ini, belajar adalah perubahan persepsi dan pemahaman. Perubahan persepsi dan pemahaman tidak selalu berbentuk perubahan tingkah laku yang bisa diamati. Asumsi dasar teori ini adalah bahwa setiap orang telah mempunyai pengalaman dan pengetahuan di dalam dirinya. Pengalaman dan pengetahuan ini tertata dalam bentuk struktur kognitif. Aliran ini menyatakan bahwa proses belajar akan berjalan baik bila materi pelajaran yang baru beradaptasi dengan struktur kognitif yang sudah dimiliki oleh peserta didik. Dalam perkembangannya, setidaknya ada tiga teori belajar yang bertitik tolak dari teori kognitifisme ini, yakni teori perkembangan Piaget, teori kognitif Bruner dan teori bermakna Ausubel. Teori kognitif sering dikritik sebagai lebih dekat kepada bidang psikologi daripada teori belajar, sehingga aplikasinya dalam proses pembelajaran tidaklah mudah.

Aliran humanistik: Menurut teori humanistik, tujuan belajar adalah untuk “memanusiakan manusia”. Proses belajar dianggap berhasil jika peserta didik

telah memahami lingkungannya dan dirinya sendiri. Dengan kata lain, peserta didik dalam proses belajarnya harus berusaha agar lambat laun mampu mencapai aktualisasi diri dengan sebaik-baiknya. Secara umum, teori ini cenderung bersifat eklektif, dalam arti memanfaatkan teknik belajar apapun asal tujuan belajar peserta didik dapat dicapai. Menurut Krathwohl dan Bloom, ada tiga kawasan tujuan belajar yang bisa dicapai peserta didik, yaitu bidang kognitif atau pengetahuan, bidang psikomotor atau gerak dan bidang afektif atau sikap. Teori humanistik dikritik karena sukar digunakan dalam konteks yang lebih praktis. Teori ini dianggap lebih dekat dengan dunia filsafat daripada dunia pendidikan (*op. cit. Irawan, dkk., 1994*).

Aliran siberetik: Teori ini relatif baru bila dibandingkan dengan ketiga teori belajar sebelumnya. Teori ini berkembang sejalan dengan perkembangan ilmu informasi. Menurut teori ini, yang terpenting adalah “sistem informasi” bagi peserta didik. Sedangkang bagaimana proses belajar berlangsung, akan sangat ditentukan oleh sistem informasi ini. Aliran ini menyatakan bahwa tidak ada satu pun jenis cara belajar yang ideal untuk segala situasi. Sebab cara belajar sangat ditentukan oleh sistem informasi. Dalam bentuknya yang lebih praktis, teori ini telah dikembangkan antara lain oleh Landa dalam bentuk pendekatan “algoritmik” dan “heuristik”, serta Pask dan Scott. Pendekatan belajar “algoritmik” menuntut peserta didik untuk berpikir secara sistematis, tahap demi tahap, linear, lurus menuju ke suatu target tertentu. Memahami suatu rumus matematika biasanya menghendaki pendekatan seperti ini.

Sedangkan pendekatan “heuristik” menuntut peserta didik berpikir secara divergen, menyebar ke beberapa target sekaligus. Memahami suatu konsep yang penuh arti ganda dan penafsiran biasanya menuntut cara berfikir heuristik. Teori sibernetik ini dikritik karena lebih menekankan pada sistem informasi yang akan dipelajari, tetapi kurang memperhatikan bagaimana proses belajar berlangsung (*op. cit. Irawan, dkk.*, 1994).

Selain teori di atas, kiranya teori Gagne perlu dibicarakan dalam kaitannya dengan pendidikan tenaga kesehatan. Teori Gagne merupakan perpaduan yang seimbang antara *behaviorisme* dan *cognitivisme*, yang berpangkal pada teori proses informasi. Menurut Gagne (1985), bahwa cara berpikir seseorang tergantung pada (1) ketrampilan apa yang telah dipunyainya; (2) ketrampilan serta hierarki apa yang diperlukan untuk mempelajari suatu tugas. Selanjutnya Gagne berpendapat bahwa di dalam proses belajar terdapat dua fenomena, yaitu (1) ketrampilan intelektual yang meningkat sejalan dengan meningkatnya umur serta latihan yang diperoleh individu; (2) belajar akan lebih cepat apabila strategi kognitif dapat dipakai dalam memecahkan masalah secara lebih efisien. Sebagai hasil belajar adalah ketrampilan intelektual, strategi kognitif, informasi verbal, ketrampilan motorik, dan kemampuan internal yang mempengaruhi perilaku seseorang berdasarkan faktor emosi, kepercayaan dan intelektual (*Soekamto, dkk.*, 1994).

Untuk menanggulangi kritik-kritik yang timbul karena penerapan teori-teori *behaviorisme* atau *cognitivisme* di dalam proses pembelajaran maka

sekarang banyak dipakai prinsip-prinsip teori psikologi lain, yaitu teori kepribadian dan psikologi. Menurut teori psikologi sosial, belajar pada hakekatnya merupakan suatu proses alami. Belajar akan lebih lancar apabila materi yang dipelajari relevan dengan kebutuhan dan pribadi orang yang belajar, serta yang bersangkutan diberi kesempatan untuk bertanggung jawab atas belajarnya sendiri. Peserta didik harus diberi kesempatan untuk dapat memilih sendiri apa yang akan dipelajari, dan kapan ia akan mempelajarinya. Menurut teori ini, proses belajar jarang sekali merupakan proses yang terjadi dalam keadaan menyendiri, tetapi melalui interaksi-interaksi. Interaksi tersebut dapat: (1) searah atau *one directional*, yaitu kalau adanya stimuli dari luar menyebabkan timbulnya respons; (2) dua arah, yaitu apabila tingkah laku yang terjadi merupakan hasil interaksi antara individu yang belajar dengan lingkungannya. Sebaliknya, interaksi *reciprocal* yaitu apabila beberapa faktor yang mempunyai saling ketergantungan, seperti faktor pribadi dan faktor lingkungan saling berinteraksi dan menyebabkan adanya perubahan tingkahlaku. Proses belajar dengan mengikutsertakan emosi dan perasaan peserta didik ternyata akan memberikan hasil yang lebih baik dibanding dengan hanya memanipulasi stimuli dari luar saja (Soekanto, dkk., 1994).

