

DISERTASI

PENGARUH PENDIDIKAN DAN PELATIHAN BERBASIS *EXPERIENTIAL LEARNING* DAN *KNOWLEDGE* *MANAGEMENT* TERHADAP *COMPETENCY* *BASED TRAINING* DAN KOLABORASI

**(STUDI KASUS PESERTA DIKLAT MANAJEMEN
PUSKESMAS DI SULAWESI SELATAN)**



ANDI MANSUR SULOLIPU

P1000316304



Optimization Software:
www.balesio.com

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2020**

DISERTASI

**PENGARUH PENDIDIKAN DAN PELATIHAN BERBASIS
EXPERIENTIAL LEARNING DAN KNOWLEDGE
MANAGEMENT TERHADAP COMPETENCY
BASED TRAINING DAN KOLABORASI
(Studi Kasus Peserta Diklat Manajemen
Puskesmas di Sulawesi Selatan)**

*The Effect of Education and Training Based on Experiential Learning and
Knowledge Management on Competency Based Training and Collaboration
(Case Study of Health Center Management Training
Participants in South Sulawesi)*

Disusun dan diajukan oleh

**ANDI MANSUR SULOLIPU
P1000316304**

*Telah diperiksa dan dinyatakan memenuhi syarat untuk melaksanakan
Seminar Promosi*

Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, M.Sc, PH
Promotor

Tanggal :

Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc, PH, Ph. **Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc**
Ko-Promotor Ko-Promotor

Tanggal :

Tanggal :

**Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat**



Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc., PH.

DISERTASI

**PENGARUH PENDIDIKAN DAN PELATIHAN BERBASIS *EKSPERIENTIAL*
LEARNING DAN *KNOWLEDGE MANAGEMENT* TERHADAP
COMPETENCY BASED TRAINING DAN KOLABORASI (STUDI KASUS)
PESERTA DIKLAT MANAJEMEN PUSKESMAS DI SULAWESI SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

ANDI MANSUR SULOLIPU
Nomor Pokok P1000316304

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi

pada tanggal 19 Agustus 2020

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasehat,

Prof. Dr. Ridwan, SKM, M. Kes, M.Sc.PH
Promotor

Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc,PH,Ph.D.
Ko-Promotor

Dr. Ridwan Mochtar Thaha, M.Sc.
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,

Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed

Ketua Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes



SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andi Mansur Sulolipu
Nim : P1000316304
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
HP : 081342573234
Email : amsulolipu@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul artikel **“Pengaruh Pendidikan dan Pelatihan Berbasis Experiential Learning dan Knowledge Management terhadap Competency Based Training dan Kolaborasi (Studi Kasus Peserta Diklat Manajemen Puskesmas di Sulawesi Selatan)”**

benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 15 Oktober 2020

Yang membuat pernyataan,



Andi
Andi Mansur Sulolipu



DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	16
C. Tujuan Penelitian.....	17
1. Tujuan Umum.....	17
2. Tujuan Khusus.....	17
D. Manfaat Penelitian.....	18
1. Manfaat Teoritis	18
2. Manfaat Praktis.....	18
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	19
A. Tinjauan Tentang Sumber Daya Manusia.....	19
B. Kolaborasi Tenaga Kesehatan	23
1. Pengertian Kolaborasi Tim Kesehatan	29
2. Model-model/Jenis Kolaborasi Tim Kesehatan	30
C. Pendidikan dan Pelatihan	37
D. <i>Experiential Learning</i>	42
E. <i>Knowledge Management</i>	51
F. Competency Based Training.....	57
G. Manajemen Puskesmas	59
H. Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Makassar	64
I. Kerangka Teori Penelitian	67
Kerangka Konsep penelitian.....	70
Hipotesis.....	71
METODE PENELITIAN.....	72



A. Jenis Penelitian.....	72
B. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian.....	74
C. Tahap Pelaksanaan Penelitian	74
1. Tahap I.....	75
2. Tahap II	78
3. Tahap III	92
4. Pembelajaran Langsung/Ceramah Tanya Jawab	93
5. Populasi dan Sampel.....	94
6. Kriteria inklusi, eksklusi dan <i>drop out</i>	95
7. Pengolahan dan Analisa data Kuantitatif	96
8. Etika Penelitian.....	96
9. Kontrol Kualitas	99
10. Validasi Instrumen, Analisis Validitas dan Realibilitas	99
11. Uji Normalitas Data.....	104
12. Karakteristik Informan dan Karakteristik Responden	107
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	112
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	112
1. Kondisi Geografi dan Demografi Prov. Sulawesi Selatan	112
2. Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Makassar.....	113
B. Hasil Penelitian.....	114
1. Pengaruh Metode Pembelajaran <i>Experiential Learning</i> Berdasarkan <i>Consentrate Experience, Observation and Reflection, Abstract Conceps, dan Experiment/Testing New Situation</i> Terhadap Kompetensi Peserta	114
2. Metode Pembelajaran <i>Experiential Learning</i> dan <i>Direct Learning</i> terhadap Kompetensi Perencanaan, Pelaksanaan, dan Penilaian Peserta Pendidikan dan Pelatihan Manajemen Puskesmas	119
3. Metode Pembelajaran <i>Experiential Learning</i> dan <i>Direct Learning</i> terhadap Kolaborasi Perencanaan, Pelaksanaan dan Penilaian Peserta Pendidikan dan Pelatihan Manajemen Puskesmas di Tempat Pelatihan	119
4. Metode Pembelajaran <i>Experiential Learning</i> dan <i>Direct Learning</i> terhadap Kolaborasi Implementasi <i>Knowledge Management</i> Perencanaan, Pelaksanaan dan Penilaian Manajemen Puskesmas di Puskesmas	120
PEMBAHASAN	121
Pengaruh Metode Pembelajaran <i>Experiential Learning</i> Berdasarkan <i>nsentrate Experience, Observation and Reflection, Abstract Conceps,</i> <i>n Experiment/Testing New Situation</i> Terhadap Kompetensi Peserta....	122



2. Metode Pembelajaran <i>Experiential Learning</i> dan <i>Direct Learning</i> terhadap Kompetensi Perencanaan, Pelaksanaan, dan Penilaian Peserta Pendidikan dan Pelatihan Manajemen Puskesmas.....	128
3. Metode Pembelajaran <i>Experiential Learning</i> dan <i>Direct Learning</i> terhadap Kolaborasi Perencanaan, Pelaksanaan dan Penilaian Peserta Pendidikan dan Pelatihan Manajemen Puskesmas di Tempat Pelatihan..	138
4. Metode Pembelajaran <i>Experiential Learning</i> Dan <i>Direct Learning</i> Terhadap Kolaborasi Implementasi <i>Knowledge Management</i> Perencanaan, Pelaksanaan Dan Penilaian Manajemen Puskesmas Di Puskesmas.....	144
D. Keunggulan Penelitian	160
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	160
A. Kesimpulan.....	161
B. Saran	163
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN.....	



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas berkah, Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan disertasi ini dengan judul “Pengaruh Pendidikan dan Pelatihan Berbasis *Experiential Learning* dan *Knowledge Management Terhadap Competency Based Training* dan Kolaborasi (Studi Kasus Peserta Diklat Manajemen Puskesmas Di Sulawesi Selatan). Shalawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada Nabiullah Muhammad SAW, keluarga, sahabat, serta para pengikut sampai akhir zaman.

Penulis menyadari bahwa selama mengikuti pendidikan banyak yang telah memberikan bantuan dan dukungan baik moril, materil, maupun doa untuk kesuksesan penulisan disertasi ini. Pada kesempatan yang sangat berharga ini, dengan hati yang tulus menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada Kedua orang tuaku Almarhum A. Sulolipu, dan almarhuma A. Nomba yang senantiasa mengiringi dengan doa dan semangat untuk kesehatan dan kesuksesan anak-anaknya beserta keluarga besar Persakmi selalu mendukung penulis dalam proses penyelesaian studi ini.

Secara khusus penghargaan dan ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes, M.ScPH, selaku promotor, Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D selaku ko-promotor, dan Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc, selaku ko promotor, atas arahan semangat dan petunjuk yang sangat bermanfaat dalam pemahaman dan penyusunan serta penyelesaian disertasi ini.

Terimakasih sedalam-dalamnya penulis sampaikan kepada tim penguji: drg. A, Arsunan Arsin, M.Kes, Prof. Dr. Darmawangsa, SE, M.Si dan Dr.



Apik Indarti, SKM, M.Si, selaku penguji internal serta Dr.Lutfi Agus Salim, SKM, M.Si, selaku penguji eksternal yang senantiasa memberikan arahan dan bimbingan serta masukan yang konstruktif dalam upaya perbaikan disertasi ini.

Penghargaan dan ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Prof.Dr.Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A, selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Prof.Dr.Ir.Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Dr.Aminuddin Syam SKM, M.Kes, M.Med.ED selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, serta Prof. Dr. Ridwan Amiruddin,SKM.,M.Kes,M.ScPH selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Hasanuddin. Seluruh staf pengajar S3 Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat.

Kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Kepala BBPK Makassar dan jajarannya yang telah memberikan izin dan mendukung pelaksanaan penelitian. Peserta Pendidikan Pelatihan Manajemen Puskesmas, Kepala Puskesmas dan KTU se Sulawesi Selatan. Teman-teman angkatan ke-III (2016) Program S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Nasaruddin Syam, Agussalim Natsir dan, pengelola S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Terkhusus kepada keluarga dan Istriku tercinta Sri Wahyuni Mohamad, SE, M.Si yang senantiasa memberikan fasilitas, motivasi dan doa yang tulus serta kesabaran sehingga Allah SWT memberikan kemudahan selama menjalani

an. Teristimewa kupersembahkan kepada anak-anakku tercinta: Adhe



Yuniar Batari Lipu, A.Varil Batara Lipu dan A.Nouval Batara Lipu yang menjadi inspirasi dan penyemangat penulis selama menempuh pendidikan

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa disertasi ini masih sangat jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, masukan, saran dan kritikan yang sifatnya korektif dan konstruktif dari semua pihak sangat diharapkan. Akhirnya kepada Allah SWT kami bermunajat dan berdo'a semoga segala usaha dan kerja keras penulis dalam proses penyusunan dan penyelesaian pendidikan dan penulisan disertasi ini senantiasa tercerahkan sehingga dapat menghasilkan karya yang bermanfaat bagi kemaslahatan manusia, bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan bernilai ibadah.

Iman, Ilmu, amal Padu Mengabdi

Makassar, Juli 2020

Penulis

Andi Mansur Sulolipu



ABSTRAK

ANDI MANSUR SULOLIPU. *Pengaruh Pendidikan dan Pelatihan Berbasis experiential learning dan Knowledge Management Terhadap Comptency Based Training dan Kolaborasi* (Dibimbing Oleh Ridwan Amiruddin, Sukri Palutturi, Ridwan M. Thaha)

Model pelatihan yang digunakan di Indonesia selama ini tidak efektif dan efisien terutama bagi tenaga kesehatan di Puskesmas, perlu dikembangkan model pelatihan yang sesuai dengan masalah di tempat kerja atau Puskesmas, salahsatu alternative yaitu model pelatihan *experiential Learning* dan implementasi *Knowledge Management* yang menekankan pada pembelajaran berbasis pengalaman dan interaktif.

Metode penelitian menggunakan quasi-eksperimen, pre-posttest control design. Subyek penelitian terdiri dari 30 Kepala Puskesmas dan 30 Kepala Tata Usaha Puskesmas yang berasal dari berbagai Puskesmas di Propinsi Sulawesi Selatan. Instrumen pengumpul data yang digunakan adalah pre-posttes dengan koefisien reliabilitas α Cronbach 0,870.

Hasil penelitian menunjukkan, kompetensi kelompok yang diajarkan dengan *Experiential Learning* dan *Metaplan* (mean=75,06) lebih baik daripada kompetensi kelompok yang diajarkan dengan metode *Direct learning* (pembelajaran langsung) (mean=61,89). Peningkatan hasil test menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dan kelompok control ($p=0,000$). Koefisien korelasi antara peserta yang diajarkan dengan metode *experiential learning* dan *direct learning* menunjukkan signifikansi yang positif ($p=0,000$). Penggunaan metode *experiential learning* materi Perencanaan (P1) Pelaksanaan (P2) dan Penilaian (P3) Manajemen Puskesmas, menghasilkan peningkatan kompetensi peserta pendidikan dan pelatihan (diklat) tenaga kesehatan Puskesmas di Sulawesi Selatan Hubungan metode *experiential learning* terhadap implementasi penerapan *knowledge management* dengan $p=0,000 < 0,05$ menunjukkan terdapat korelasi/hubungan antara *experiential learning* terhadap implementasi kompetensi *knowledge management* perencanaan, pelaksanaan dan penilaian. Semetara *Direct learning* nilai $p\text{ value} = 0,093 > 0,05$ menunjukkan tidak hubungan kompetensi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian di tempat kerja/Puskesmas. Pengaruh metode *experiential learning* dan *Direct Learning* terhadap kolaborasi implelementasi *knowledge magement* dengan $p\text{ value} = 0,000 < 0,05$, menunjukkan kelas intervensi dan kelas control mengimplementasikan *kolaborasi knowledge management* perencanaan, pelaksanaan dan penilaian manajemen Puskesmas di Puskesmas

Kata Kunci: *Experiential Learning, Direct Learning, Knowledge Management Kompetensi, Pelatihan, Puskesmas*



ABSTRACT

ANDI MANSUR SULOLIPU. *The Effect of Education and Training Based on Experiential Learning and Knowledge Management on Comptency Based Training and Collaboration* (Supervised by **Ridwan Amiruddin, Sukri Palutturi and Ridwan M. Thaha**)

Until now, Indonesia has conducted an ineffective and inefficient training model for health workers in Public Health Center. Suitable training model needs to be developed in accordance with the issue in the workplace or public health center. Experiential learning training model and implementation of Knowledge Management is one of the alternatives to emphasize experience and interactive based learning.

This research was conducted using quasi-experimental research through pre-posttest control design involving 30 heads of public health center and 30 heads of administration of public health center from various health centers in South Sulawesi. The data were collected using pre-posttest with reliability α Cronbach coefficient of 0.870.