Faktor lain yang tidak kalah penting dalam merumuskan ciri-ciri pendidikan tenaga kesehatan, yaitu faktor umur dan kedewasaan. Residen PPDS I Ilmu Bedah sebagai tenaga kesehatan tergolong sudah dewasa, oleh karena itu pendidikannya dikategorikan pendidikan orang dewasa atau

andragogi. Kata andragogi berasal dari bahasa Yunani *aner* atau *andr*, yang berarti orang, bukan anak dan *agogus* yang berarti mengarahkan diri (Pannen, dkk., 1994).

Menurut Unesco (1976), pendidikan orang dewasa adalah proses pendidikan yang isinya, tingkatannya dan metodenya dikelola secara formal maupun nonformal untuk memenuhi kebutuhan yang melengkapi pendidikan di sekolah. Sedangkan pendidikan anak-anak akan berlangsung dalam bentuk asimilasi, identifikasi dan peniruan, di mana terjadi proses pemberian dasar-dasar pengetahuan, pembentukan sikap mental dan moral yang jelas berbeda dengan pendidikan orang dewasa. Pendidikan orang dewasa lebih menitikberatkan pada peningkatan kehidupan peserta didik, memberikan ketrampilan dan kemampuan untuk memecahkan permasalahan yang dialami dalam kehidupan di masyarakat. Tujuan utama pendidikan orang dewasa untuk membantu setiap peserta didik sebagai orang dewasa dalam mengembangkan diri melalui pendidikan. Di sini perlu dipertimbangkan beberapa faktor yang mempengaruhi proses pembelajaran dan hasil pendidikan orang dewasa, yaitu faktor kebebasan, tanggung jawab, pengambilan keputusan, pengarahan diri sendiri, psikologis, fisik, daya ingat, dan motivasi (Pannen, dkk., 1994).

Dilihat dari sudut pendidikan yang dibutuhkan, terdapat dua buah ciri pokok dalam suatu pendidikan profesi tenaga kesehatan yang sejati. Ciri pertama ialah adanya suatu kode etik yang diakui. Kode etik ini mengikat para anggota profesi pada nilai-nilai sosial tertentu di atas kepentingan penghasilan,

kekuasaan dan gengsi diri sendiri. Dalam hal profesi kedokteran, kode etik kedokteran melibatkan dokter itu dalam penyelamatan hidup dan perlindungan kesehatan pasien di atas segala pertimbangan kebendaan dan pribadi. Ciri kedua suatu profesi adalah tehnik pelaksanaan pekerjaannya didasarkan pada prinsip atau konsep dan bukan pada cara yang mudah dihafal atau ketrampilan sehari-hari yang sederhana. Prinsip atau konsep suatu pekerjaan harus mencakup tugas yang kompleks yang dilaksanakan secara artistik meliputi pertimbangan yang matang atau pengetahuan yang dalam, daya imajinasi serta ketrampilan individu (Guilbert, 1977a).

Secara khusus pendidikan tenaga kesehatan, calon dokter spesialis bedah mengacu pada ketiga bentuk taxonomi yang ingin dicapai, yang meliputi *domain of intellectuall skills, domain of communication skills, domain of practical skills* (Guilbert, 1977b). Dalam bidang afektif, seorang dokter calon DSB diharuskan menguasai ketrampilan berkomunikasi yang benar dan baik. Kegagalan dalam berkomunikasi dengan penderita atau keluarga penderita maupun sesama teman sejawat serta paramedis dalam menangani penderita kasus bedah akan berdampak negatif pada mutu pelayanan kesehatan. Ketrampilan berkomunikasi ini ditujukan terutama dalam pelayanan penderita kasus bedah di ruang perawatan intensif. Selain itu, juga dibutuhkan kemampuan bekerja didalam suatu *team work* (Dudley, 1993). Salah satu persyaratan dokter spesialis bedah yang kompeten yang dituangkan dalam *General Medical Council* di Inggris adalah bahwa yang bersangkutan harus

mengerti dan mampu melakukan jalinan hubungan antar manusia, disamping harus mengetahui dan mengerti etik serta tanggung jawab hukum seorang dokter (Pollock, 1996).

2.2.3 Model pembelajaran

Terdapat empat model pembelajaran, yaitu: (1) model pengelolaan informasi; (2) model personal; (3) model sosial dan (4) model sistim perilaku atau behavior (Joyce, et al., 1992).

Model pengelolaan informasi merupakan pendekatan humanistik dengan menitik beratkan proses pembelajaran pada cara memperkuat dorongan internal, yang datang dari dalam diri sendiri. Yang termasuk kelompok ini adalah: (1) model pencapaian konsep; (2) berfikir induktif; (3) latihan penelitian; (4) pemandu awal; (5) memorisasi dan (6) pengembangan intelek.

Model personal merupakan pendekatan humanistik dengan menitik beratkan proses pembelajaran pada kesadaran individu yang bertolak dari pandangan kedirian atau *selfhood* individu. Yang termasuk kelompok ini adalah: (1) model pengajaran tanpa arah; (2) sinektiks; (3) latihan kesadaran dan (4) pertemuan kelas.

Model sosial menitik beratkan proses pembelajaran pada kerjasama karena dengan kerjasama manusia dapat membangkitkan dan menghimpun tenaga secara bersama-sama yang kemudian disebut *synergy*. Yang termasuk

kelompok ini adalah: (1) investigasi kelompok; (2) bermain peran; (3) penelitian hukum; (4) latihan laboratoris dan (5) penelitian ilmu sosial.

Model sistim perilaku atau behavior menitik beratkan proses pembelajaran pada teori belajar sosial yang dipakai sebagai dasar teoritik kelompok model ini. Model sistem perilaku dikenal pula sebagai *behavior modification* atau modifikasi perilaku, *behavior therapy* atau terapi perilaku dan *cybernetics* atau sibernetik. Dasar pemikiran dari kelompok model ini ialah sistem komunikasi yang mengoreksi sendiri atau *self-correcting communication systems* yang memodifikasi perilaku dalam hubungannya dengan bagaimana tugas-tugas dijalankan dengan sebaik-baiknya.

Perkembangan model *behavior* diawali oleh Bloom (1956) dan Block dengan mengajukan model *mastery learning* atau model belajar tuntas. Kemudian diikuti dengan munculnya model *direct instruction* (Tom Good, dkk.), model *simulation* (Smith, dkk.), model *social learning* (Bandura, dkk.) dan terakhir model *programmed schedule* (Skinner) (op. cit. Joyce, et al., 1992). Aliran sistem perilaku dimulai dari seorang tokoh pendirinya, yaitu Thorndike (1874-1949). Menurut Thorndike, belajar adalah proses interaksi antara stimulus dan respon. Stimulus maupun respon dapat berbentuk pikiran, perasaan atau gerakan. Perubahan perilaku yang terjadi dapat berwujud sesuatu yang nyata dan bisa diamati atau yang tidak nyata, tidak bisa diamati. Teori ini disebut sebagai aliran koneksionis. Thorndike menemukan hukum-hukum dalam penelitiannya: (1) *law of readiness*, jika reaksi terhadap stimulus

didukung oleh kesiapan untuk bertindak, maka reaksi itu menjadi memuaskan; (2) *law of exercise*, makin banyak dipraktikkannya hubungan stimulus-respons (s-r), makin kuat hubungan itu; (3) *law of effect*, bila terjadi hubungan antara s-r dan diikuti dengan *state of affairs* yang memuaskan, maka hubungan itu menjadi lebih kuat atau bisa terjadi sebaliknya. Tokoh penting lainnya adalah Skinner. Teori Skinner ini paling besar pengaruhnya terhadap perkembangan teori belajar. Beberapa program pembelajaran seperti *teaching machine*, *mathetics* atau yang lain memakai konsep stimulus, respon dan faktor penguat atau *reinforcement*. Teori Skinner sangat terkenal karena bisa menyederhanakan kerumitan di dalam konsep aliran sistem perilaku ini. Di dalam teori ini dikenal faktor penguat atau *reinforcement* yang terdiri dari penguat positif atau *positive reinforcement*, yang apabila ditambah akan memperkuat respon. Sebaliknya merupakan penguat negatif atau *negative reinforcement*, yang apabila dikurangi akan tetap memperkuat respon (Joyce, et al., 1992; Woolfolk, 1995). Di samping penggunaan *reinforcement* untuk memperkuat perilaku, terdapat 2 cara untuk merubah perilaku (KAP) atau modifikasi kearah perilaku baru, yaitu cara *shaping* dan cara *modelling*. Cara *shaping* dipakai untuk mengajar peserta didik ke arah perilaku yang kompleks. Tokohnya yang terkenal adalah Fraznier (1969) dan Hewet (1967). Cara *modelling* merupakan suatu bentuk pembelajaran yang tidak dapat disamakan dengan *classical conditioning* atau *operant conditioning*. Dalam cara *modelling*, perilaku peserta didik lebih banyak dipelajari melalui imitasi.

Tokohnya yang terkenal adalah Bandura (1969), yang membagi perilaku imitatif menjadi 3 macam. Ketiga macam perilaku tersebut: (1) *inhibitory-disinhibitory effect*; (2) *eleciting effect*; (3) *modelling effect*, berupa pengembangan respon baru melalui observasi terhadap suatu model perilaku. Cara *modelling* ini dapat dipakai untuk mengajarkan ketrampilan akademis maupun motorik (Woolfolk, 1995). Yang termasuk model sistem perilaku ini adalah: (1) *mastery learning* (belajar tuntas); (2) *dirrect intruction* (pembelajaran langsung); (3) *learning self control* (belajar kontrol diri); (4) *training for skill and concept development* (latihan pengembangan ketrampilan dalam konsep), dan (5) *assertive training* (latihan asertif) (Joyce, et al., 1992). Selanjutnya akan dibahas model belajar kontrol diri dan model pengelolaan kontingensi yang merupakan bagian dari model kontrol diri.

Model kontrol diri mempunyai ciri utama adanya pengendalian rangsangan yang berbentuk mengubah lingkungan. Model ini digunakan terutama untuk pengendalian stimulus dan penguatan yang bersifat positif. Salah satu bagian model kontrol diri adalah model pengelolaan kontigensi. Dalam mengembangkan program pengelolaan kontigensi, staf pendidik dituntut melakukan perencanaan yang cermat, sabar dan tetap konsisten (Joyce, et al., 1992; Soekamto, dkk., 1994).

2.2.4 Model pengelolaan kontingensi

Model ini merupakan salah satu bagian dari kelompok model kontrol diri. Prinsip-prinsip *operant conditioning* yang dipakai dalam model

pengelolaan kontingensi juga digunakan dalam model kontrol diri, terutama mengenai pengendalian stimulus dan penguatan yang bersifat *positive reinforcement*. Pengelolaan Kontingensi atau *Contingency Management* adalah usaha yang sistematis untuk memberikan rangsangan atau stimulus yang bersifat menguatkan yang diberikan pada saat-saat tertentu setelah munculnya respon. Ciri yang paling esensial adalah hubungan antara respon dan stimulus yang diberi penguat. Penguatan diberikan apabila telah ada respon dan kondisi ini disebut "tergantung pada" atau *contingent*.

Tujuan utama program pengelolaan kontingensi ialah dapat ditransfernya suatu perilaku pada situasi yang lain. Termasuk di dalam ini adalah kelanggengan atau *durability* perilaku. Perilaku baru yang diadaptasikan selanjutnya akan menjadi bagian intrinsik di bawah kontrol diri dan pemantauan perseorangan. Pengelolaan kontingensi ini dapat dipakai untuk mengurangi perilaku yang salah kaprah atau *maladaptive* dan sebagai model perilaku yang digunakan untuk mengembangkan ketrampilan yang baru. Model ini sangat tepat digunakan untuk mengembangkan perilaku baru, seperti pengetahuan ketrampilan akademis, ketrampilan profesi, ketrampilan sosial dan ketrampilan mengelola diri. (Joyce, et al., 1992).

Langkah pertama pelaksanaan model pengelolaan kontingensi ini adalah merumuskan perilaku sasaran atau perilaku akhir. Berarti akan terjadi proses perubahan perilaku dari perilaku peserta didik sebelum memulai pendidikan ke arah tujuan perilaku sasaran. Perubahan perilaku (KAP) di dalam model

pengelolaan kontingensi dapat disebut pula *behaviour modification* atau modifikasi perilaku ke arah perilaku baru, dari perilaku seorang dokter umum berubah menjadi perilaku seorang spesialis bedah. Perilaku yang berubah ini merupakan pengembangan perilaku yang lama ke arah perilaku yang baru.