The research found that the competence of group taught using experiential learning and metaplan (mean=75.06) was better than the competence of group taught using direct learning method (mean=61.89). Thus, it showed that there was significant difference between the experimental and control groups ($p=0.000$). There was significant and positive correlation coefficient between the participants taught by experiential learning and direct learning ($p=0.000$). The materials discussed in the experiential learning were Planning, Implementation and Assessment of Public Health Center Management, which was then resulting in increased competence of the participants of Education and Training for Health Workers of Public Health Center in South Sulawesi. The relationship of experiential learning methods to the implementation of knowledge management implementation with $p = 0.000 < 0.05$ indicates there is a correlation / relationship between experiential learning on the implementation of competency in knowledge management planning, implementation and assessment. While Direct learning velocity p value = $0.093 > 0.05$ shows no relationship between the competence of planning, implementation and assessment in Public Health Center. The effect of experiential learning and Direct Learning methods on the collaboration of knowledge management implementation with p value = $0.000 < 0.05$. shows that both the intervention class and the control class have collaborated to implement knowledge management planning, implementing and evaluating the management of the Puskesmas in Public Health Center

Keywords: *Experiential Learning, Direct Learning, Knowledge Management, Managerial Competence, Training Education, Public Health Centre.*



DAFTAR TABEL

Tabel	Isi	Halaman
2.1	Perbedaan <i>Experiential Learning</i> dan cara tradisional	45
2.2	Aktivitas Pembelajaran pada Strategi <i>experiential learning</i>	54
3.1	Perbedaan <i>Experiential Learning</i> dan <i>Traditional Content-based Learning</i>	74
3.2	Hasil Uji Normalitas Variabel <i>Experiential Learning</i>	95
3.3	Uji Normalitas <i>Knowledge Management</i> dan Serapan kompetensi	99
3.4	Uji Normalitas Kolaborasi <i>Experiential Learning</i> dan <i>Knowledge Management</i>	100
3.5	Karakteristik Informan <i>Experiential Learning</i> dan Informan <i>Knowledge Management</i> Diklat Manajemen Puskesmas	101
3.6	Karakteristik Peserta Pelatihan Manajemen Puskesmas strategi <i>Experiential Learning</i> (Intervensi) dan <i>Direct Learning</i> (kontrol)	103
4.1	Sebaran subjek penelitian berdasarkan Kelompok Perlakuan dan Jabatan	108
4.2	Sebaran subjek penelitian berdasarkan jenis kelamin dan Jabatan	109
4.3	Deskripsi nilai Pre Test, Post Test dan Daya Serap <i>Experiential Learning</i> dan <i>Direct Learning</i>	109
4.4	Pengaruh Metode Pembelajaran <i>Eksperiental Learning</i> (EL) Berdasarkan CE, OR, AC dan TNS terhadap Kompetensi Peserta Pendidikan dan Pelatihan Manajemen Puskesmas	112
4.5	Pengaruh Metode Pembelajaran <i>Eksperiental Learning</i> dan <i>Direct Learning</i> Terhadap Peserta Pendidikan dan Pelatihan Manajemen Puskesmas	114
	Pengaruh <i>Eksperiental Learning</i> (EL) dan <i>Direct Learning</i> terhadap Kolaborasi Perencanaan, Pelaksanaan dan Penilaian Peserta Pendidikan dan Pelatihan Manajemen Puskesmas d tempat pelatihan	115



4.7	Pengaruh Metode Pembelajaran <i>eksperiental learning</i> dan <i>direct learning</i> terhadap implementasi <i>knowledge manajement</i> Berdasarkan Kompetensi Perencanaan, Pelaksanaan dan Penilaian di Puskesmas	116
-----	---	-----



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Isi	Halaman
2.1	<i>Framework</i> Pembelajaran Abad 21	36
2.2	Siklus pelatihan	40
2.3	Kolb's <i>Learning Cycle</i>	44
2.4	SECI Model	54
3.1	Model Umum untuk Memecahkan Masalah Bidang Pendidikan	75
3.2	Prosedur pengembangan Perangkat Pembelajaran	76
3.3	Alur Penelitian	81
3.4	Buku Kerja Peserta Diklat	77
3.5	Sistimatika Buku Kerja Peserta Diklat	79
3.6	Buku Kerja dan Metaplan	85
3.7	<i>Google form</i>	87



DAFTAR SINGKATAN

BBPK	: Balai Besar Pelatihan Makassar
BK	: Buku Kerja
Diklat	: Pendidikan dan Pelatihan
DL	: <i>Direct Learning</i>
EL	: <i>Experiential Learning</i>
EPP	: Evaluasi Pasca Pelatihan
IPE	: Interprofessional Education
IPC	: Interprofessional Collaboration
KM	: <i>Knowledge Mangement</i>
KTU	: Kepala Tata Usaha
MDG's	: <i>Millenium Development Goal's</i>
MP	: Manajemen Puskesmas
P1	: Perencanaan
P2	: Pelaksanaan
P3	: Penilaian
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PPSDMK	: Pengembangan dan pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
RPP	: Rencana Pelaksanaan Pembelajaran
UPT	: <i>Interprofessional Collaboration Practice</i>
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
WHO	: <i>World Health Organization</i>



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

- 1 Surat Rekomendasi persetujuan etik
- 2 Surat izin penelitian
- 3 Instrumen penelitian
- 4 Hasil SPSS
- 5 Foto Intervensi
- 6 Foto Kontrol
- 7 Surat keterangan telah penelitian
- 8 Surat keterangan / bukti publikasi
- 9 Dokumentasi Lainnya



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sumber Daya Manusia (SDM) adalah potensi yang terkandung dalam diri manusia untuk mewujudkan perannya sebagai makhluk sosial yang adaptif dan transformatif yang mampu mengelola dirinya sendiri serta seluruh potensi yang terkandung di alam menuju tercapainya kesejahteraan kehidupan dalam tatanan yang seimbang dan berkelanjutan. Dalam pengertian praktis sehari-hari, SDM lebih di mengerti sebagai bagian integral dari sistem yang membentuk suatu organisasi. Oleh karena itu, dalam bidang kajian psikologi, para praktisi SDM harus mengambil penjurusan industri dan organisasi. Selain itu, SDM juga merupakan potensi manusiawi sebagai penggerak organisasi dalam mewujudkan eksistensinya yang merupakan aset dan berfungsi sebagai modal (non material/non finansial) didalam organisasi bisnis, yang dapat diwujudkan menjadi potensi nyata secara fisik dan non fisik dalam mewujudkan eksistensi organisasi (Irawati, 2007; Manusia, 2009).

Terkait dengan kondisi SDM Indonesia yaitu adanya ketimpangan antara jumlah kesempatan kerja dan angkatan kerja. Jumlah angkatan kerja nasional pada krisis ekonomi sekitar 92,73 juta orang, sementara jumlah kesempatan kerja yang ada sekitar 87,67 juta orang dan ada sekitar 5,06 juta orang penganggur terbuka (*unemployment*). Angka ini meningkat terus selama krisis ekonomi yang kini



berjumlah sekitar 8 juta. Kedua, tingkat pendidikan angkatan kerja yang ada masih relatif rendah. Struktur pendidikan angkatan kerja Indonesia masih didominasi pendidikan dasar yaitu sekitar 63,2% (Emperordeva, 2008). Angkatan kerja di Indonesia pada tahun 2014-2016 menunjukkan keadaan meningkat di setiap tahunnya, pada tahun 2014 jumlah angkatan kerja sebesar 122.893 juta jiwa, kemudian pada tahun 2015 angkatan kerja meningkat sebesar 124.314 juta jiwa dengan jumlah penduduk sebesar 255.462.70 juta jiwa (Firda & Amar, 2019). Hal ini ikut mempengaruhi kualitas dan mutu layanan publik atau masyarakat. Untuk itu diperlukan suatu inovasi untuk memperbaiki kualitas dan mutu layanan publik.

Inovasi adalah membuat perubahan atau memperkenalkan hal-hal yang inovatif. Inovatif yaitu proses dan atau hasil pengembangan, transformasi pengetahuan kepada produk, proses dan jasa baru; tindakan menggunakan sesuatu yang baru. Inovasi pada sektor publik lebih ditekankan pada aspek perbaikan yang dihasilkan dari kegiatan inovasi tersebut (Rosenfeld, Biroshak, & Furedy, 2006).

Inovasi pelayanan membuat pelayanan publik lebih baik jika diselenggarakan dengan baik pula, inovasi diharapkan dapat mengikuti *trend* sehingga inovasi dapat menyesuaikan kebutuhan publik dan berkelanjutan sehingga inovasi dapat berubah-ubah sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat diantaranya pelayanan kesehatan masyarakat. Inovasi pelayanan kesehatan masyarakat akan menghasilkan

n pelayanan kesehatan yang lebih baik di Puskesmas.

rendahnya mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas karena masalah
en mutu dan kebijakan serta sistem yang lebih luas, yaitu desain program



Puskesmas yang seragam tanpa membedakan antara yang wajib dan pengembangan, kebijakan pembiayaan pelayanan mencampur adukkan antara barang privat dan barang publik, dan kebijakan *reward and punishment system* pada pegawai yang tidak mempertimbangkan hasil kinerja karyawan (Lieberman & Marzoeki, 2002). Dengan model Manajemen Puskesmas melalui pendekatan birokrasi tersebut di atas berakibat pada rendahnya semangat dari personil untuk meningkatkan kinerja dan mutu pelayanan yang hanya mendorong pegawai untuk menghabiskan anggaran pemerintah. Kondisi demikian tentu akan mempengaruhi kualitas Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggunakan sistem untuk mengevaluasi proses pelayanan kesehatan demi meningkatkan kualitas layanan yang diberikan kepada pasien (WHO, 2006). WHO menyarankan agar setiap negara memastikan mutu pelayanan kesehatan yang diterima oleh warga negaranya (Tahir et al., 2020).

The Global Health Workforce Alliance (2014), melaporkan bahwa kualitas SDM Kesehatan masih menjadi suatu permasalahan di tingkat global. Di Indonesia, berbagai upaya peningkatan kualitas SDM kesehatan untuk mencapai keunggulan kompetitif yang berkelanjutan dan meningkatkan profitabilitas diantaranya dilaksanakan melalui pendidikan dan pelatihan. Namun sistem pendidikan dan

telah dikritik selama bertahun-tahun. Kualitas hasil pendidikan dan tenaga kesehatan pada umumnya masih tidak efisien dan efektif karena reduksi waktu pelatihan dan mengabaikan tujuan pembelajaran.



Rendahnya kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) Indonesia diakibatkan kurangnya penguasaan IPTEK, karena sikap mental dan penguasaan IPTEK yang dapat menjadi subyek atau pelaku pembangunan yang handal dalam kerangka globalisasi, penyiapan pendidikan perlu juga disinergikan dengan tuntutan kompetisi. Oleh karena itu dimensi daya saing dalam SDM semakin menjadi faktor penting sehingga upaya memacu kualitas SDM melalui pendidikan dan pelatihan merupakan tuntutan yang harus dikedepankan untuk meningkatkan kemampuan layanan kesehatan di Puskesmas.

Pusat Kesehatan Masyarakat (*Puskesmas*) sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peran penting dalam sistem kesehatan nasional. Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kemenkes, 2016).

Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas agar Puskesmas dapat mengelola upaya kesehatan dengan baik dan berkesinambungan dalam mencapai tujuannya, maka Puskesmas harus memiliki pedoman Manajemen

as yaitu menyusun perencanaan kegiatan untuk periode 5 (lima) tahunan
 njutnya akan dirinci lagi ke dalam rencana tahunan Puskesmas sesuai siklus
 an anggaran daerah. Semua rencana kegiatan baik 5 (lima) tahunan maupun



rencana tahunan, selain mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan kabupaten/kota harus juga disusun berdasarkan pada hasil analisis situasi saat ini (*evidence based*) dan prediksi kedepan yang mungkin terjadi. Proses selanjutnya adalah pergerakan dan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana kegiatan/program yang disusun, kemudian melakukan pengawasan dan pengendalian diikuti dengan upaya-upaya perbaikan dan peningkatan (*Corrective Action*) dan diakhiri dengan pelaksanaan penilaian hasil kegiatan melalui penilaian kinerja Puskesmas.

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 tentang pusat kesehatan masyarakat dan telah diganti peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang pusat kesehatan masyarakat mensyaratkan agar tenaga kesehatan yang akan menjabat sebagai Kepala Puskesmas telah mengikuti pelatihan Manajemen Puskesmas. Sebagai pelaksana kebijakan pembangunan kesehatan, Puskesmas harus dikelola dengan prinsip-prinsip manajemen yang baik sejalan dengan perubahan dan perkembangan konsep dari tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*). Pengelolaan Puskesmas yang baik, akan mampu meningkatkan mutu pelayanan dan pada akhirnya akan mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal di wilayah kerjanya (Budijanto & Astuti, 2015).

Transisi epidemiologi penyakit dan demografi serta antisipasi terhadap

iklim telah menjadi tantangan global bagi masyarakat dunia hampir pada negara (Fessler, Rudel, & Brown, 2009; Harper & Armelagos, 2010). Selain untuk menghadapi daya saing antar negara dan antar institusi namun telah



menjadi persaingan antar individu sehingga perlu adanya koordinasi dan sinkronisasi antar kementerian/lembaga dengan institusi pendidikan dan organisasi profesi dalam rangka menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan khususnya bagi tenaga kesehatan (Heslop, Power, & Cranwell, 2014).

Kegiatan pelatihan dibidang kesehatan yang tidak efektif dapat terlihat pada banyaknya keluhan dari peserta pelatihan dan hasil pembelajaran yang tidak maksimal. Organisasi (pemberi kerja) mengeluhkan karena mereka yang telah menyelesaikan pembelajaran (pendidikan dan pelatihan), tetapi tujuan pembelajaran tidak tercapai sesuai dengan rencana pendidikan dan pelatihan (diklat) atau tidak terlihat perbedaan antara sebelum dan sesudah mengikuti program pelatihan, pada gilirannya tujuan keberhasilan dari institusi/organisasi tidak akan tercapai.

Kebanyakan diklat yang diselenggarakan oleh lembaga pelatihan kurang membuahkan hasil, padahal anggaran yang besar telah dikeluarkan mulai dari honor fasilitatornya, baik itu dari luar maupun dari dalam institusi sendiri, serta akibat yang ditimbulkan karena kehilangan jam kerja karyawan yang harus mengikuti pelatihan tenaga kerja, yang bekerja sesuai dengan fungsinya dan akan menunjang tercapainya keberhasilan tujuan institusi/organisasi. Untuk itu peran pendidikan dan pelatihan dalam mempersiapkan tenaga kesehatan yang terampil, kompeten dan mandiri akan sangat membantu untuk lebih mewujudkan tujuan organisasi atau institusi kesehatan

kesmas.

pelaksanaan pelatihan yang tidak berkualitas akan berdampak pada rendahnya

si lulusan yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja institusi/organisasi.



Menurut (Mansour, 2015) praktik peningkatan kualitas sumber daya manusia (pelatihan, desain pekerjaan, keterampilan karyawan, sikap karyawan, motivasi kerja, dan lain-lain) berdampak pada kinerja berbagai unit bisnis.

Sampai saat ini, masih banyak pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan dengan metode sederhana dan tradisional yang dilakukan di kelas, dimana seorang instruktur/fasilitator memberikan pelajaran di depan peserta pelatihan, tanpa mengindahkan apakah peserta diklat membutuhkan materi diklat yang dibawakan. Banyak peserta mengikuti pelatihan dengan terpaksa hanya karena ditugaskan atau mendapat surat tugas dari atasannya walaupun sebenarnya mereka tidak menyukainya dan tidak sesuai kebutuhannya, bahkan kemampuan dan pengalaman peserta diabaikan dengan anggapan bahwa mereka akan mendengarkan secara intensif dan bisa memahaminya (Suparman, 1999).

Penyusunan model pendidikan dan pelatihan berbasis kompetensi (*competence based training*) sebagai sebuah pendekatan diklat yang ditawarkan, menitikberatkan pada kegiatan praktis dalam pelaksanaannya, dan sekaligus merupakan sebuah inovasi pembelajaran. Implementasi model pendidikan dan pelatihan berbasis kompetensi yang dikembangkan menunjukkan efektivitas perolehan hasil belajar yang didukung oleh sistematis dan hubungan antar komponen yang adaptif. Model diklat berbasis kompetensi dapat digunakan untuk

alternatif dalam meningkatkan kompetensi di berbagai Badan Diklat pada ...
...ian terkait (Hidayat & Sa'ud, 2015).



Experiential learning merupakan suatu strategi pembelajaran yang menekankan pada pengalaman dimana peserta membagi pengalaman dan mendapatkan pengalaman ketika selesai proses belajar, siklus dimulai *concrete experience, reflective observation, abstract conceptualization*, dan *experiment* (Ibda, 2015; A. Smith, 2016).

Beberapa studi menunjukkan pengaruh metode *experiential learning* terhadap kualitas hasil belajar. Studi yang dilakukan oleh Ortega, menyatakan bahwa pendekatan *experiential learning* dapat meningkatkan pemahaman materi dan membantu mempertahankan informasi yang dipelajari (Ortega, Murayama, Holmes, Taylor, & DePeters, 2011). Studi yang lain menemukan bahwa pengalaman pendidikan meningkatkan keterampilan berpikir (Savage & Wehman, 2014). Penelitian lain juga memberikan informasi lebih dari sekedar hasil pengalaman layanan, refleksi, dan tingkat keterlibatan dan minat, tetapi juga berkontribusi pada upaya untuk mengkonseptualisasikan hasil dan proses pembelajaran dengan menunjukkan bagaimana peserta didik memahami gagasan, sikap, orang, dan pengalaman baru yang mereka hadapi melalui pengalaman pelayanan (Celio, 2011).

Experiential learning memiliki tiga aspek yang berkontribusi penting dalam tercapainya tujuan pembelajaran, yaitu pengetahuan (konsep, fakta, informasi), aktivitas (penerapan dalam kegiatan), dan refleksi. Dalam upaya mengubah aspek sikap, dan meningkatkan keterampilan melalui metode *experiential learning* dengan menempuh beberapa tahapan, yaitu *concrete experience, reflective*



observation, abstract conceptualization, dan experiment (C. Beard & Wilson, 2018; A. Y. Kolb & Kolb, 2017).

Pelatihan dilaksanakan semakin mendekati kondisi lingkungan kerja pembelajar maka semakin besar pemahaman, pengingatan dan penerapan kembali di tempat kerja. Ini berarti bahwa orang harus mengalami untuk bisa memproses lebih dari sekedar fakta-fakta dan konsep untuk bisa termotivasi agar bekerja secara efektif, untuk mengidentifikasi apa yang perlu dilakukan, untuk menjadi terampil di dalamnya, dan untuk menggunakannya secara konsisten.

Metode pembelajaran *experiential learning* memfasilitasi pembelajaran dengan baik. *Experiential Learning* memiliki perspektif pengetahuan yang sama dalam hal bagaimana orang memperoleh pengetahuan, yaitu bagaimana mereka belajar. Metode pembelajaran *experiential learning* adalah teori yang efektif dan kuat untuk memahami dan memodelkan bagaimana orang belajar di lingkungan yang dibangun secara sosial. Oleh karena itu dalam penelitian ini akan melihat kontribusi dari strategi *experiential learning* pada kompetensi hasil belajar dan kolaborasi peserta diklat, *Experiential learning* diukur dengan indikator-indikator berdasarkan tahapan-tahapan *concrete experience* yaitu bagaimana peserta diklat melibatkan diri sepenuhnya dalam pengalaman baru mengutamakan *Feeling* (perasaan), *reflective observation* yaitu peserta diklat mengobservasi dan merefleksikan atau memikirkan

an dari berbagai segi mengutamakan *Watcing* (mengamati), *abstract alization* yaitu peserta Diklat menciptakan konsep-konsep yang grasikan observasinya menjadi teori yang sehat mengutamakan



Thinking (berpikir), dan *Testing in New Situations/experiment* yaitu peserta Diklat menggunakan teori untuk memecahkan masalah-masalah dan mengambil keputusan mengutamakan *doing* (berbuat) (C. M. Beard & Wilson, 2006; A. Y. Kolb & Kolb, 2005; Moon, 2004). Sedangkan kompetensi diukur dengan tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan yang diperoleh sebagai hasil belajar dalam pelatihan (A. Y. Kolb & Kolb, 2005).

Meskipun strategi pembelajaran yang digunakan dalam pendidikan dan pelatihan dapat merubah pembelajar dari peserta pasif menjadi peserta aktif, namun program pelatihan saat ini masih banyak tidak memperhatikan pentingnya pengelolaan pengetahuan. Akibatnya, pelatihan hanya menghasilkan suatu pemahaman yang sifatnya sangat superficial (dangkal), tidak bertahan lama dan tidak langsung dapat diimplementasikan pada pekerjaan.

Pengelolaan pengetahuan menjadi perhatian dari apa yang disebut dengan *knowledge management* (KM). *Knowledge management* adalah proses yang mengubah pengetahuan individu menjadi pengetahuan kelompok atau organisasi dengan cara menciptakan, mengumpulkan, mengatur, membagi dan memanfaatkan pengetahuan. Menurut Qwaider (2011), *knowledge management* membantu mengelola pengetahuan secara individu atau kelompok dalam organisasi atau antara organisasi yang dapat mempengaruhi kualitas dan manfaat pengetahuan.

Beberapa penelitian tentang *knowledge management* mengaitkan dengan variabel seperti kinerja, kompetensi, pelatihan, pembelajaran, dan lain-lain. Si and Tongsamsi (2015) menemukan pengaruh *knowledge management* dan



pendidikan dan pelatihan terhadap kompetensi manajer. *Knowledge management* berpengaruh secara positif terhadap kinerja organisasi. Studi yang lain dilakukan oleh Chandavimol, Natakuatoong, and Tantrarungroj (2013), yaitu pengembangan model pelatihan campuran dengan menerapkan prinsip *knowledge management* dan tindakan pembelajaran, untuk mengembangkan kompetensi perancangan program pelatihan staf pengembangan sumberdaya manusia kesehatan di sektor pemerintah.

Knowledge sharing peserta diklat untuk berbagi pengetahuan dengan orang lain, dan perilaku mereka dalam bertukar informasi yang relevan dengan sesama peserta diklat. *Knowledge sharing* memiliki peran penting dalam meningkatkan kompetensi individu dalam organisasi, melalui *knowledge sharing*, pengetahuan yang bersifat *tacit* (Pengetahuan berupa suatu pengalaman dan keahlian yang dimiliki oleh masing-masing individu) maupun *explicit* (pengetahuan yang telah di dokumentasikan) dapat disebarkan, diimplementasikan, dan dikembangkan. Pada penelitian lain mengungkapkan bahwa budaya *knowledge sharing* dapat mengembangkan *general competencies* baru dalam individu atau mempertajam kompetensi yang sudah ada, seperti menciptakan ide-ide baru, berkomunikasi, hubungan interpersonal, memprioritaskan suatu hal, kreativitas, perencanaan, pemecahan masalah, dan *team working*. Selanjutnya *team working* yang akan membentuk kolaborasi antara peserta pendidikan dan pelatihan (Trivellas, Akrivouli,

& Tsoutsas, 2015).

Praktik kolaborasi menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen pelayanan kesehatan masyarakat dalam bentuk



pencegahan atau promosi kesehatan, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi. Menurut Akhtar-Danesh, Valaitis, O'Mara, Austin, and Munroe (2013) sudut pandang yang berbeda antara pemangku kepentingan dapat mempengaruhi keberhasilan kolaborasi antara perawatan primer dan Kesehatan Masyarakat.

Menurut Haines (2003) dan Ivy Oandasan, Baker, and Keegan (2006) Kolaborasi adalah suatu inisiasi atau kegiatan yang bertujuan untuk memperkuat hubungan antar pekerja yang memiliki profesi berbeda yang saling bekerja sama dalam kemitraan yang ditandai dengan adanya tujuan yang hendak dicapai bersama, pengakuan dan penghormatan terhadap kekuatan dan perbedaan masing-masing, adil dan efektif dalam pengambilan keputusan, terjalinnya komunikasi yang jelas dan teratur.

Kerjasama tim (*teamwork*) adalah interaksi atau hubungan dari dua atau lebih profesional kesehatan yang bekerja saling bergantung untuk memberikan perawatan untuk pasien (Clements, Dault, & Priest, 2007). Tujuan dari kerjasama ini, memberikan pelayanan kesehatan, dan informasi dalam pengambilan keputusan bersama, untuk mengetahui waktu yang optimal dalam melakukan kerjasama mencapai keluarga sehat.

Hasil penelitian lain menunjukkan kolaborasi lintas profesi di tingkat

as dalam penanganan kasus gizi buruk sudah berjalan pada beberapa aspek
cara keseluruhan belum optimal diperlukan upaya edukasi yang



komprehensif agar dapat meningkatkan seluruh domain kompetensi kolaborasi lintas profesi (Risnah et al., 2018).

Pengembangan kompetensi dan tenaga kesehatan dalam upaya mengatasi keterbatasan jumlah, jenis, distribusi dan mutu tenaga kesehatan strategis khususnya untuk penyempurnaan rancangan rencana kebutuhan dan pendayagunaan tenaga kesehatan guna mendukung terwujudnya status kesehatan yang optimal dan momentum untuk menyempurnakan rancangan rencana peningkatan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan selain itu agar diperoleh masukan terhadap rencana kebijakan dan langkah-langkah pelaksanaan rekrutmen tenaga kesehatan (Fulton et al., 2011).

Penelitian yang dilakukan Hazarika (2013) di India menunjukkan, meskipun produksi tenaga kesehatan telah berkembang pesat dalam beberapa tahun terakhir, namun masalah ketidakseimbangan dalam distribusi tenaga kesehatan. India berusaha untuk mencapai cakupan kesehatan universal pada tahun 2020, realisasi ketersediaan dan distribusi tenaga terlatih yang tidak seimbang, menjadi tantangan yang dapat memotivasi dan mendukung ketersediaan dan distribusi tenaga kesehatan, produksi tenaga kesehatan sudah berkembang pesat namun dalam distribusi tenaga kesehatan tidak seimbang sesuai kebutuhan “masalah kesehatan”.

Kompetensi merupakan kemampuan yang dimiliki oleh seseorang dalam melakukan tugas atau suatu pekerjaan yang dilandasi oleh keterampilan dan pengetahuan. Pengembangan kompetensi sumber daya manusia di bidang kesehatan merupakan salah satu komponen strategis pembangunan kesehatan guna mempercepat



pemerataan pelayanan kesehatan dan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Kinerja suatu organisasi akan ditentukan oleh salah satu unsur utama yaitu kualitas sumber daya manusia (Parker, Barnett, Fewes, Blodgett, & Links, 2005). Tujuan dari upaya pengembangan sumber daya manusia di bidang kesehatan adalah meningkatnya kinerja, penyediaan sumber daya manusia dan kolaborasi interprofesional di bidang kesehatan yang pada gilirannya diharapkan meningkatkan status kesehatan (Zurn, Dal Poz, Stilwell, & Adams, 2004).

Penelitian yang dilakukan Jonathan di Amerika Serikat tentang pelatihan keterampilan komunikasi kesehatan untuk asisten medis pelayanan kesehatan anak menunjukkan bahwa, 93,5% peserta latih menilai program pelatihan sangat baik, dan pelatihan dapat mengubah persepsi mereka signifikan dan positif yang mendukung persiapan dan peningkatan konsultasi kesehatan anak (Brown et al., 2013).

Menurut berbagai studi menunjukkan bahwa tenaga kesehatan merupakan kunci utama dalam keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan memberikan kontribusi hingga 80% dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Dalam laporan WHO tahun 2006, Indonesia termasuk salah satu dari 57 negara yang menghadapi krisis SDM kesehatan, jumlah, distribusi dan kualitas.

Pengembangan kapasitas, telah menunjukkan kemajuan luar biasa melalui pelatihan. Analisis ini menunjukkan temuan penting mengenai luaran pelatihan kerja. Peningkatan kapasitas pelatihan telah bertumbuh dan keterlibatan massa dalam pendidikan kedokteran. Tren ini cenderung meningkat, karena



insentif dan regulasi telah diperkenalkan untuk mendorong investasi swasta dalam pendidikan kedokteran (Hazarika, 2013; Lane, 2000).

Dari uraian diatas terlihat bahwa kinerja organisasi tidak lepas dari peran sumber daya manusianya, dimana kompetensi SDM salah satunya dihasilkan dari kegiatan pendidikan dan pelatihan. Faktor yang cukup dominan dalam menentukan keberhasilan program pendidikan dan pelatihan adalah kualitas pembelajaran. Strategi pembelajaran *experiential learning* dan *knowledge management* keduanya dapat memfasilitasi pembelajaran dengan baik.

Menurut (Hidayat & Sa'ud, 2015) Salah satu cara meningkatkan kinerja pegawai dapat melalui pelaksanaan pendidikan dan pelatihan bagi pegawai yang bersangkutan. Karena pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan akan memberi tambahan pengetahuan pegawai tentang tugas pokok dan fungsi pegawai serta keterampilan dalam pelaksanaan tugasnya dalam organisasi tempat pegawai tersebut mengabdikan atau bekerja. Demikian halnya dengan tenaga kesehatan di Puskesmas setiap kepala Puskesmas dan tata usaha diharuskan mengikuti pelatihan Manajemen Puskesmas (Permenkes) karena sebagai pelaksana kebijakan pembangunan kesehatan, Puskesmas harus dikelola dengan prinsip-prinsip manajemen yang baik sejalan dengan perubahan dan perkembangan konsep dari tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*).



B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* berdasarkan *Consentrate Experience, Observation and Reflection, Abstract Concepts, dan Experiment/Testing New Situation* terhadap kompetensi peserta pada pendidikan dan pelatihan manajemen Puskesmas di tempat pelatihan?
2. Bagaimana pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* dan *direct learning* terhadap kompetensi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian peserta pada pendidikan dan pelatihan manajemen Puskesmas di tempat pelatihan?
3. Bagaimana pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* dan *direct learning* terhadap kolaborasi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian peserta pendidikan dan pelatihan manajemen Puskesmas di tempat pelatihan?
4. Bagaimana pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* dan *direct learning* terhadap kolaborasi implementasi *knowledge management* perencanaan, pelaksanaan dan penilaian Manajemen Puskesmas di Puskesmas?



C.

Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Menilai kompetensi dan kolaborasi Manajemen Puskesmas peserta pelatihan Manajemen Puskesmas di tempat pelatihan dan implementasi *knowledge management* di Puskesmas.

2. Tujuan Khusus

- a) Menilai pengaruh metode pembelajaran *Experiential Learning* berdasarkan *Consentrate Experience, Observation and Reflection, Abstract Concepts, dan Experiment/Testing New Situation* terhadap kompetensi peserta pada pendidikan dan pelatihan Manajemen Puskesmas di tempat pelatihan.
- b) Menilai pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* dan *direct learning* terhadap kompetensi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian peserta pada pendidikan dan pelatihan Manajemen Puskesmas di tempat pelatihan.
- c) Menilai pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* dan *direct learning* terhadap kolaborasi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian peserta pendidikan dan pelatihan Manajemen Puskesmas di tempat pelatihan.

Menilai pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* dan *direct learning* terhadap kolaborasi implementasi *knowledge management*



perencanaan, pelaksanaan dan penilaian Manajemen Puskesmas di Puskesmas.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan menambah khasanah informasi dan ilmu mengenai model Pendidikan dan Pelatihan Kesehatan
- b. Hasil penelitian ini dapat menginduksi penelitian selanjutnya bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan pengembangan program intervensi.

2. Manfaat Praktis

- a. Sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi lembaga atau institusi pelatihan baik pemerintah maupun swasta.
- b. Sebagai bahan masukan dan pertimbangan perencanaan program pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) adalah potensi yang terkandung dalam diri manusia untuk mewujudkan perannya sebagai makhluk sosial yang adaptif dan transformatif yang mampu mengelola dirinya sendiri serta seluruh potensi yang terkandung di alam menuju tercapainya kesejahteraan kehidupan dalam tatanan yang seimbang dan berkelanjutan. Dalam pengertian praktis sehari-hari, SDM lebih dimengerti sebagai bagian integral dari sistem yang membentuk suatu organisasi. Oleh karena itu, dalam bidang kajian psikologi, para praktisi SDM harus mengambil penjurusan industri dan organisasi. Selain itu, SDM juga merupakan potensi manusiawi sebagai penggerak organisasi dalam mewujudkan eksistensinya yang merupakan aset dan berfungsi sebagai modal (non material/non finansial) didalam organisasi bisnis, yang dapat diwujudkan menjadi potensi nyata secara fisik dan non fisik dalam mewujudkan eksistensi organisasi.

Terkait dengan kondisi SDM Indonesia yaitu adanya ketimpangan antara jumlah kesempatan kerja dan angkatan kerja. Jumlah angkatan kerja nasional pada krisis ekonomi sekitar 92,73 juta orang, sementara jumlah kesempatan kerja yang ada hanya sekitar 87,67 juta orang dan ada sekitar 5,06 juta orang penganggur terbuka (*open unemployment*). Angka ini meningkat selama krisis ekonomi yang kini berjumlah sekitar 8 juta. Kedua, tingkat



pendidikan angkatan kerja yang ada masih relatif rendah. Struktur pendidikan angkatan kerja Indonesia masih didominasi pendidikan dasar yaitu sekitar 63,2% (Emperordeva, 2008).

Kedua masalah tersebut menunjukkan bahwa ada kelangkaan kesempatan kerja dan rendahnya kualitas angkatan kerja secara nasional di berbagai sektor ekonomi. Lesunya dunia usaha akibat krisis ekonomi yang berkepanjangan sampai saat ini mengakibatkan rendahnya kesempatan kerja terutama bagi lulusan perguruan tinggi. Sementara di sisi lain jumlah angkatan kerja lulusan perguruan tinggi terus meningkat. Sampai dengan tahun 2000 ada sekitar 2,3 juta angkatan kerja lulusan perguruan tinggi. Kesempatan kerja yang terbatas bagi lulusan perguruan tinggi ini menimbulkan dampak semakin banyak angka pengangguran sarjana di Indonesia. Menurut catatan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Ditjen Dikti) Depdiknas angka pengangguran sarjana di Indonesia lebih dari 300.000 orang (Emperordeva, 2008).

Masalah SDM inilah yang menyebabkan proses pembangunan yang berjalan selama ini kurang didukung oleh produktivitas tenaga kerja yang memadai. Itu sebabnya keberhasilan pembangunan yang selama 32 tahun dibanggakan dengan tingkat pertumbuhan rata-rata 7%, hanya berasal dari pemanfaatan sumber daya alam intensif (hutan dan hasil tambang), arus modal

yang berupa pinjaman dan investasi langsung. Dengan demikian, bukan berasal dari kemampuan manajerial dan produktivitas SDM yang tinggi. Keterpurukan



ekonomi nasional yang berkepanjangan hingga kini merupakan bukti kegagalan pembangunan akibat dari rendahnya kualitas SDM.