Terdapat lima unsur dalam model pengelolaan kontingensi:

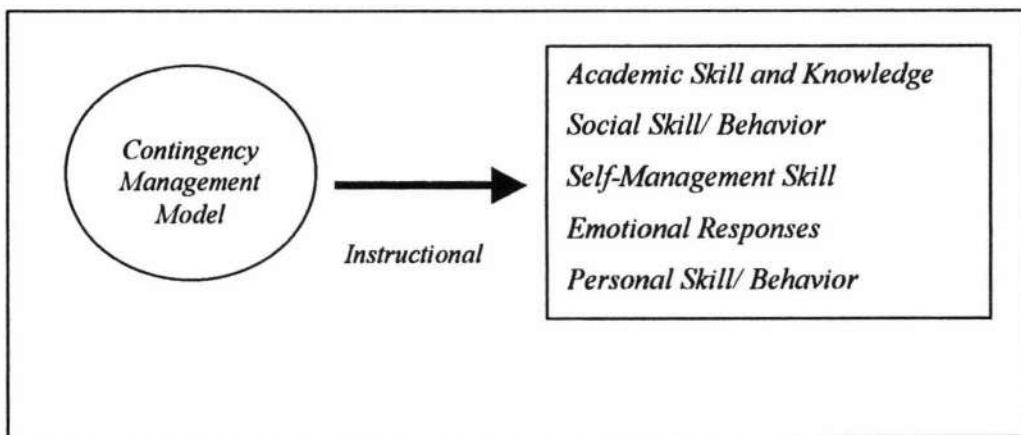
1. **Sintakmatik** model pengelolaan kontingensi: 5 tahapan pembelajaran

Kegiatan Pengajar	Langkah Pokok	Kegiatan Pebelajar
* Identifikasi perilaku sasaran * Rumusan Perilaku akhir	Perumusan perilaku akhir	* Ketahui perilaku akhir sebagai patokan belajar
* Amati kemunculan perilaku * Catat konteks perilaku	Kajian perilaku	* Sadari perilaku-perilaku dalam konteksnya
* Pilih Konteks * Tentukan penguat * Gunakan penguat sesuai konteks	Perumusan Kontingensi	* Sadari adanya proses perubahan perilaku
* Tata lingkungan belajar * Gunakan proses penguat	Pelembagaan program	* Manfaatkan lingkungan belajar sebaik-baiknya secara teratur
* Ukur adanya perubahan * Pelihara kondisi yang baik	Evaluasi	* Sadari perubahan perilaku akhir

2. **Sistem sosial.** Sistem sosial yang perlu dibangun untuk perilaku yang khusus lebih bersifat sangat terstruktur. Pengajar atau staf pendidik berfungsi sebagai pengendali sistem penguatan dan lingkungan. Demikian juga dalam pola dan jadwal pemberian penguatan, pengajar dapat melakukan kesepakatan dengan pebelajar atau peserta didik.

3. **Prinsip pengelolaan atau reaksi.** Prinsip pengelolaan atau reaksi pengajar-pebelajar didasarkan pada prinsip "*operant conditioning*" dan pengelolaan kontingensi. Secara umum, perilaku yang tidak tepat kadang-kadang diabaikan, sedangkan perilaku yang diinginkan seyogyannya dikuatkan.

4. **Sistem pendukung.** Sarana yang diperlukan untuk melaksanakan model ini bervariasi dari situasi ke situasi. Program yang bersifat sederhana mungkin tidak memerlukan sarana pendukung. Sedangkan program yang bersifat kompleks, memerlukan perencanaan dan alat yang lebih memadai. Staf pendidik yang mengembangkan program ini perlu melakukan perencanaan yang cermat, sabar, dan tetap ajeg.
5. **Dampak instruksional dan dampak pengiring.** Sebagai akibat diterapkannya model ini hanya akan memberikan dampak instruksional sebagai berikut: (a) pengetahuan dan ketrampilan akademis; (b) perilaku dan ketrampilan sosial; (c) ketrampilan pengelolaan diri; (d) respon emosional; (e) perilaku dan ketrampilan personal (lihat gambar 2.3) (Soekamto dan Saripuddin, 1994; Joyce et al., 1992)



Gambar 2.3: Dampak instruksional dan dampak pengiring dari Model Pengelolaan Kontingensi (Joyce, et al., 1992)

Dari paradigma pendidikan terdapat beberapa aspek yang merupakan bagian dari model PPBT dan ikut serta mendukung model tersebut.

1. Model PPBT merupakan modifikasi model pengelolaan kontingensi, yang berada di dalam kelompok model kontrol diri. Model kontrol diri ini adalah sub bagian dari model pembelajaran sistem perilaku.
2. Model PPBT merupakan model pembelajaran yang memanfaatkan perumusan kajian perilaku (KAP) sasaran atau perilaku (KAP) akhir, yang menggunakan sistem penguat berupa umpan balik dan peranan staf pendidik sebagai pengendali.

2.3 Paradigma Perilaku

2.3.1 Pengertian perilaku

Menurut Ensiklopedi Amerika perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya. Perilaku akan terwujud bila ada suatu rangsangan. Sedangkan menurut Robert Y. Kwick (1974), bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Bloom (1956) membedakan perilaku menjadi 3 bidang, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor atau *knowledge, attitude dan practice*. (op. cit. Notoatmodjo, 1993).

2.3.2 Faktor-faktor dibalik perilaku manusia

Perilaku manusia cenderung bersifat menyeluruh atau *holistik*. Sebagai arah analisis, hal tersebut dibagi menjadi 3 aspek, yakni aspek fisiologi, psikologi dan sosial. Tetapi ketiga aspek tersebut sulit dibedakan antara mempengaruhi dan berkontribusi di dalam pembentukan perilaku manusia.

Perilaku manusia adalah merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti keinginan, minat, kehendak, pengetahuan, emosi, berpikir sikap, motivasi, reaksi dan sebagainya. Namun sulit dibedakan refleksi dari gejala kejiwaan yang manakah seseorang itu berperilaku tertentu. Apabila di telusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan yang tercermin di dalam tindakan atau perilaku manusia tersebut berisi bermacam-macam faktor. Faktor tersebut antara lain adalah pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat dan sebagainya (Notoatmodjo , 1985).

2.3.3 Teori perilaku

Teori *Reasoned Action* dari Fishbein, mengutarakan bahwa faktor individu banyak menentukan dalam proses perubahan perilaku. Juga faktor lingkungan dapat membantu seseorang lebih mudah atau lebih sukar untuk berperilaku tertentu. Teori ini bertolak dari asumsi, bahwa manusia adalah makhluk rasional yang apabila akan melakukan sesuatu kegiatan, selalu mempunyai alasan untuk melakukan hal tersebut. Alasan tersebut didasarkan pada segala informasi yang didapatkan, kemudian dianalisis sesuai dengan kemampuannya, baru melakukan suatu aksi. Teori ini menyebutkan bahwa seseorang harus timbul niat atau *intention* terlebih dahulu sebelum yang bersangkutan melakukan sesuatu. Niat ini merupakan fungsi dari dua determinan dasar dimana yang pertama bersifat personal dan yang kedua lebih merupakan refleksi pengaruh sosial terhadap individu yang bersangkutan (Fishbein, 1975). Determinan personal ini mirip dengan model dari Rosentock

dan Hochbaum yaitu merupakan hasil analisis individu terhadap faktor yang menguntungkan atau merugikan apabila individu tersebut melakukan tindakan dan dipandang dari sudut individu itu sendiri (Notoatmodjo, 1993).

Analisis ini akan menghasilkan suatu sikap untuk perilaku sesuai dengan perilaku seorang dokter spesialis bedah. Determinan pengaruh sosial merupakan kepercayaan individu yang bersangkutan, bahwa orang yang dipercaya atau *reference people* akan mendukung atau menghambatnya. Apabila orang yang dipercaya mendukungnya, akan timbul niat untuk melaksanakan tugas pelayanan kesehatan dengan baik. Sehingga determinan ini lebih merupakan gambaran dari norma sosial budaya yang hidup dilingkungan seseorang (Notoatmodjo, 1985).

2.3.4 Perilaku sasaran dokter spesialis bedah

Pendidikan adalah suatu proses yang mengubah perilaku peserta didik ke arah yang diinginkan. Perilaku yang dimaksud meliputi berfikir, merasa dan bertindak. Bila penetapan setiap tujuan pendidikan berkenaan dengan perilaku dan isinya, maka pemilihan program pendidikan dalam bentuk pengalaman belajar merupakan hal yang lebih penting. Oleh karena proses belajar itu suatu proses aktif yang melibatkan si peserta didik ke dalamnya, maka motivasi merupakan hal yang pokok (Guilbert, 1977a).

Motivasi kerja di pengaruhi oleh beberapa aspek didalam proses pendidikan seperti aspek pribadi residen PPDS I Ilmu Bedah yang berhubungan dengan sikap dan kebutuhan akan pendidikan. Juga termasuk

aspek sifat tugas yang dijalankan antara lain tanggung jawab dan mandiri, serta aspek organisasi yang meliputi struktur, supervisi dan suasana organisasi (Steers, et al., 1991).

Perilaku Dokter Spesialis Bedah yang diharapkan dirumuskan sebagai berikut: (1) kognitif: menguasai ilmu kedokteran dasar, ilmu penunjang klinik, ilmu bedah dasar, ilmu bedah lanjutan; (2) afektif: *gentleness, courtesy, respect, sence of confident (assessment dan judgement)*; (3) psikomotor: ketrampilan yang memadai (DepDikBud, 1978; DepDikBud, 1982; DepDikBud, 1983; DepDikBud, 1984; DepDikBud, 1990; DepDikBud, 1997; Ramsey, 1983). Bahkan peneliti lain menambahkan dengan suatu sikap yang cekatan seperti burung *Turkey* (Ellis, 1994). Kesimpulan penelitian pendahuluan dari para pakar spesialis ilmu bedah di Indonesia menyatakan bahwa nilai bobot perilaku dokter spesialis bedah yang diharapkan adalah bidang kognitif 30%, afektif 40%, dan psikomotor 30%. (Tahalele, 1996a). Sedangkan pengenalan perilaku sasaran DSB dapat pula dipelajari dengan melihat pedoman program DSB yang bekerja di daerah distrik atau daerah tingkat II (Cook, et al., 1988)

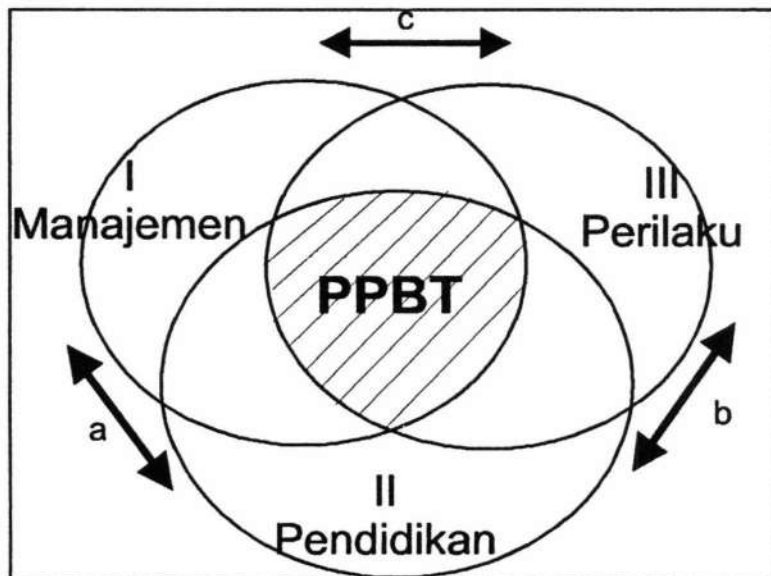
Dari paradigma perilaku terdapat beberapa aspek yang merupakan bagian dari model PPBT dan ikut serta mendukung model tersebut.

- a. Model PPBT merupakan kegiatan suatu perilaku yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari, yang meliputi bidang kognitif, afektif dan psikomotor (KAP).