Penelitian yang dilakukan Matovu di Afrika menunjukkan; Model pelatihan berbasis kerja modular memperkuat kapasitas tenaga kesehatan melalui keterampilan, pengalaman hidup dalam pengaturan pekerjaan dan meningkatkan kapasitas kelembagaan. Model ini dapat direplikasi dalam kegiatan yang sama lainnya di sub-Sahara Afrika dengan tantangan kapasitas tenaga kerja kesehatan yang sama.

SDM atau tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan. SDM atau tenaga kesehatan berperan sebagai perencana, penggerak dan sekaligus pelaksana pembangunan kesehatan sehingga tanpa tersedianya tenaga dalam jumlah dan jenis yang sesuai, maka pembangunan kesehatan tidak akan dapat berjalan secara optimal. SDM Kesehatan juga merupakan tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan.

Penelitian di Australia yang dilakukan oleh Crettenden et al. (2014) menunjukkan *Health Work (HW) 2025* memberikan platform nasional untuk pengembangan kebijakan tenaga kesehatan, pengembangan model untuk proses berkelanjutan mengembangkan dan meningkatkan tenaga kesehatan.



Proyeksi data dan metodologi untuk perbaikan dan mendukung penyediaan tenaga kesehatan.

Kebijakan tentang pendayagunaan tenaga kesehatan sangat dipengaruhi oleh kebijakan-kebijakan sektor lain, seperti kebijakan sektor pendidikan, kebijakan sektor ketenagakerjaan, sektor keuangan dan peraturan kepegawaian. Kebijakan sektor kesehatan yang berpengaruh terhadap pendayagunaan tenaga kesehatan antara lain kebijakan tentang arah dan strategi pembangunan kesehatan, kebijakan tentang pelayanan kesehatan, kebijakan tentang pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dan kebijakan tentang pembiayaan kesehatan.

Selain dari pada itu, beberapa faktor makro yang berpengaruh terhadap pendayagunaan tenaga kesehatan yaitu distribusi, desentralisasi, globalisasi, menguatnya komersialisasi pelayanan kesehatan, teknologi kesehatan dan informasi. SDM dalam kesehatan mempunyai berbagai keahlian sesuai dengan profesi masing-masing seperti dokter, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, fisioterapis, apoteker, analis farmasi dan sebagainya yang mempunyai pendidikan atau keahlian khusus untuk melakukan pekerjaan tertentu yang berhubungan dengan jiwa dan fisik manusia, serta lingkungannya.

Penelitian yang dilakukan Hazarika (2013) di India menunjukkan, meskipun produksi tenaga kesehatan telah berkembang pesat dalam beberapa tahun terakhir, masalah ketidakseimbangan dalam distribusi tenaga kesehatan. WHO berusaha untuk mencapai cakupan kesehatan universal pada tahun 2020, namun visi tujuan ini tetap ditantang oleh kurangnya ketersediaan dan distribusi



tenaga terlatih yang tidak seimbang, yang dapat memotivasi dan mendukung ketersediaan dan distribusi tenaga kesehatan.

B. Kolaborasi Tenaga Kesehatan

Optimalisasi peran berbagai pihak dalam suatu perawatan kesehatan merupakan salah satu hal yang masih terus dikembangkan saat ini. Istilah kolaborasi antar profesi (baca: tenaga kesehatan) merupakan salah satu sistem yang terus dikembangkan agar pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif. Kolaborasi juga dapat didefinisikan sebagai hubungan timbal balik dimana pemberi pelayanan memegang tanggung jawab paling besar untuk perawatan pasien pada pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat dalam kerangka kerja bidang Prespektif mereka. Praktik kolaborasi menekankan tanggung jawab bersama dalam manajemen perawatan pasien, ataupun pelayanan kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan atau promosi kesehatan, dengan proses pembuatan keputusan bilateral didasarkan pada masing-masing pendidikan dan kemampuan praktisi. Menurut Akhtar-Danesh et al. (2013), Sudut pandang yang berbeda antara pemangku kepentingan dapat mempengaruhi keberhasilan kolaborasi antara perawatan primer dan Kesehatan Masyarakat.



Meskipun banyak definisi yang disampaikan, namun inti dari upaya orasi ini untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terbaik

bagi pasien dan masyarakat. Menurut *World Health Organization* (2010), sekarang ini sistem kesehatan di berbagai negara di dunia dapat mengembangkan pelayanan kesehatan yang tidak dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapinya. Disadari bahwa permasalahan kesehatan sebenarnya menyangkut banyak aspek yang mempengaruhinya, untuk memecahkan masalah kesehatan satu persatu atau untuk meningkatkan kualitas kesehatan, tidak dapat dilakukan hanya dengan satu profesi saja (uniprofesional). Kontribusi berbagai disiplin ilmu (profesi) dapat memberi dampak positif dalam penyelesaian berbagai masalah kesehatan. Hasil WHO penelitian di 42 negara tentang pengaruh positif penerapan kolaborasi praktek profesi/*collaborative practice* kesehatan. Hasil dari penelitian ternyata bukan hanya bagi negara terkait, tapi juga dapat digunakan di negara-negara lain. Penelitian tersebut menunjukkan hasil akhir bahwa *collaborative practice* dapat meningkatkan 1) keterjangkauan serta koordinasi layanan kesehatan, 2) penggunaan sumber daya klinis spesifik yang sesuai, 3) *outcome* kesehatan bagi penyakit kronis, dan 4) pelayanan serta keselamatan pasien.

Satu artikel diantaranya akan mengulas mengenai faktor-faktor apa saja yang harus diperhatikan dalam proses kolaborasi, sedangkan artikel lainnya akan membahas program-program yang dapat diterapkan pada perawatan pasien promosi kesehatan, yang tentu saja terkait dengan kerjasama yang dilakukan antara profesi kesehatan. Artikel-artikel tersebut diharapkan menjadi referensi yang dapat



dipergunakan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di tingkat unit organisasi pelayanan kesehatan.

Dalam dunia kesehatan, praktik kolaborasi sangatlah penting. Permasalahan kesehatan masyarakat yang kompleks tidak dapat ditangani hanya oleh satu profesi medis, melainkan harus melibatkan berbagai profesi. Praktik kolaborasi bukan hanya diperlukan pelayanan kesehatan perorangan, tetapi juga untuk meningkatkan kepuasan serta terciptanya mutu pelayanan kesehatan yang baik. “Tidak ada satu profesi yang bisa menyelesaikan permasalahan pasien secara komplit, karena pelayanan pasien dan masyarakat harus utuh, berkualitas, dan memuaskan”.

Berbagai profesi medis tersebut diantaranya dokter, perawat, bidan, apoteker, ahli gizi, dan psikolog serta profesi kesehatan masyarakat diantaranya Epidemiolog, Administrator kesehatan, Penyuluh Kesehatan Masyarakat (Promkes) sanitarian dan pembimbing kesehatan kerja. Apabila tidak dilakukan kerja sama tim yang baik, maka dalam menghadapi kompleksitas permasalahan kesehatan masyarakat akan berpotensi terjadinya *fragmented care*, pelayanan yang tumpang tindih, konflik interprofesional, serta keterlambatan pelayanan masyarakat.

Penelitian di India yang dilakukan (Padhi et al., 2015), memberikan gambaran pentingnya kerjasama antar profesi dalam upaya meningkatkan pelayanan ibu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktik sanitasi yang buruk



pada masa kehamilan seperti tidak tersedia jamban keluarga sehingga buang air besar secara sembarangan dan ketersediaan air bersih berdampak pada ibu hamil diantaranya kondisi bayi yang tidak sehat bahkan bisa terjadi aborsi, kelahiran mati, BBLR. Kondisi kesehatan ibu akan sangat berpengaruh pada kondisi janin yang dikandungnya, namun ditegaskan pula bahwa kemiskinan tidak berpengaruh terhadap kondisi kehamilan tersebut. Hasil penelitian ini memberikan sebuah gambaran pentingnya kerjasama dan kolaborasi yang harmonis antara profesi yang berbeda dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak (McConville, McAleer, & Hahne, 2017).

Sudut pandang yang berbeda antara pemangku kepentingan dapat mempengaruhi keberhasilan kolaborasi antara perawatan primer dan Kesehatan Masyarakat. Berdasarkan data dari WHO, 70-80% kesalahan dalam pelayanan kesehatan disebabkan oleh buruknya komunikasi dan pemahaman di dalam tim. Kerja sama tim yang baik dapat membantu mengurangi masalah pelayanan kesehatan. Keselarasan langkah yang dinamis antar berbagai klinisi dan kesehatan masyarakat untuk membangun tim pelayanan membutuhkan dua hal, yaitu tatanan dan kultur, serta pendekatan interdisiplin atau interprofesional. Berdasarkan hasil penelitian, penanganan pasien secara interdisiplin baik pada rawat inap maupun pelayanan kesehatan primer, dapat meningkatkan kepuasan serta mengurangi mortalitas dan angka kematian.

Hasil penelitian Risnah et al. (2018) menunjukkan kolaborasi lintas profesi di tingkat Puskesmas dalam penanganan kasus gizi buruk sudah berjalan



pada beberapa aspek namun secara keseluruhan belum optimal (Tahap I). Modul dapat diterima dengan baik (Tahap II). Uji Intervensi menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rerata pengetahuan tentang gizi buruk sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan ($p < 0,001$). Ada tiga domain kompetensi yang mengalami perubahan bermakna ($p < 0,005$) yakni; komunikasi, proses dan kepemimpinan. Disimpulkan bahwa pemberian modul dan training mampu meningkatkan domain kompetensi kolaborasi lintas profesi. Dipadukan upaya edukasi yang komprehensif agar dapat meningkatkan seluruh domain kompetensi kolaborasi lintas profesi.

Dengan demikian, proses pengambilan keputusan klinis bukanlah monopoli dari satu profesi medis. “Pengambilan keputusan harus terintegrasi, melibatkan berbagai keahlian dan memberikan suatu keutuhan dalam penanganan,” esensi dari pelayanan interdisiplin adalah mengutamakan *shared expertise* dan mengurangi *personal autonomy*. “*Personal autonomy* tidak hilang, tapi porsiya dikurangi sehingga terjadi proses berbagi peran.

Hal terpenting dari praktik kolaborasi adalah hubungan saling percaya, menghargai, dan mampu bekerja sama. Kolaborasi harus ada *equality*, apapun latar belakangnya. Tidak ada yang merasa paling tinggi atau paling rendah. Semua pada level yang sama. Terciptanya praktik kolaborasi kesehatan ini pun

secara tiba-tiba, melainkan harus tumbuh melalui proses pembelajaran yang dapat diterima dengan baik. Dengan demikian, perlu dipersiapkan Tim (*teamwork*) yang terdiri dari tenaga kesehatan yang terdidik dan profesional.



Tim menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah suatu perkumpulan dari beberapa orang yang membentuk suatu kelompok. Sebuah literatur organisasi mendefinisikan sebuah tim merupakan kumpulan individu yang saling ketergantungan pada tugas, tujuan, setelan, campuran profesi di tim (Clements et al., 2007). Dalam suatu tim, terdapat suatu hubungan kerjasama dari masing-masing anggota dan memiliki tanggung jawab untuk mencapai suatu keberhasilan atau suatu tujuan yang telah diciptakan dan disetujui bersama.

Kolaborasi adalah suatu inisiasi atau kegiatan yang bertujuan untuk memperkuat hubungan antar pekerja yang memiliki profesi berbeda yang saling bekerja sama dalam kemitraan yang ditandai dengan adanya tujuan yang hendak dicapai bersama; pengakuan dan penghormatan terhadap kekuatan dan perbedaan masing-masing; adil dan efektif dalam pengambilan keputusan; terjalinnya komunikasi yang jelas dan teratur. Fewster-Thuente and Velsor-Friedrich (2008) dan Last (1993) kolaborasi adalah bekerja bersama khususnya dalam usaha penggabungan pemikiran.

Kerjasama Tim (*teamwork*) adalah interaksi atau hubungan dari dua atau lebih profesional kesehatan yang bekerja saling bergantung untuk memberikan perawatan untuk pasien (Clements et al., 2007; Ivy Oandasan et al., 2006). Tujuan dari kerjasama ini untuk memberikan perawatan kepada pasien, berbagi informasi untuk mengambil keputusan bersama, dan



mengetahui waktu yang optimal untuk melakukan kerjasama dalam perawatan pasien (Epstein, Fiscella, Lesser, & Stange, 2010; Manser, 2009).

Menurut Daniel, 2008 komponen kerjasama tim yang efektif, yaitu komunikasi terbuka, lingkungan yang leluasa, memiliki tujuan yang jelas, peran dan tugas yang jelas bagi anggota-anggota tim, saling menghormati, berbagi tanggung jawab demi kesuksesan tim, keseimbangan partisipasi setiap anggota dalam mengemban tugas, pengakuan dan pengolahan konflik, spesifikasi yang jelas mengenai wewenang dan akuntabilitas, mengetahui secara jelas prosedur pengambilan keputusan, berkomunikasi dan berbagi informasi secara teratur dan rutin, lingkungan yang mendukung (termasuk akses ke sumber daya yang dibutuhkan), dan mekanisme untuk mengevaluasi hasil dan menyesuaikan sesuai peraturan yang berlaku.

1. Pengertian Kolaborasi Tim Kesehatan

Kolaborasi tim kesehatan adalah hubungan kerja yang memiliki tanggung jawab bersama dengan penyedia layanan kesehatan lain dalam pemberian (penyediaan) asuhan pasien (Green & Johnson, 2015). Kolaborasi kesehatan merupakan aktivitas yang bertujuan untuk memperkuat hubungan diantara profesi kesehatan yang berbeda. Kolaborasi tim kesehatan terdiri dari berbagai profesi kesehatan seperti dokter, perawat, psikiater, ahli gizi, farmasi, pendidik di bidang kesehatan, dan pekerja sosial. Tujuan utama dari kolaborasi tim kesehatan adalah memberikan pelayanan yang tepat, oleh tim kesehatan yang tepat, di waktu yang tepat, serta di tempat yang tepat.



Elemen penting dalam kolaborasi tim kesehatan yaitu keterampilan komunikasi yang efektif, saling menghargai, rasa percaya, dan proses pembuatan keputusan. Konsep kolaborasi tim kesehatan itu sendiri merupakan konsep hubungan kerjasama yang kompleks dan membutuhkan pertukaran pengetahuan yang berorientasi pada pelayanan kesehatan untuk pasien.

2. Model-model/Jenis Kolaborasi Tim Kesehatan

Berikut merupakan bentuk/jenis kolaborasi tim kesehatan, diantaranya:

a. *Fully Integrated Major*

Bentuk kolaborasi yang setiap bagian dari tim memiliki tanggung jawab dan kontribusi yang sama untuk tujuan yang sama.

b. *Partially Integrated Major*

Bentuk kolaborasi yang setiap anggota dari tim memiliki tanggung jawab yang berbeda tetapi tetap memiliki tujuan bersama.

c. *Joint Program Office*

Bentuk kolaborasi yang tidak memiliki tujuan bersama tetapi memiliki hubungan pekerjaan yang menguntungkan bila dikerjakan bersama.

d. *Joint Partnership with Affiliated Programming*

Kerja sama untuk memberikan jasa dan umumnya tidak mencari keuntungan antara satu dan lainnya.



e. *Joint Partnership for Issue Advocacy*

Bentuk kolaborasi yang memiliki misi jangka panjang tapi dengan tujuan jangka pendek, namun tidak harus membentuk tim yang baru.