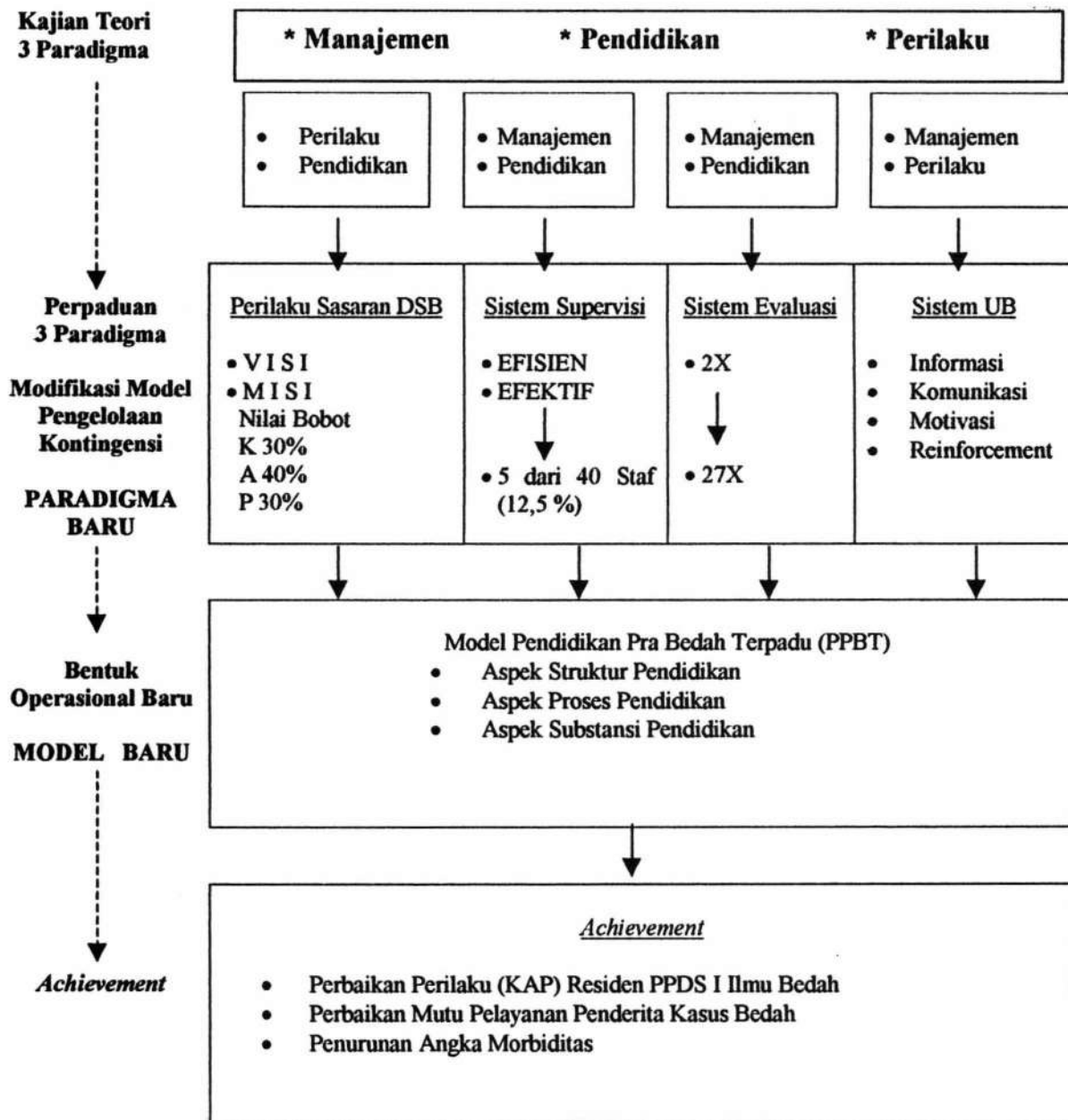
- b. Model tersebut merupakan suatu proses pendidikan yang mengubah perilaku peserta didik kearah yang diinginkan. Perilaku yang dimaksud mempunyai tekanan pada nilai bobot bidang afektif sebesar 40% dan bidang kognitif 30 % serta bidang psikomotor 30%.

2.4 Model Pendidikan Pra Bedah Terpadu (PPBT)

Model PPBT disebut terpadu karena memadukan tiga paradigma, yaitu manajemen, pendidikan dan perilaku. Ketiga paradigma ini saling berhubungan dan terkait satu dengan yang lain. Masing-masing teori mempunyai sasaran tertentu, sehingga akhirnya akan tercapai *achievement* konsep penelitian ini (lihat gambar 2.4).



Gambar 2.4.: Bagan Model PPBT merupakan titik perpaduan singgung antara tiga paradigma manajemen, pendidikan dan perilaku.



Gambar 2.5. Kerangka Hubungan Antara 3 Paradigma (Manajemen, Pendidikan, Perilaku), Paradigma Baru dan Model Baru (PPBT) Pendidikan Residen PPDS I Ilmu Bedah serta *Achievement*

Tabel 2.1 Perbedaan antara model pengelolaan kontingensi yang asli dan modifikasi model pengelolaan kontingensi dalam aspek sintakmatik, sistem sosial, prinsip pengelolaan, sistem pendukung dan dampak instruksional .

Model Pengelolaan Kontingensi	Modifikasi Model Pengelolaan Kontingensi
<p>Sintakmatik:</p> <p>I. – Mengidentifikasi dan mendefinisikan perilaku sasaran DSB serta merumuskan perilaku akhir.</p> <p>-Mengembangkan rencana untuk mengukur dan mencatat perilaku tersebut</p> <p>II. Kajian perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amati dan mencatat kemunculan perilaku tersebut <p>III. Perumusan kontingensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menentukan jenis penguat - Menggunakan penguat - Perkembangan program penguat <p>IV. Pelembagaan Program</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemanfaatan lingkungan belajar <p>V. Evaluasi program</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengukur adanya perubahan - Memelihara kondisi yang baik 	<p>I. - Rumusan Perilaku Sasaran/ akhir:</p> <ul style="list-style-type: none"> *VISI Pendidikan DSB *MISI Pendidikan DSB: Nilai Bobot K 30 %, A 40 %, P 30 % <p>- Pembuatan program pendidikan, SAP, Modul pembelajaran, sistem evaluasi.</p> <p>II.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laporan hasil perilaku (KAP) dan pelayanan penderita kasus bedah <p>III.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis Penguat yang dipakai adalah <i>positive reinforcement</i> dan umpan balik <p>IV.</p> <p>V.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penilaian laporan perubahan perilaku (KAP)
<p>Sistem sosial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Staf pendidik berfungsi sebagai pengendali program 	<p>5 orang staf pendidik yang bertindak sebagai supervisor atau mentor adalah pengendali program.</p>
<p>Prinsip pengelolaan atau prinsip reaksi staf pendidik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku yang diinginkan dikuatkan dan yang tidak tepat diabaikan 	<p>Hasil evaluasi formatif setiap minggu sekali diumpan balikkan segera.</p>
<p>Sistem pendukung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarana bervariasi - Program berdasarkan perencanaan yang cermat, sabar, konsisten 	<p>Perencanaan program pendidikan berisi SAP, modul-modul pembelajaran dan sistem evaluasi</p>
<p>Dampak instruksional dan pengiring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan dan ketrampilan akademis - Perilaku dan ketrampilan sosial - Ketrampilan pengelolaan diri - <i>Respon emosional</i> - Perilaku dan ketrampilan personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan perilaku (KAP) residen PPDS I Ilmu Bedah - Perubahan/ perbaikan mutu pelayanan kesehatan - Perbaikan angka morbiditas

Tabel 2.2 Perbedaan model PPB (model lama) dan model PPBT (model baru) dalam aspek paradigma, tujuan, tehnik atau substansi, struktur, proses, *achievement*, personalia, informasi, lingkungan dan waktu pendidikan residen PPDS I Ilmu Bedah

	PPB (model lama)	PPBT (model baru)
1. Paradigma	Tidak jelas	Manajemen, Pendidikan, Perilaku
2. Tujuan Pendidikan:		
• TIU	+	+
• TIK	-	+
• VISI dan MISI (perilaku sasaran)	-	+
3. Tehnik atau Substansi Pembelajaran:		
• Metode Pembelajaran	tradisional	modifikasi model pengelolaan kontingensi
• Modul	-	+
• SAP	-	+
4. Struktur Pembelajaran:		
• Sistem sipervisi	kurang efisien	efisien
• Sistem evaluasi	evaluasi (2 x)	evaluasi (27 x)
• Sistem penguat (umpan balik)	-	+
5. Proses Pembelajaran:		
• Pengenalan perilaku sasaran	-	+
• Efisiensi staf pendidik	-	+
• Penyempurnaan evaluasi	-	+
• Mekanisme umpan balik	-	+
6. Achievement	tidak jelas	jelas
7. Personalia:		
Staf pendidik sebagai mentor dan pengendali program	-	5 orang
8. Informasi program	+	+
9. Lingkungan	sama	sama
10. Waktu	4 bulan	4 bulan

Dalam rangka mencapai *achievement* model PPBT ini, maka pengelola pendidikan dokter spesialis I Ilmu Bedah membuat: (1) perencanaan atau program atau *planning*; (2) pengorganisasian atau *organizing*; (3) penggerakan atau *motivating, actuating, staffing, command*; (4) pengawasan atau *controlling* (POCC) (Burhanuddin, 1994; Siagian, 1995; Gibson, et al., 1996).

Beberapa aspek dari paradigma manajemen merupakan bagian dan turut serta mendukung model PPBT, yaitu (a) model PPBT merupakan suatu rangkaian kegiatan yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian dan pengawasan di dalam manajemen pendidikan; (b) model PPBT merupakan suatu model pembelajaran dikelola menurut kaidah manajemen pendidikan yang fleksibel, efektif dan efisien serta diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu. Model pembelajaran tersebut terdiri dari substansi, struktur dan proses pendidikan; (c) model PPBT merupakan suatu sistem dengan basis konsep kontingensi, di mana tujuannya membuat disain organisasi yang paling sesuai dengan situasi di laboratorium Ilmu Bedah FK Unair; (d) paradigma manajemen di dalam model PPBT mendukung perbaikan atau perubahan sistem supervisi, sistem evaluasi dan sistem UB (lihat gambar 2.5) (Robbins, 1982; Kast, et al., 1985; Pidarta, 1988; Burhanuddin, 1994; Gaspersz, 1997).

Beberapa aspek dari paradigma pendidikan merupakan bagian dan turut serta mendukung model PPBT, yaitu: (a) model PPBT merupakan modifikasi model pengelolaan kontingensi, yang berada di dalam kelompok model kontrol diri atau model pembelajaran sistem perilaku; (b) model PPBT merupakan model

pembelajaran yang memanfaatkan perumusan kajian perilaku (KAP) sasaran atau perilaku (KAP) akhir, yang menggunakan sistem penguat berupa umpan balik serta peranan staf pendidik sebagai pengendali (bedakan dengan model pengelolaan kontingensi yang asli- lihat tabel 2.1); (c) paradigma pendidikan mendukung perbaikan dan perubahan perilaku (KAP), sistem supervisi dan sistem evaluasi (lihat gambar 2.5) (Porter, et al., 1975; Guilbert, 1977a; Guilbert, 1977b; Maramis, 1986a; Joyce, et al., 1992; Notoatmodjo, 1993; Wirjoatmodjo, 1993; Pannen, et al., 1994; Sukamto, dkk., 1994; Woolfolk, 1995).

Beberapa aspek dari paradigma perilaku merupakan bagian dan turut serta mendukung model PPBT, yaitu: (a) model PPBT merupakan kegiatan suatu perilaku yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari, yang meliputi bidang kognitif, afektif dan psikomotor; (b) model tersebut adalah suatu proses pendidikan yang mengubah perilaku peserta didik ke arah yang diinginkan; (c) paradigma perilaku mendukung perubahan atau modifikasi dan sistem umpan balik (lihat gambar 2.5) (Fishbein, 1975; Guilbert, 1977a; Steers, et al., 1991; Notoatmodjo, 1993; Ellis, 1994).

Perpaduan ketiga paradigma tersebut akan memperbaiki program pendidikan, sistem supervisi, sistem evaluasi, dan sistem umpan balik sebagai penguat. Sasaran pertama model PPBT ini adalah lima orang staf pendidik yang bertugas sebagai supervisor atau mentor. Setelah lima orang supervisor atau mentor terpilih, dilakukan penjelasan dan pelatihan tentang tugas-tugas supervisor atau mentor atau *job discription*.