Menurut Oandasan and Lemieux-Charles (2005), terdapat 12 jenis kolaborasi tim, yaitu perawatan reproduktif primer (misalnya, pre-natal, kebidanan, pasca persalinan, dan perawatan bayi baru lahir); perawatan kesehatan mental primer, perawatan paliatif primer; *in-home*/fasilitas penggunaan yang mendukung pelayanan; pelayanan koordinasi/*care navigation*; pendidikan pasien dan pencegahan; pre-natal, kebidanan, pasca melahirkan, dan perawatan bayi baru lahir; program penanganan penyakit kronis – diabetes, penyakit jantung, obesitas, arthritis, asma, dan depresi; promosi kesehatan dan pencegahan penyakit; kesehatan ibu/anak; kesehatan kerja; kesehatan lansia; pengobatan kecanduan; pelayanan rehabilitas; dan pengasuhan, dengan prinsip kolaborasi antara lain:

a. *Patient-centered Care*

Prinsip ini lebih mengutamakan kepentingan dan kebutuhan pasien. Pasien dan keluarga merupakan pemberi keputusan dalam masalah kesehatannya.

b. *Recognition of patient-physician relationship*

Kepercayaan dan berperilaku sesuai dengan kode etik dan menghargai satu sama lain.



c. Physician as the clinical leader

Pemimpin yang baik dalam pengambilan keputusan terutama dalam kasus yang bersifat darurat.

d. Mutual respect and trust

Saling percaya dengan memahami pembagian tugas dan kompetensinya masing-masing.

Kolaborasi tim kesehatan sangatlah penting karena masing-masing tenaga kesehatan memiliki pengetahuan, keterampilan, kemampuan, keahlian, dan pengalaman yang berbeda. Dalam kolaborasi tim kesehatan, mempunyai tujuan yang sama yaitu pelayanan kesehatan. Selain itu, kolaborasi tim kesehatan ini dapat meningkatkan performa di berbagai aspek yang berkaitan dengan sistem pelayanan kesehatan. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk memiliki kualifikasi baik pada bidangnya masing-masing sehingga dapat mengurangi faktor kesalahan manusia dalam memberikan pelayanan kesehatan. Manfaat dari kolaborasi tim kesehatan yaitu :

- a. Kemampuan dari pelayanan kesehatan yang berbeda dapat terintegrasikan sehingga terbentuk tim yang fungsional.
- b. Kualitas pelayanan kesehatan dan jumlah penawaran pelayanan meningkat sehingga masyarakat mudah menjangkau pelayanan kesehatan.

Bagi tim dapat saling berbagi pengetahuan dari profesi kesehatan lainnya dan menciptakan kerjasama tim yang kompak.



- d. Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan menggabungkan keahlian unik professional.
- e. Memaksimalkan produktivitas serta efektivitas dan efisiensi sumber daya.
- f. Meningkatkan kepuasan profesionalisme, loyalitas, dan kepuasan kerja.
- g. Peningkatan akses ke berbagai pelayanan kesehatan.
- h. Meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan.
- i. Memberikan kejelasan peran dalam berinteraksi antar tenaga kesehatan profesional sehingga dapat saling menghormati dan bekerja sama.
- j. Untuk tim kesehatan memiliki pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman.

Membangun dan mempertahankan kolaborasi tim kesehatan sangat diperlukan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan optimal. Ada beberapa cara yang bisa dilakukan untuk membangun dan mempertahankan kolaborasi tim kesehatan yaitu :

- a. Pastikan semua anggota tim dapat bertemu secara berkala untuk mendiskusikan agenda kedepan.
- b. Pastikan semua tim kesehatan terlibat dalam setiap rencana.
- c. Saling mengenal antar anggota tim agar dapat berkontribusi dengan baik.
- d. Komunikasi harus terjalin dengan baik dan rutin dilakukan.

Saling percaya, mendukung, dan menghormati.

Melakukan evaluasi secara berkala untuk memperbaiki keadaan dimasa yang akan datang.



- g. Menghargai setiap pendapat dan kontribusi semua anggota tim.

Dengan demikian sistem pelayanan kesehatan di Indonesia diharapkan menjadi suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti yang dimaksud dalam pembukaan UUD 1945.

Dalam sistem pelayanan kesehatan dapat mencakup pelayanan dokter, pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Dokter merupakan subsistem dari pelayanan kesehatan. Subsistem pelayanan kesehatan tersebut memiliki tujuan masing-masing dengan tidak meninggalkan tujuan umum dari pelayanan kesehatan.

Dalam pelayanan kesehatan terdapat tiga bentuk yaitu, *primary health care*, (pelayanan kesehatan tingkat pertama), *secondary health care* (pelayanan kesehatan tingkat kedua), dan *tertiary health care* (pelayanan kesehatan tingkat ketiga).

1) *Primary Health Care* (Pelayanan kesehatan tingkat pertama)

Pelayanan yang lebih mengutamakan pelayanan yang bersifat dasar dan dilakukan bersama masyarakat dan dimonitori oleh Dokter Umum (Tenaga Medis), Perawat Mantri (Tenaga Paramedis). Pelayanan primer ini merupakan pelayanan yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan. Contohnya: Puskesmas, Puskesmas Keliling, Klinik.



2) *Secondary Health Care* (Pelayanan kesehatan tingkat kedua)

Pelayanan yang lebih bersifat spesialis dan bahkan kadang kala pelayanan subspesialis, tetapi masih terbatas. Diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Pelayanan kesehatan dilakukan oleh Dokter Spesialis dan Dokter Subspesialis terbatas. Contoh : Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D.

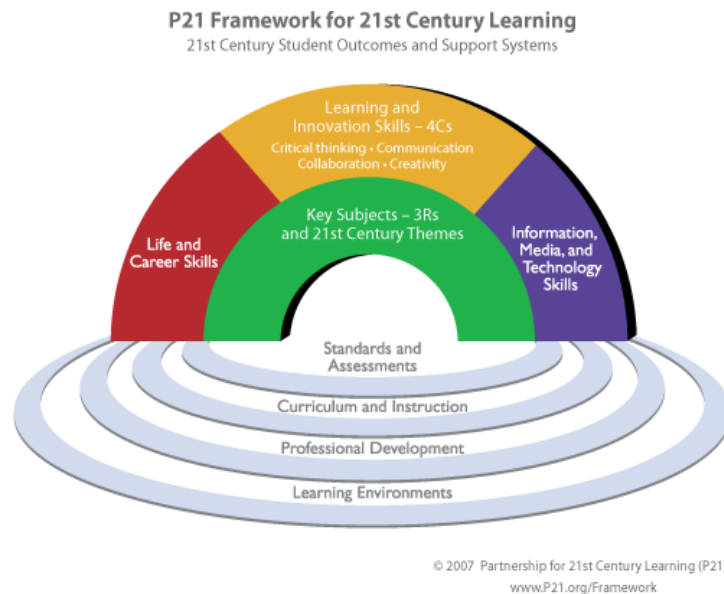
3) *Tertiary Health Care* (Pelayanan kesehatan tingkat ketiga)

Pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan pelayanan subspesialis serta subspesialis luas. Diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan kesehatan dilakukan oleh Dokter Subspesialis dan Dokter Subspesialis Luas. Contohnya: Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe

Kolaborasi tim kesehatan pada tingkat primer atau strata satu adalah kolaborasi tim kesehatan pada sebuah Puskesmas yang terdiri pelayanan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat (UKM). UKP dan UKM diharapkan berkolaborasi untuk mewujudkan keluarga sehat melalui Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).



Berdasarkan “*21st Century Partnership Learning Framework*”(Kay & Greenhill, 2011), terdapat beberapa kompetensi atau keahlian yang harus dimiliki oleh SDM abad XXI, yaitu:



Gambar 2.1. Framework Pembelajaran Abad 21

Sumber: Kay and Greenhill (2011)

- a. Kemampuan berpikir kritis dan pemecahan masalah (*Critical-Thinking and Problem-Solving Skills*)– mampu berfikir secara kritis, lateral, dan sistemik, terutama dalam konteks pemecahan masalah;
- b. Kemampuan berkomunikasi dan bekerjasama (*Communication and Collaboration Skills*) - mampu berkomunikasi dan berkolaborasi secara efektif dengan berbagai pihak;



- c. Kemampuan menciptakan dan membaharui (*Creativity and Innovation Skills*) – mampu mengembangkan kreativitas yang dimilikinya untuk menghasilkan berbagai terobosan yang inovatif;
- d. Literasi teknologi informasi dan komunikasi (*Information and Communications Technology Literacy*) – mampu memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi untuk meningkatkan kinerja dan aktivitas sehari-hari;
- e. Kemampuan belajar kontekstual (*Contextual Learning Skills*) – mampu menjalani aktivitas pembelajaran mandiri yang kontekstual sebagai bagian dari pengembangan pribadi;
- f. Kemampuan informasi dan literasi media (*Information and Media Literacy Skills*) – mampu memahami dan menggunakan berbagai media komunikasi untuk menyampaikan beragam gagasan dan melaksanakan aktivitas kolaborasi serta interaksi dengan beragam pihak (Kay & Greenhill, 2011)

C. Pendidikan dan Pelatihan

Secara umum pelatihan merupakan bagian dari pendidikan yang menggambarkan suatu proses dalam pengembangan organisasi maupun masyarakat. Pendidikan pada umumnya berkaitan dengan mempersiapkan calon tenaga yang diperlukan oleh suatu instansi atau organisasi, sedangkan pelatihan

lebih berkaitan dengan peningkatan kemampuan atau keterampilan yang sudah menduduki suatu pekerjaan atau tugas tertentu (Matovu et al.,



Dalam pendidikan, orientasi atau penekanannya pada pengembangan kemampuan umum, sedang pada pelatihan lebih pada tugas yang harus dilaksanakan. Pendidikan dianggap lebih luas lingkupnya dibanding pelatihan. Dengan kata lain, pelatihan menekankan kepada kemampuan psikomotor, meskipun didasari pengetahuan dan sikap, sedangkan dalam pendidikan ketiga area kemampuan tersebut (pengetahuan, sikap dan keterampilan/psikomotor) memperoleh penekanan yang merata. Karena orientasi atau penekanannya pada pelaksanaan tugas serta kemampuan khusus pada sasaran, maka jangka waktu pelatihan pada umumnya lebih pendek daripada pendidikan.

Demikian juga metode belajar mengajar yang digunakan pada pelatihan lebih inovatif dibandingkan dengan pendidikan. Pendidikan dengan pelatihan merupakan suatu rangkaian yang tak dapat dipisahkan dalam sistem pengembangan sumber daya manusia, yang didalamnya terjadi proses perencanaan, penempatan, dan pengembangan tenaga manusia. Pendidikan dan latihan dapat dipandang sebagai salah satu bentuk investasi. Oleh karena itu instansi yang ingin berkembang maka pendidikan dan latihan bagi karyawannya harus memperoleh perhatian besar. Program pendidikan dan latihan penting bagi organisasi karena :

1. Karyawan yang menduduki jabatan tertentu belum tentu mempunyai kemampuan yang sesuai dengan persyaratan yang diperlukan dalam jabatan tersebut. Hal ini terjadi karena sering seseorang menduduki jabatan tertentu bukan karena kemampuannya, melainkan karena tersedianya formasi.



2. Adanya kemajuan informasi dan teknologi, memungkinkan adanya jabatan baru sehingga diperlukan penambahan atau peningkatan kemampuan yang diperlukan oleh jabatan tersebut.
3. Adanya promosi yang merupakan suatu ganjaran dan perangsang bagi pegawai yang berprestasi agar lebih meningkatkan produktivitasnya.

Untuk menghasilkan SDM yang kompeten diperlukan usaha yang sistematis, terus-menerus dan dilakukan secara berkala. Penggunaan sistem berbasis kompetensi telah mendorong berkembangnya pendidikan dan pelatihan, termasuk dalam bidang pengembangan kualitas SDM kesehatan. Pendidikan dan pelatihan merupakan elemen penting dalam manajemen organisasi karena mampu meningkatkan efisiensi dan kemampuan organisasi. (Noe, 2017) mengemukakan, *training is a planned effort to facilitate the learning of job-related knowledge, skills, and behavior by employee*. Hal ini berarti bahwa pelatihan merupakan suatu usaha yang terencana untuk memfasilitasi pembelajaran tentang pekerjaan yang berkaitan dengan pengetahuan, keahlian dan perilaku.

Secara umum model-model sistem pelatihan dalam siklusnya terbagi kedalam tiga tahapan yaitu; tahap perencanaan, tahap pelaksanaan dan tahap evaluasi. Dari ketiga siklus tersebut, dalam pelaksanaannya rata-rata setiap model selalu diawali dengan analisis kebutuhan, baru kemudian disusun desain pelatihan yang dilanjutkan

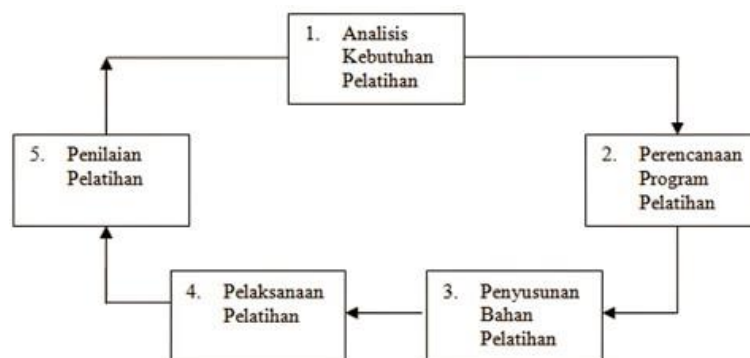
pengembangan bahan pelatihan, penyelenggaraan pelatihan dan diakhiri evaluasi.



Proses pelatihan dapat dipandang sebagai suatu sistem, berupa siklus dengan fase-fase yang saling berhubungan antara satu dengan yang lainnya, yaitu:

1. *Need assessment* atau analisa untuk menentukan kebutuhan pelatihan.
2. Perancangan pendekatan pelatihan.
3. Pengembangan materi dan perlengkapan pelatihan.
4. Pelaksanaan pelatihan.
5. Evaluasi dan upaya memperbaiki pelatihan.

Fase-fase pokok ini merupakan siklus yang berkesinambungan, setelah seluruh proses pelatihan selesai sampai fase kelima, maka fase kelima memberikan masukan kembali ke fase pertama, begitu siklus ini terus berlangsung.



Gambar 2.2. Siklus pelatihan

Sedangkan tahap yang digunakan dalam proses pelatihan adalah sebagai berikut; Tahap pertama, menyadari kebutuhan. Kesenjangan antara keadaan sekarang

keadaan yang diharapkan biasanya disebabkan oleh dua sifat yang melekat pada manusia, yaitu perubahan dan inspirasi. Perubahan adalah merupakan



“dorongan” dan aspirasi adalah “tarikan” yang menimbulkan kebutuhan pada pelatihan.

Tahap kedua, menganalisis masalah. Apabila kebutuhan itu dirasakan masih bersifat umum, maka perlu dianalisis secermat mungkin, sehingga rumusannya tidak terlalu umum atau tidak terlalu khusus.

Tahap ketiga, menentukan pilihan. Ketika mempersiapkan pilihan-pilihan, perlu dimasukkan suatu penjelasan tujuan keuntungan-keuntungan dan kelemahan-kelemahannya, serta pengalaman yang dapat membantu peserta pelatihan mengembangkan pedoman-pedoman untuk menentukan pilihan-pilihan yang terbaik.

Tahap keempat, menyadari suatu pemecahan. Dalam menghadapi suatu solusi pertama-tama adalah dengan memberikan penjelasan tentang prosedur sehingga menjadi jelas dan dapat dipahami oleh mereka yang akan menentukan prosedur tersebut, selanjutnya adalah pemberian dukungan dimana prosedur tersebut harus dijalankan mengenai keuntungan-keuntungan dan kelemahan-kelemahannya.

Tahap kelima, mengajarkan suatu keterampilan. Apabila pelatihan diharapkan untuk mampu mempengaruhi cara berpikir peserta pelatihan, sikapnya atau pengetahuannya, maka peranan pelatihan adalah membantu peserta dalam mempelajari suatu keterampilan. Kemudian memberikan umpan balik pada

peserta pelatihan sesuai langkah-langkah yang ditempuh sampai kepada hasil kerja/hasil belajarnya.



Tahap keenam, integrasi dalam sistem. Apabila dalam prosedur belajar peserta pelatihan tidak menimbulkan pengaruh kerjasama dalam situasi belajarnya, maka dalam tindak lanjutnya perlu membantu para peserta pelatihan untuk melakukan prosedur kerjasama tersebut dalam sistem yang membutuhkan kerjasama.

Kualitas pembelajaran pada pelatihan dapat diukur dengan melihat aktivitas pembelajaran dan hasil pembelajaran. Menurut Rivai (2016) efektivitas pelatihan ditunjang oleh beberapa faktor, yaitu : Materi atau isi pelatihan, metode pelatihan, pelatih (instruktur/trainer), peserta pelatihan, sarana pelatihan dan evaluasi pelatihan.