Pengelola pendidikan bersama lima orang mentor bekerja sama mengelola program pendidikan sekaligus sebagai pengendali program. Kriteria 5 orang staf pendidik sebagai mentor adalah staf pendidik muda, mempunyai waktu, mempunyai komitmen yang kuat dan terbagi rata dalam tugasnya sebagai mentor selama 5 hari kerja dalam 1 minggu. Waktu yang dibutuhkan oleh seorang mentor hanya 2 jam dalam 1 minggu pada hari yang sama. Dipilihnya 5 orang (12,5 %) dari total 40 orang staf pendidik merupakan suatu upaya efisiensi tenaga staf pendidik karena peran staf pendidik semakin banyak dan kompleks. Sasaran **kedua** model PPBT ini adalah residen PPDS I Ilmu Bedah baik bersifat individu maupun kelompok. Sasaran **ketiga** model PPBT ini adalah perubahan metode pembelajaran dengan memakai modifikasi model pengelolaan kontingensi. Sasaran **keempat** model PPBT ini adalah perubahan sistem evaluasi dan pengadaan sistem UB. Untuk memberi gambaran perbedaan yang jelas antara model pengelolaan kontingensi yang asli dan modifikasinya dapat disimak pada tabel 2.1. Sedangkan secara operasional perbedaan antara model PPB (model lama) dan model PPBT (model baru) dalam aspek paradigma yang dipakai, tujuan pendidikan, substansi, struktur, proses pembelajaran, *achievement*, personalia, informasi program, lingkungan dan waktu pelaksanaan dapat disimak pada tabel 2.2.

Setelah diterapkannya model PPBT pada residen PPDS I Ilmu Bedah, diharapkan akan tercapai *achievement* berupa perubahan perilaku (KAP) seperti perilaku sasaran DSB yang dikehendaki, yaitu nilai bobot bidang kognitif 30%, afektif 40% dan psikomotor 30% (lihat lampiran 01 dan gambar 2.5). Angka ini bukan angka absolut.

Perubahan perilaku (KAP) dalam bentuk tingkat taxonomi yang diharapkan dan yang akan dicapai oleh residen PPDS I Ilmu Bedah tahun pertama selama masa penelitian ini berlangsung adalah: (1) Tingkat taxonomi bidang kognitif (*cognitive hierarchy* dari Bloom, 1956). Tingkat satu (C₁): pengetahuan (*knowledge*), mengatakan kembali dan mengenal arti. Tingkat dua (C₂): pengertian (*comprehention*), perumusan dan generalisasi. Tingkat tiga (C₃): penerapan atau aplikasi (*application*), penafsiran data dan penerapan. (2) Tingkat taxonomi bidang afektif (*affective hierarchy* dari Krathwohl, et al., 1964). Tingkat satu (A₁): penerimaan (*attending, receiving*), kesadaran akan sesuatu, kesediaan untuk menerima, perhatian yang diawasi atau dipilih. Tingkat dua (A₂): penanggapan (*responding*), persetujuan dan kesediaan untuk menanggapi serta kepuasan dalam menanggapi. Tingkat tiga (A₃): penghargaan (*valuing*), penerimaan dan kecondongan kepada suatu nilai serta pengikatan diri. (3) Tingkat taxonomi bidang psikomotor (*psychomotor hierarchy*). Tingkat satu (P₁): peniruan (*imitation*), pendorongan dan pengulangan yang terlihat. Tingkat dua (P₂): penggunaan (*manipulation*), mengikut petunjuk dan memilih serta fiksasi (**op. cit. Guilbert, 1977b; op. cit. Lippert, et al., 1984**).

Secara khusus pendidikan tenaga kesehatan, calon dokter spesialis bedah mengacu pada ketiga bentuk taxonomi yang ingin dicapai, yang meliputi *domain of intellectuall skills, domain of communication skills, domain of practical skills* (**Guilbert, 1977b**).

Perubahan perilaku (KAP) PPDS I Ilmu Bedah, akan mengakibatkan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dengan indikator klinik: DMK, rasionalitas terapi antibiotika, rasionalitas transfusi darah dan pembatalan operasi elektif serta akhirnya akan berdampak pada penurunan tingkat morbiditas.

Meninjau permasalahan yang ada dan bagaimana cara pemecahan permasalahan tersebut, dilakukan pengkajian tiga paradigma, yaitu manajemen, pendidikan dan perilaku. Secara konseptual dapat disimpulkan bahwa penelitian yang akan dijalankan ini adalah memberlakukan suatu model pendidikan profesi dokter spesialis bedah untuk merubah perilaku (KAP) residen PPDS I Ilmu Bedah dan meningkatkan mutu pelayanan penderita kasus bedah di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Model pendidikan yang dimaksud adalah modifikasi model pengelolaan kontingensi yang terdiri dari 4 buah sintakmatik, yaitu: (1) merumuskan perilaku akhir atau perilaku sasaran; (2) memperbaiki dan memperketat sistem supervisi serta menjadikan lebih efisien dengan hanya menggunakan 5 orang (12,5%) staf pendidik dari 40 orang; (3) memperbaiki dan memperketat sistem evaluasi, menjadi 27 kali evaluasi selama 4 bulan; (4) mengadakan sistem penguat berupa umpan balik, yang mana sejalan dengan sistem evaluasi. Sedangkan bentuk operasional modifikasi model pengelolaan kontingensi adalah model pendidikan pra bedah terpadu (PPBT). Perbedaan antara model PPBT (baru) dan model PPB (lama) terletak pada: (1) aspek **struktur**: sistem supervisi, efisiensi tenaga para pendidik sebagai supervisor dan pengendali program yang ketat, sistem evaluasi dan sistem penguat berupa umpan balik; (2) aspek **substansi**: pembentukan modul-modul pembelajaran disertai SAP

yang berisi TIU, TIK dan perilaku (KAP) sasaran berdasarkan visi misi pendidikan DSB; (3) aspek **proses**: dengan menjalankan metode pembelajaran modifikasi model pengelolaan kontingensi dan proses perubahan perilaku (KAP) ke arah perilaku (KAP) sasaran DSB yang dikehendaki (lihat tabel 2.2). Adapun rumusan perilaku (KAP) sasaran DSB sebagai misi pendidikan DSB menekankan pada nilai bobot bidang afektif lebih besar dari bidang kognitif dan psikomotor (**Tahalele**, 1996a).