D. Experiential Learning

Tujuan dari belajar bukan semata-mata berorientasi pada penguasaan materi dengan menghafal fakta-fakta yang tersaji dalam bentuk informasi atau materi pelajaran. Lebih jauh daripada itu, orientasi sesungguhnya dari proses belajar adalah memberikan pengalaman untuk jangka panjang. Dengan konsep ini, hasil pembelajaran diharapkan lebih bermakna. Proses pembelajaran berlangsung secara alamiah dalam bentuk kegiatan bekerja dan mengalami, bukan transfer pengetahuan dari guru ke siswa.

Proses pembelajaran seperti apa yang dapat menciptakan suatu proses belajar yang dapat mengeksplorasi wawasan pengetahuan dan dapat mengembangkan makna sehingga akan memberikan kesan yang mendalam terhadap apa yang telah belajarnya. Alternatif model pembelajaran yang dapat digunakan untuk menjawab



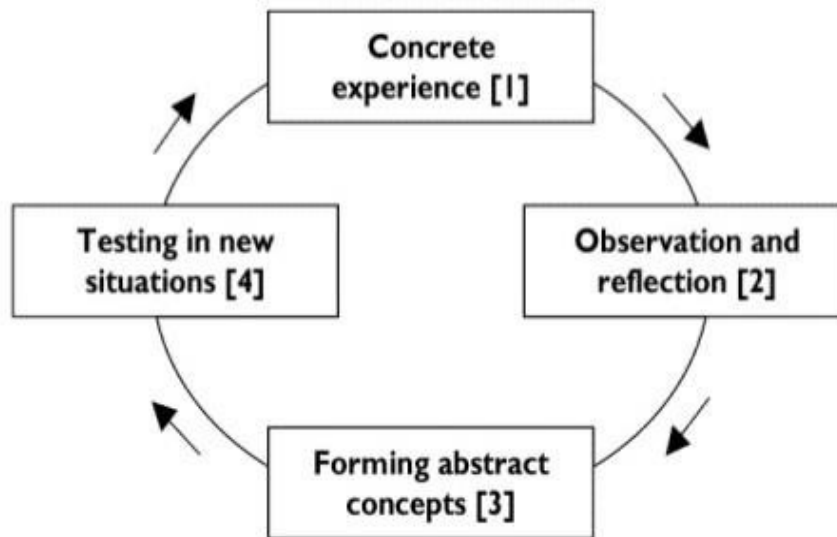
permasalahan diatas salah satunya adalah dengan menggunakan model *experiential learning*.

Experiential learning merupakan model pembelajaran yang holistik dan multilinier. Teori ini menekankan pada pengalaman yang memiliki peranan penting dalam proses pembelajaran, yang banyak mengundang partisipasi dan aktivitas peserta sehingga cocok untuk pembelajaran orang dewasa. Walaupun prinsip ini sudah diperkenalkan oleh para filsuf Yunani berabad-abad yang lalu, pada 1960-1970 secara intensif diangkat kembali, sehingga sering disebut sebagai *Kolb's Learning Cycle* Gambar 2.3 merupakan model pembelajaran yang dilakukan oleh individu (D. A. Kolb, 2014). Model ini diawali dengan individu tersebut mengalami sesuatu, bisa berbentuk aktivitas/kegiatan, perasaan, dan lain-lain. Pengalaman tersebut kemudian direfleksikan secara individu. Dalam proses refleksi seseorang akan berusaha memahami apa yang terjadi atau apa yang dialaminya. Refleksi ini menjadi dasar konseptualisasi atau proses pemahaman prinsip-prinsip yang mendasari pengalaman yang dialami serta perkiraan kemungkinan aplikasinya dalam situasi atau konteks yang lain. Proses implementasi merupakan situasi atau konteks yang memungkinkan penerapan konsep yang sudah dikuasai. Kemungkinan belajar melalui pengalaman-pengalaman nyata kemudian direfleksikan dengan mengkaji ulang apa yang telah dilakukannya tersebut. Pengalaman yang telah direfleksikan kemudian diatur kembali

membentuk pengertian baru atau konsep-konsep abstrak yang akan menjadi bagi terciptanya pengalaman atau perilaku-perilaku baru. Proses



pengalaman dan refleksi dikategorikan sebagai proses penemuan (*finding out*), sedangkan proses konseptualisasi dan implementasi dikategorikan dalam proses penerapan (*taking action*) (D. A. Kolb, 2014).



Gambar 2.3. Kolb's Learning Cycle

Sumber: D. A. Kolb (2014)

Gambaran di atas sangat berbeda bila dibandingkan dengan cara pembelajaran konvensional yang lebih berorientasi pada *teacher centered*. Hal ini juga berarti bahwa penerapan model *experiential learning* dapat membantu pembelajar dalam membangun pengetahuannya sendiri.

Pendekatan *Experiential learning* didasarkan pada beberapa pendapat

sebagai berikut: 1) pembelajar dalam belajar akan lebih baik ketika mereka terlibat secara langsung dalam pengalaman belajar, 2) adanya perbedaan-



perbedaan secara individu dalam hal gaya yang disukai, 3) ide-ide dan prinsip-prinsip yang dialami dan ditemukan pembelajar lebih efektif dalam pemerolehan bahan ajar, 4) komitmen peserta dalam belajar akan lebih baik ketika mereka mengambil tanggung jawab dalam proses belajar mereka sendiri, dan 5) belajar pada hakikatnya melalui suatu proses (A. Y. Kolb & Kolb, 2005).

Tabel 2.1. Perbedaan *Experiential learning* dan cara tradisional

<i>Experiential learning</i>	<i>Tradisional Content-based Learning.</i>
Aktif	Pasif
Bersandar pada penemuan individu	Bersandar pada keahlian mengajar
Partisipatif, berbagai arah	Otokratis, satu arah
Dinamis dan belajar dengan melakukan	Terstruktur dan belajar dengan mendengar
Bersifat terbuka	Cakupan terbatas dengan sesuatu yang baku
Mendorong untuk menemukan sesuatu	Terfokus pada tujuan belajar yang khusus

Menurut Zamista (2020) perbedaan utama metode pembelajaran *Experiential learning* dan metode *Tradisional Content-based Learning* terletak pada pasif dan aktif pembelajar, selanjutnya terletak pada interaksi antara peserta dengan peserta dan peserta dengan fasilitator.

pembelajaran *Experiential learning* sesuai dengan karakteristik pembelajaran dewasa. Menurut Knowles (1980) orang dewasa belajar berdasarkan prinsip-prinsip berikut :



1. *The learner's need to know*; Bagaimana pembelajaran dilaksanakan, dan pembelajaran apa yang akan muncul dan kenapa pembelajaran itu sangat penting *Self-directed learning is the ability of taking control of the techniques and of the purposes of learning.*
2. *Prior experience of the learner impacts learning in creating individual differences, providing rich resources. creating biases and providing adults' self-identity.*
3. *Readiness to learn.* Orang dewasa memiliki kesiapan untuk belajar ketika situasi kehidupannya mendorong mereka untuk belajar.
4. *Orientation to learning.* Secara umum orang dewasa lebih menyukai orientasi pemecahan masalah dalam pembelajaran, dimana mereka dapat belajar dalam konteks kehidupan saat ini.
5. *Motivation to learn.* Orang dewasa memiliki motivasi tinggi ketika mereka dapat memperoleh pengetahuan baru bagi mereka dalam menyelesaikan permasalahan kehidupan.

Strategi *Experiential learning* membangun pengetahuan dan keterampilan pembelajar melalui pengalamannya secara langsung. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan model pembelajaran yang berpusat pada pembelajar (*student center*).

Menurut Fathurrohman (2015), pembelajaran berbasis pengalaman (*Experiential* adalah proses induktif, berpusat pada pembelajar dan berorientasi pada



aktivitas refleksi secara personal tentang suatu pengalaman dan memformulasikan rencana untuk menerapkan apa yang telah diperoleh dari pengalaman.

C. M. Beard and Wilson (2006) menyatakan bahwa pembelajaran berbasis pengalaman (*Experiential learning*) membangun pengetahuan, keterampilan dan sikap melalui pengalaman yang bermanfaat bagi pembelajar. Pembelajaran eksperiensial mengacu pada (a) Keterlibatan peserta dalam kegiatan kongkrit yang membuat mereka mampu untuk mengalami apa yang tengah mereka pelajari dan (b) Kesempatan untuk merefleksikan kegiatan tersebut.

Tidak semua pembelajaran yang berlangsung interaktif dapat dikategorikan sebagai pembelajaran eksperiensial, hal ini sangat tergantung pada kreativitas pengajar dalam mempengaruhi emosi, intelektual dan spiritual dari pembelajar untuk mengembangkan moral, aktivitas dan kreativitas melalui interaksi dan pengalaman belajar. Pembelajaran eksperiensial bisa didasarkan atas baik pengalaman kerja/hidup yang nyata (misalnya pengerjaan sebuah program saat ini) dan pengalaman terstruktur yang mensimulasikan atau mendekati pengalaman kerja/hidup yang sebenarnya misalnya menggunakan simulator penerbangan, terlibat dalam latihan, terlibat dalam penyalahgunaan sesuatu (Silberman, 2007).

Selain itu strategi ini bertujuan untuk mempengaruhi pembelajar dengan cara mengubah struktur kognitif, mengubah sikap dan meningkatkan keterampilan-

ilan yang sudah dimiliki. Menurut Johnson, Johnson, and Stanne (2000), elemen tersebut saling berhubungan dan mempengaruhi secara keseluruhan,



tidak terpisah-pisah, karena apabila salah satu elemen tidak ada maka kedua elemen lainnya tidak akan efektif.

Strategi *Experiential learning* bukan sekedar suatu metode proses belajar mengajar yang mengaktifkan pembelajar untuk membangun pengetahuan dan keterampilan serta nilai-nilai tetapi juga sikap melalui pengalamannya secara langsung. Oleh karena itu, metode ini akan bermakna jika pembelajar berperan serta dalam melakukan kegiatan (Moon, 2004). Setelah itu, mereka memandang kritis kegiatan tersebut. Kemudian, mereka mendapatkan pemahaman serta menuangkannya dalam bentuk lisan atau tulisan sesuai dengan tujuan pembelajaran. Dalam hal ini, *Experiential learning* menggunakan pengalaman sebagai katalisator untuk menolong pembelajar mengembangkan kapasitas dan kemampuannya dalam proses pembelajaran (C. M. Beard & Wilson, 2006; D. A. Kolb, 2014).

Pengalaman langsung sangat efektif dijadikan sebagai media pembelajaran dalam belajar karena dengan adanya pengalaman langsung dapat mempermudah pembelajar dalam memahami sesuatu yang abstrak menjadi lebih kongkrit dan secara langsung kesalahan persepsi akan dapat dihindari. Seperti melakukan suatu aktivitas pada situasi yang sebenarnya.

Pengalaman langsung dalam proses belajar mengajar dapat terjadi melalui percobaan, diskusi, penelitian, proyek pelayanan, dan sebagainya, supaya proses menjadi efektif, perlu adanya usaha menciptakan pengalaman langsung



tersebut. Usaha itu misalnya dapat ditempuh melalui *role playing*, pemakaian audio visual, dan sebagainya.

Memilih media pengalaman yang baik untuk pembelajaran bukanlah pekerjaan yang mudah untuk dilakukan. Pemilihan media pembelajaran yang baik dapat menghindari adanya kegagalan dalam mencapai tujuan pembelajaran dengan menggunakan media. Jika suatu media digunakan untuk memfasilitasi suatu proses belajar mengajar maka media itu harus dipilih dan digunakan karena media ini memiliki potensi untuk mempermudah belajar. Alfiyansah (2016) mengemukakan, dalam penggunaannya media tidak dapat langsung digunakan begitu saja oleh pengajar karena diperlukan suatu prosedur dalam proses pemilihannya. Oleh sebab itu, pemilihan dan penggunaan media harus benar-benar tepat agar tujuan yang diinginkan dapat tercapai dengan mudah. Pemanfaatan dan penggunaan media dapat menunjang efektifitas, efisiensi dan daya tarik dalam pembelajaran. Prosedur dalam pemilihan suatu media dalam proses belajar mengajar sebagai berikut : 1) Identifikasi ciri-ciri media yang diperlukan sesuai dengan kondisi. 2) Identifikasi karakteristik pembelajar. 3) Identifikasi karakteristik lingkungan belajar berkenaan dengan media yang akan digunakan. 4) Identifikasi pertimbangan praktis yang memungkinkan media mana yang mudah digunakan dan dilaksanakan.

Pembelajaran yang berkualitas sangat berpengaruh terhadap hasil belajar dan aktivitas belajar. Keberhasilan strategi *Experiential learning* tergantung pula pada aktivitas pembelajar dalam melibatkan sikap, pola pikir



dan perhatian dalam suatu proses pembelajarannya. Menurut Paul D. Dierich aktivitas pembelajar diklasifikasikan menurut jenisnya yaitu visual, Lisan (oral), mendengarkan, menulis, menggambar, metrik, mental dan emosional (Hamalik, 2004)

Tabel 2.2. Aktivitas Pembelajar pada Strategi *Experiential Learning*

Kemampuan	Uraian	Pengutamaan
<i>Concrete Experience</i> (CE)	Peserta melibatkan diri sepenuhnya dalam pengalaman baru	<i>Feeling</i> (perasaan)
<i>Reflection Observation</i> (RO)	Peserta mengobservasi dan merefleksikan atau memikirkan pengalaman dari berbagai segi	<i>Watching</i> (mengamati)
<i>Abstract Conceptualization</i> (AC)	Peserta menciptakan konsep-konsep yang mengintegrasikan observasinya menjadi teori yang sehat	<i>Thinking</i> (berpikir)
<i>Active Experimentation</i> (AE)	Peserta menggunakan teori untuk memecahkan masalah-masalah dan mengambil keputusan	<i>Doing</i> (berbuat)

Selain itu beberapa hal yang harus diperhatikan dalam model pembelajaran *Experiential learning*, fasilitator juga harus memperhatikan metode belajar melalui pengalaman, yaitu meliputi tiga hal di bawah ini. 1. Strategi belajar melalui pengalaman berpusat pada pembelajar dan berorientasi pada aktivitas. 2. Penekanan dalam strategi belajar melalui pengalaman adalah proses belajar, dan bukan hasil belajar.

aktor penghambat pelaksanaan pembelajaran *Experiential learning* yaitu: (a) ng kurang efektif dan efisien, (b) kesulitan pembelajar dalam melakukan



adaptasi terhadap metode *Experiential learning*, (c) Kurangnya kemampuan pembelajar dalam memahami tugas yang harus dilakukan, dan (d) kurangnya rasa percaya diri pembelajar dalam melaksanakan aktivitas *Feeling* (perasaan), *Watching* (mengamati), *Thinking* (berpikir), *Doing* (berbuat) untuk memperoleh kemampuan *Concrete Experience* (CE), *Reflection Observation* (RO), *Abstract Conceptualization* (AC), *Active Experimentation* (AE).

Untuk mengantisipasi kelemahan tersebut maka: (1) Fasilitator hendaknya menerapkan metode *Experiential learning* untuk menciptakan suasana belajar yang nyaman, dan disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun dan waktu yang telah disediakan, (2) Fasilitator harus termotivasi untuk menciptakan metode-metode pembelajaran yang inovatif, (3) Pembelajar dimotivasi agar lebih berani dalam mengemukakan pendapat maupun argumen ketika metode pembelajaran berlangsung, dan meningkatkan kemampuan inkuiri dan bereksplorasi untuk memperoleh pengalaman langsung.

E. Knowledge Management

Dalam era masyarakat berbasis pengetahuan (*knowledge-based society*) di abad ke-21 ini, cara belajar masyarakat telah berubah. Pengetahuan baru diperoleh dengan belajar dari pelatihan, pekerjaan dan pertukaran pengalaman. Departemen Tenaga Kerja AS memperkirakan bahwa lebih dari 70% pengetahuan terjadi dari pengalaman dan 30% dari pendidikan dan pelatihan (McCampbell, Clare, & Gitters,



Pengetahuan setiap individu didalam organisasi atau perusahaan tentunya berbeda-beda sehingga menyebabkan pengetahuan itu tidak berkembang secara merata didalam lingkungannya. *Knowledge Management* menjadi salah satu solusi untuk membantu pengolahan pengetahuan, sehingga seorang individu didalam pelatihan atau kelas pembelajaran dapat memiliki pengetahuan yang sama kemudian dengan pengetahuan yang sama itu dapat membantu mengembangkan sebuah organisasi atau perusahaan (McCampbell et al., 1999).

Knowledge management terbentuk dari suatu pengetahuan, dimana pengetahuan terbagi menjadi dua jenis, yaitu :

1. *Tacit Knowledge*

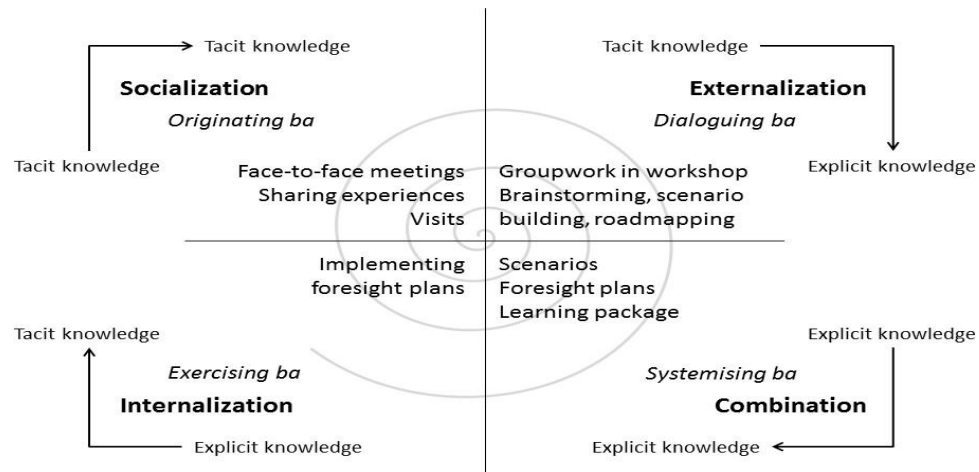
Merupakan suatu pengetahuan yang tidak mudah digambarkan dan dibagikan, pengetahuan ini berupa suatu pengalaman dan keahlian yang dimiliki oleh masing-masing individu dimana pengetahuan tersebut belum terdokumentasikan, pengetahuan ini didapatkan atau berkembang melalui interaksi dan komunikasi dengan orang lain.

2. *Explicit Knowledge*

Merupakan suatu pengetahuan yang telah berhasil terdokumentasikan, yang memiliki suatu sifat struktural, sistematis dan mudah untuk dikomunikasikan dan dibagikan kepada orang lain.

Pengetahuan ini dapat berupa : buku, jurnal, karya ilmiah, referensi atau lainnya. Pengetahuan ini didapatkan dan berkembang dari isi dan informasi yang ada didalamnya.





Gambar 2. 4. SECI Model

Sumber: Gourlay (2003)

Gambar 4 dikenal dengan *SECI Model* oleh Gourlay (2003) pada gambar tersebut terlihat dua tipe pengetahuan, yaitu *tacit knowledge* dan *eksplisit knowledge*. Nonaka and Takeuchi (2007) menyatakan bahwa kedua tipe tersebut dapat dikonversi dari satu ke yang lain dan sebaliknya, yaitu :

1. Socialization

Merupakan proses mentransfer pengalaman yang dimiliki oleh seseorang kepada orang lain untuk menghasilkan suatu *tacit knowledge*. Proses ini dilakukan dengan pertemuan secara langsung atau tatap muka. Selain itu pengetahuan ini didapatkan dari suatu hal yang dilakukan secara bersama, seperti : rapat, diskusi, dll.



2. *Externalization*

Merupakan suatu proses untuk mengartikulasikan *tacit knowledge* ke dalam suatu bentuk menjadi eksplisit, seperti : Forum, buku, notulen, laporan, dan sebagainya.

3. *Combination*

Merupakan suatu proses yang menggabungkan beberapa *explicit knowledge* yang berbeda untuk dibuat menjadi suatu *explicit knowledge* yang baru, melalui analisis, pengelompokkan, dan penyusunan kembali.

4. *Internalization*

Merupakan proses yang melakukan suatu ekstrak dari *explicit knowledge* yang ada menjadi suatu *tacit knowledge*.

Knowledge management memiliki tiga komponen dengan peran yang berbeda, yaitu :

1. *People*

Suatu KM yang berhasil didalam penerapannya harus didukung dengan ketersediaan *resource* individu yang memiliki kompetensi didalamnya. Individu-individu ini yang memiliki peranan penting dalam KM, Oleh karena itu hal utama yang perlu dikembangkan adalah kompetensi masing-masing individu yang ada didalam organisasi.

Process

Suatu KM yang memiliki proses yang jelas dapat mempermudah dalam pembuatan suatu inovasi dalam pengetahuan dan mempermudah untuk



menyalurkan pengetahuannya. Untuk itu perlu dibuatnya suatu proses transfer dan aliran pengetahuan yang baik melalui identifikasi dan pemetaan pengetahuan.

3. *Technology*

Dalam mempermudah penerapan KM, diperlukan sebuah teknologi yang dapat membantu dalam aliran informasi dan data yang terjadi dalam proses KM, diantaranya dengan meng-*capture*, menyimpan, dan mempermudah dalam penggunaan informasi dalam organisasi. Adapun teknologi yang dibangun dapat berupa : Forum, Portal, Share Point, dll.

Knowledge Management berfokus pada identifikasi, akuisisi, distribusi dan pemeliharaan pengetahuan substansial dan relevan. Manajemen Pengetahuan berkaitan dengan eksploitasi dan pengembangan aset pengetahuan sebuah organisasi dengan maksud untuk memajukan tujuan organisasi. Sistem *knowledge management* telah diterapkan di banyak organisasi dengan harapan bahwa mereka akan memiliki efek positif pada kinerja.

Manajemen pengetahuan dapat meningkatkan kinerja organisasi (Fattahiyan, Hoveida, Siadat, & Tallebi, 2012) Walaupun tidak semua sumber daya pengetahuan mempengaruhi kinerja organisasi secara langsung. Namun, tidak dapat mengabaikan karena mereka bekerja dalam kombinasi dengan dukungan sumber daya lainnya, seperti akuisisi pengetahuan dan aplikasi



pengetahuan yang dapat berkontribusi langsung ke keberhasilan organisasi (Mills & Smith, 2011).

Dalam kegiatan pendidikan di universitas, *Knowledge management* bisa meningkatkan pelayanan administrasi yang berkaitan dengan perbaikan kurikulum, proses belajar mengajar dengan teknologi, meningkatkan respon dengan memantau dan menggabungkan pelajaran dari pengalaman dan evaluasi siswa. Nawaz and Gomes (2014), mengemukakan dua Konsep Model *Knowledge Management*. Model pertama berkonsentrasi pada bagaimana sumber pengetahuan diubah menjadi pengetahuan strategis, dimana proses konversi pengetahuan *tacit* dan *explisit* menjadi difusi pengetahuan yang berkonversi lagi sebagai penerapan pengetahuan. Peserta mengembangkan pengetahuannya dengan memahami konsep inti subjek dan mengkonversinya menjadi pengetahuan strategis. Dalam Model kedua pengetahuan strategis merupakan sumber pengetahuan peserta didik, sambil belajar pengetahuan pembelajar berdifusi pengetahuan dan pilih pengetahuan strategis. Hal ini meningkatkan peserta didik prosedural pengetahuan, menghasilkan keterampilan subjek inti dan algoritma, teknik inti subjek dan metode dan pengetahuan formula untuk menentukan kapan dan bagaimana menggunakan prosedur yang tepat untuk memecahkan masalah. Model *Strategic Knowledge* dapat diimplementasikan di perguruan tinggi, kemudian untuk Model *Inovation Knowledge* dapat diimplementasikan di lembaga atau institusi pelatihan/training lanjutan.



F. Competency Based Training

Kompetensi merupakan kemampuan yang dimiliki oleh seseorang dalam melaksanakan tugas atau suatu pekerjaan yang dilandasi oleh keterampilan dan pengetahuan (ten Cate & Scheele, 2007). Manik and Coenraat (2015) menyatakan karakteristik kompetensi individu sebagai berikut:

1. Motif, merupakan sesuatu hal yang dipikirkan dan diinginkan individu secara konsisten sehingga menyebabkan suatu tindakan.
2. Sifat, merupakan karakteristik pribadi dan respon yang ditunjukkan secara konsisten terhadap situasi atau keadaan.
3. Konsep diri, merupakan nilai-nilai, citra diri atau sikap seseorang. Salah satu contohnya adalah percaya diri.
4. Pengetahuan, merupakan informasi mengenai bidang tertentu atau kompetensi yang kompleks yang dimiliki individu.
5. Keterampilan, merupakan tingkat kemampuan individu dalam mengerjakan tugas atau pekerjaan.

Pengembangan kompetensi karyawan untuk memenuhi tuntutan kinerja individu dan organisasi salah satunya dilakukan dalam bentuk pelatihan. Jika organisasi tidak mendapatkan tingkat yang diharapkan atau kualitas kinerja yang diinginkan dari karyawannya, mereka akan mencari individu yang memiliki

si atau melakukan langkah-langkah untuk membuat karyawan mereka ni harapan kinerja. Buckley & Capel dalam Iyewa & Gbervbie (Buckley & 09; Iyewa & Gbervbie, 2017) menyatakan bahwa untuk bertahan hidup



dalam lingkungan yang terus berubah saat ini maka ada kebutuhan bagi organisasi untuk terlibat dalam pelatihan secara reguler untuk mengatasi tantangan yang berasal dari perubahan sosial, inovatif, ekonomi dan politik.

Pelatihan merupakan pendekatan sistematis untuk meningkatkan efektivitas individu, tim, dan organisasi melalui peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap (Aguinis & Kraiger, 2009; Buckley & Caple, 2009) Pelatihan dimaksudkan sebagai upaya sistematis untuk untuk mencapai kinerja yang efektif memodifikasi dan mengembangkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan melalui pembelajaran dari pengalaman untuk kinerja spesifik yang paling sering diabaikan (Buckley & Caple, 2009)

Pelatihan memiliki kecenderungan pembelajaran yang lebih mandiri dan membutuhkan dukungan selama proses pelatihan. Tidak hanya sifat pelatihan yang berkembang, tetapi juga tuntutan transfer dan kinerja tugas berbeda secara signifikan dari masa sebelumnya (Tay, Lin, Kee, & Kong, 2019) Pekerjaan yang semakin kompleks dan pengetahuan-sentris, menuntut karyawan untuk beradaptasi dengan tuntutan pekerjaan yang berubah (Bell & Kozlowski, 2008), yang lebih menekankan pada keterampilan kognitif (Kozlowski, dkk., 2001). Transfer pelatihan semakin didefinisikan sebagai generalisasi pengetahuan, yaitu adaptasi pengetahuan dan keterampilan terlatih untuk situasi tugas yang lebih sulit dan kompleks, baik daripada

langsung konten pelatihan ke rutinitas sehari-hari. Selain itu, dengan transisi kerja yang lebih kolaboratif, pelatihan tidak hanya menjadi sarana untuk



mengembangkan kompetensi inti karyawan, tetapi juga cara untuk memungkinkan mereka menegosiasikan makna di tempat kerja (Kraiger, 2014).

G. Manajemen Puskesmas

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas ada tiga instrument manajemen puskesmas yaitu :

1. Perencanaan (P1)

Perencanaan yang disusun melalui pengenalan permasalahan secara tepat berdasarkan data yang akurat, serta diperoleh dengan cara dan dalam waktu yang tepat, maka akan dapat mengarahkan upaya kesehatan yang dilaksanakan puskesmas dalam mencapai sasaran dan tujuannya. Dalam upaya mencakup seluas mungkin sasaran masyarakat yang harus dilayani, serta mengingat ketersediaan sumber daya yang terbatas, maka pelayanan kesehatan harus dapat dilaksanakan secara terintegrasi baik lintas program maupun lintas sektor. Kepala puskesmas harus mampu membangun kerjasama dan mengkoordinasikan program di internal puskesmas dan di eksternal dengan mitra lintas sektor.

Proses perencanaan puskesmas akan mengikuti siklus perencanaan pembangunan daerah, dimulai dari tingkat desa/kelurahan, selanjutnya disusun pada tingkat kecamatan dan kemudian diusulkan ke dinas kesehatan



kabupaten/kota. Perencanaan, akan diusulkan melalui kecamatan ke pemerintah daerah kabupaten/kota.

2. Penggerakan dan Pelaksanaan (P2)

Penggerakan pelaksanaan program/kegiatan dapat dilakukan melalui berbagai cara, diantaranya adalah rapat dinas, pengarahan pada saat apel pegawai, pelaksanaan kegiatan dari setiap program sesuai penjadwalan pada rencana pelaksanaan kegiatan bulanan, maupun dilakukan melalui forum yang dibentuk khusus untuk itu. Forum yang dibentuk khusus untuk melakukan penggerakan pelaksanaan program/kegiatan dinamakan forum Lokakarya Mini Puskesmas.

Dalam rangka penggerakan dan pelaksanaan program/kegiatan puskesmas merupakan kegiatan lanjutan dari pelaksanaan program/kegiatan, kepala puskesmas dapat melakukan pengorganisasian ulang petugas di puskesmas dalam rangka penguatan dan pemantapan organisasi.

3. Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian

Pengawasan puskesmas dibedakan menjadi dua, yaitu pengawasan internal dan eksternal. Pengawasan internal adalah pengawasan yang dilakukan oleh puskesmas sendiri, baik kepala puskesmas, tim audit internal maupun setiap penanggung jawab dan pengelola/pelaksana program. Adapun

pengawasan eksternal dilakukan oleh instansi dari luar puskesmas antara lain dinas kesehatan kabupaten/kota, dan masyarakat (Kemenkes, 2016).



Pelatihan menjadi bagian penting dari upaya pengembangan kapasitas sumber daya manusia. Pelatihan kesehatan menerapkan prinsip-prinsip pembelajaran andragogi dalam kegiatan pembelajaran (Ramadhon, 2016). Andragogi diambil dari bahasa Yunani, bermakna seni dalam mengajar orang dewasa, sedangkan secara bahasa andragogi dari kata aner artinya orang dewasa, dan agogos artinya memimpin. Berbeda dengan pedagogi yang bermakna seni dan pengetahuan mengajar anak. Andragogi merupakan pembelajaran yang berfokus pada peserta dengan pengetahuan dan keterampilan yang relevan (Yoshimoto, Inenaga, & Yamada, 2007), dan dijelaskan lebih lanjut bahwa dalam pembelajaran orang dewasa atau andragogi peran pengajar lebih kepada memfasilitasi pembelajaran daripada mengajar. Merriam dan Caffarella dalam Rachal (Rachal, 2002), mengungkapkan bahwa hanya sedikit penelitian yang dilakukan mengenai andragogi sehingga teori yang dianggap terbaik tentang pembelajaran orang dewasa tersebut, telah menyebabkan lebih banyak kontroversi, debat secara filosofis, dan analisis kritik daripada konsep/model/teori yang sejauh ini diajukan.

Lindeman dalam Peterson dan Ray (Peterson & Ray, 2013) menjelaskan mengenai ciri-ciri pembelajar dewasa, yaitu mengikuti kegiatan belajar secara sukarela, menghargai manfaat intrinsik pembelajaran, dan belajar berdasarkan kebutuhan dan permasalahan mereka dibandingkan dengan berfokus pada subjek

dan sebagai tambahan, Lindeman menyatakan bahwa pembelajar dewasa yang dengan pembelajaran kolaboratif dan pengalaman hidup mereka busi pada proses pembelajaran.



Beberapa penelitian tentang pelatihan lanjutan pada karyawan yang lebih tua mengindikasikan hasil yang lebih rendah (Taylor & Urwin, 2001). Ketika karyawan yang lebih tua mendapatkan pelatihan yang kurang optimal maka menjadi masalah dari aspek ekonomi karena dapat berdampak negatif pada produktivitas dan kemampuan kerja mereka. Alasan utama yang dikemukakan sebagai penyebab kegagalan pelatihan adalah periode kegiatan yang lebih pendek (Cunha, Heckman, Lochner, & Masterov, 2006), motivasi mereka yang lebih rendah untuk berinvestasi dalam pelatihan dan kemampuan adaptasi yang dirasakan lebih rendah pada karyawan yang lebih tua (Inceoglu, Segers, & Bartram, 2012) .

Keterbatasan sumber daya di Puskesmas membutuhkan manajer dengan kompetensi yang memadai. Upaya peningkatan kompetensi melalui pelatihan menjadi salah satu pilihan yang dilakukan sejak lama. Sejumlah penelitian menunjukkan dampak positif pelatihan terhadap peningkatan kompetensi sumber daya manusia dan kinerja organisasi (Mansour, 2015). Salah satu penelitian pada pelatihan asisten medis pelayanan kesehatan anak menyatakan bahwa 93,5% peserta menganggap program pelatihan sangat baik karena dapat mengubah persepsi dan keterampilan mereka secara positif dalam mendukung tugasnya (Brown et al., 2013).

Efektifitas kinerja individu dalam pekerjaannya berkaitan dengan karakteristik yang merupakan bentuk kompetensi seseorang. Istilah kompetensi didefinisikan

onteks pengetahuan, sifat, keterampilan, dan kemampuan tertentu (Kak, er, & Cooper, 2001), dan secara lebih rinci Gordon menyatakan bahwa asi meliputi beberapa aspek yaitu *knowledge, understanding, skill, value,*



attitude, dan interest. Kompetensi professional kesehatan masyarakat ditemukan dalam berbagai literatur, meskipun dianggap berbeda dari satu negara dengan negara lain tetapi ada beberapa kesepakatan luas mengenai kompetensi inti, seperti komunikasi, pemrosesan informasi, kerja tim, kepemimpinan, penyelesaian masalah, perencanaan, dan pengambilan keputusan (Loureiro, Sherriff, & Davies, 2009).

Kompetensi manajerial puskesmas adalah kemampuan yang harus dimiliki seseorang untuk menjalankan kegiatan pengelolaan puskesmas. Kemampuan tersebut merupakan gambaran pemahaman peserta terhadap materi manajemen puskesmas yang telah dipelajari. Manajemen adalah penggunaan semua sumber-sumber daya organisasi yang tersedia untuk mencapai tujuan-tujuan organisasi yang telah ditetapkan melalui proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian pekerjaan anggota-anggota organisasi (Stoner & Freeman, 1992). Kegiatan manajemen Puskesmas diawali dengan perencanaan. Perencanaan menjadi dasar dari semua upaya pengerahan sumber daya yang dimiliki puskesmas untuk mengatasi masalah kesehatan di wilayahnya. Perencanaan kesehatan merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menyiapkan sumber daya yang di butuhkan, menetapkan tujuan pokok program, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan (Muninjaya, 2004). Sedangkan perencanaan puskesmas merumuskan masalah kesehatan di wilayah kerjanya dengan menetapkan

prioritas, tujuan, sasaran, dan target kinerja, dan merencanakan sumber daya yang dibutuhkan. Handoko (2003) menyatakan bahwa kegiatan perencanaan dilaksanakan dengan tahapan tertentu. Perencanaan Puskesmas dilaksanakan dengan



melalui beberapa tahapan, yaitu 1) melakukan analisis situasi dan mengidentifikasi masalah, 2) menentukan prioritas masalah terpilih, 4) mencari penyebab masalah, 5) menetapkan cara penyelesaian masalah, dan 6) menyusun rencana pelaksanaan kegiatan (Chintia, 2019).

H. Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Makassar

Badan PPSDM Kesehatan pertama dibentuk dengan Peraturan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor 446/Menkes-Kessos/V/2001 tanggal 11 Mei 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI dengan nama Badan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. Pada saat itu terjadi restrukturisasi di seluruh departemen sebagai pelaksanaan Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2001 tentang Susunan Organisasi dan Tugas Departemen. selanjutnya terjadi pula penggabungan dua departemen menjadi satu yaitu Departemen Kesehatan dan Departemen Sosial menjadi Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. Pada tanggal 11 Mei 2001 merupakan tonggak sejarah berdirinya Badan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial yang merupakan cikal bakal Badan PPSDM Kesehatan.

Pada bulan November 2001 terjadi perubahan kembali organisasi departemen Departemen Kesehatan yang semula bergabung dengan Departemen Sosial menjadi Departemen Kesehatan dengan organisasi dan tata kerja yang



ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan, tanggal 27 November 2001. Sejak tanggal 27 November 2001 namanya berubah menjadi Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan dan pusat-pusat di lingkungan badan menjadi 4 pusat. Pada tahun 2001 unit pelaksana teknis (UPT) yang berada di lingkungan Badan PPSDM Kesehatan terdiri dari Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) sebanyak 5 UPT dan Politeknik Kesehatan sebanyak 32 institusi.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan. Untuk menyelenggarakan tugas tersebut, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan kebijakan teknis pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pendayagunaan, peningkatan kompetensi, dan pembinaan mutu sumber daya manusia kesehatan;
2. Pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan di bidang perencanaan, pendayagunaan, dan peningkatan kompetensi, dan pembinaan mutu sumber daya manusia kesehatan;



3. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan pelaksanaan tugas perencanaan, pendayagunaan, dan peningkatan kompetensi, dan pembinaan mutu sumber daya manusia kesehatan;
4. Pelaksanaan administrasi Badan; dan
5. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

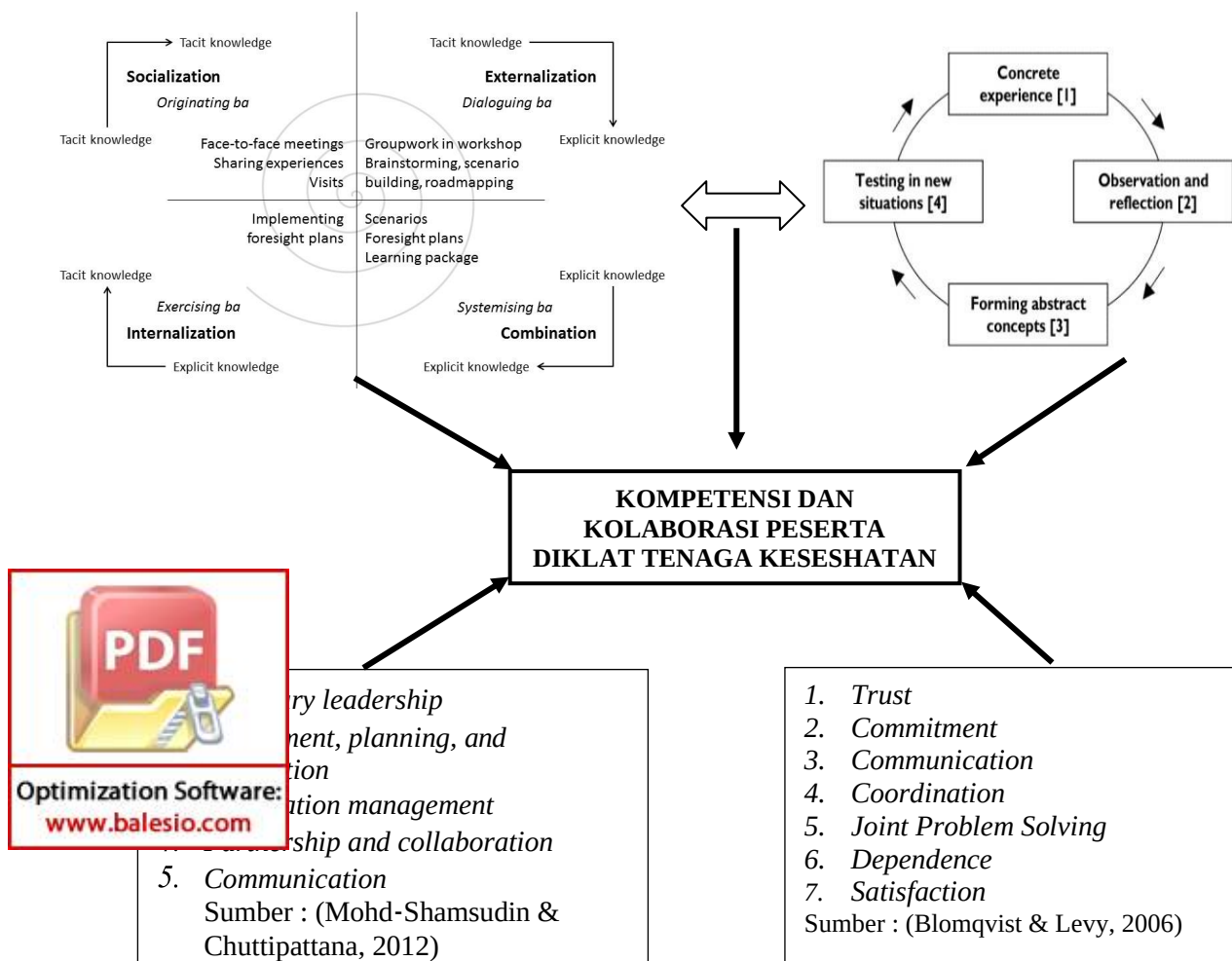
Balai Besar Pelatihan Kesehatan Makassar adalah institusi vertikal Kementerian Kesehatan. Secara historis, perkembangan Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Makassar sejak didirikan tahun 1982 sampai sekarang, mengalami beberapa kali perubahan nama sesuai dengan tuntutan dan kebutuhan pada masanya. Pada awal didirikannya (tahun 1982) bernama Balai Latihan Kesehatan (BLKM) dengan lokasi bersama dengan Pelatihan Kusta di Kompleks Kesehatan Banta-Bantaeng. Melalui SK Menkes RI No. 45/Menkes/SK/I tahun 1987 nama berubah menjadi Kursus Latihan Kesehatan Masyarakat (KLKM), dan lokasi di jalan Moha No. 59 Antang Raya Makassar.

Selanjutnya dengan surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.911/Menkes/SK/XI/1993 namanya berubah menjadi Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) Makassar. Dan pada tanggal 22 Oktober 2008 melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 971/Menkes/Per/X/2008 berubah menjadi Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Makassar yang meliputi 10 Provinsi Mitra/Binaan. Yaitu Sulsel,

Barat, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Utara, Gorontalo, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara.



I. Kerangka Teori Penelitian



Gambar. 2.5 Kerangka Teori Penelitian

Penelitian ini dimulai dengan pengembangan perangkat pembelajaran strategi *experiential learning* dan *knowledge management*, kemudian dilanjutkan dengan implementasi hasil pengembangan perangkat pembelajaran model *experiential learning* dan *knowledge management*. Tahap akhir penelitian akan melihat perubahan Kompetensi dan kolaborasi setelah mempraktikkan *experiential learning* dan *knowledge management* pada salah satu kegiatan pendidikan dan pelatihan.

Hasil penelitian (Lutwama, Roos, & Dolamo, 2012) menunjukkan bahwa meskipun petugas kesehatan umumnya responsif terhadap kebutuhan klien mereka, layanan yang mereka berikan sering tidak tepat waktu. Para tenaga kesehatan berinisiatif untuk memastikan bahwa mereka bekerja dengan baik, meskipun di tingkatan yang rendah menurunkan upaya ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas kesehatan yang produktif, lebih dari setengah (50,4%) Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa institusi/tempat kerja tenaga kesehatan dapat mengukur kinerja masing-masing. Temuan menunjukkan bahwa tenaga kesehatan yang terampil dan kompeten dapat melakukan tugas sebagai tenaga kesehatan dengan baik, hasil penelitian secara umum, menunjukkan bahwa petugas kesehatan mahir, adaptif, proaktif dan berorientasi klien.

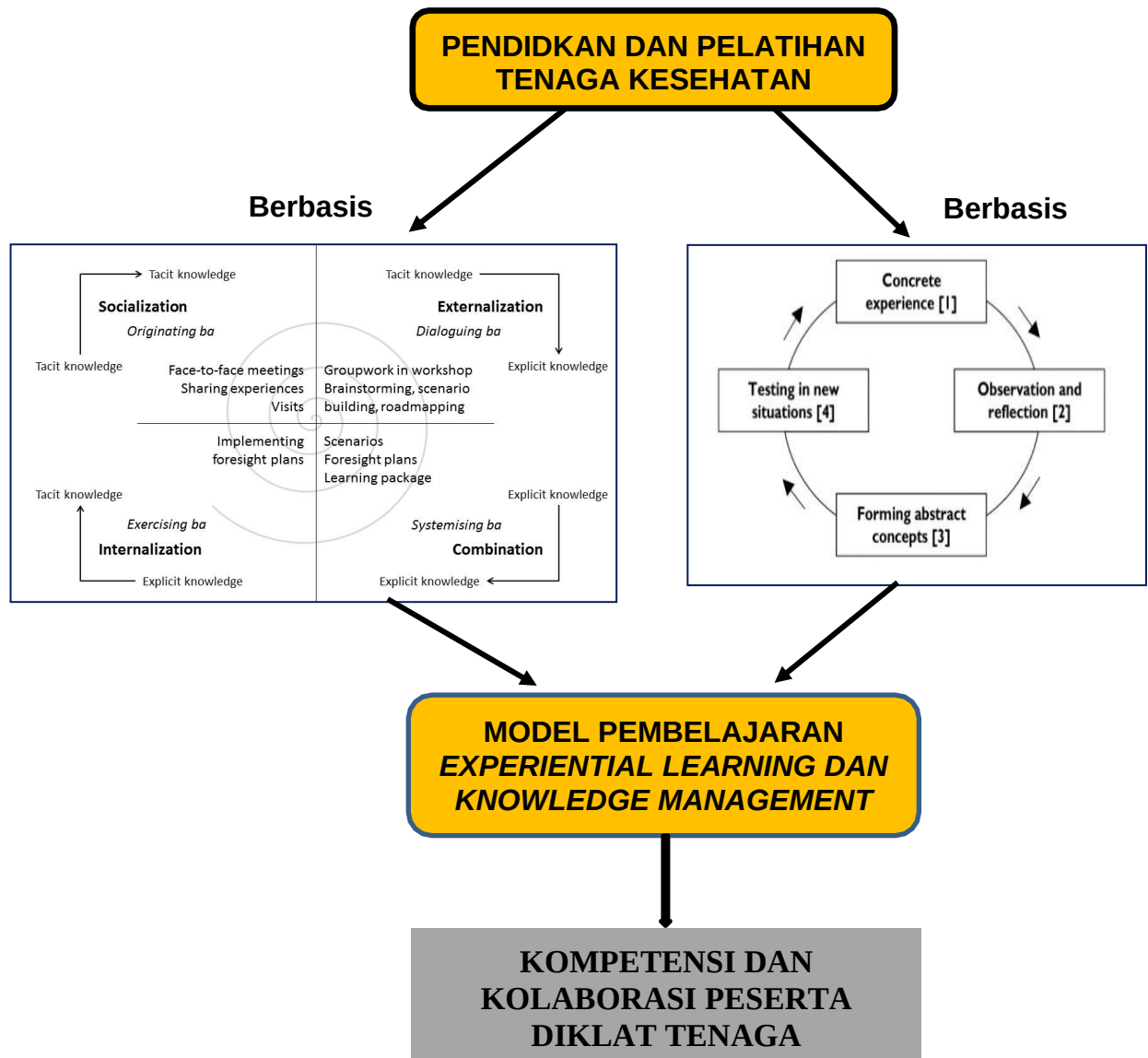
Dalam penelitian ini akan melihat kontribusi dari strategi *experiential* dan *knowledge management* pada kompetensi hasil belajar dan kolaborasi iklat, *experiential learning* diukur dengan indikator-indikator berdasarkan ahapan *concrete experience*, *reflective observation*, *abstract*



conceptualization, dan *experiment*. Sedangkan kompetensi diukur dengan tingkat pengetahuan, dan nilai akademik yang diperoleh sebagai hasil belajar dalam pelatihan.



Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.6 Kerangka Konsep



J. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini sebagai berikut :

1. Terdapat pengaruh metode pembelajaran *Experiential learning* berdasarkan *Consentrate Experience, Observation and Reflection, Abstract Concepts, dan Experiment/Testing New Situation* terhadap kompetensi peserta pada pendidikan dan pelatihan Manajemen Puskesmas di tempat pelatihan.
2. Terdapat pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* dan *direct learning* terhadap kompetensi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian peserta pada pendidikan dan pelatihan Manajemen Puskesmas di tempat pelatihan.
3. Terdapat pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* dan *direct learning* terhadap kolaborasi perencanaan, pelaksanaan dan penilaian peserta pendidikan dan pelatihan Manajemen Puskesmas di tempat pelatihan.
4. Terdapat pengaruh metode pembelajaran *experiential learning* dan *direct learning* terhadap kolaborasi implementasi *knowledge management* perencanaan, pelaksanaan dan penilaian Manajemen Puskesmas di Puskesmas

