

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kecemasan

2.1.1. Definisi

Kecemasan merupakan sinyal yang akan mengingatkan seseorang terhadap suatu bahaya dan memungkinkan seseorang tersebut mengambil tindakan untuk mengatasinya.¹²

2.1.2. Etiologi

Terdapat beberapa teori yang mendasari kecemasan ditinjau dari kontribusi dua ilmu, yaitu ilmu psikologi dan ilmu biologi.¹³

2.1.2.1. Teori Psikologis

a. Teori psikoanalitik¹³

Sigmund Freud berpendapat bahwa kecemasan dipandang sebagai akibat konflik psikis antara keinginan yang tidak disadari bersifat seksual atau agresif dan ancaman terhadap hal tersebut dari superego atau realitas eksternal. Sebagai respon terhadap sinyal ini, ego menggerakkan mekanisme pertahanan untuk mencegah pikiran dan perasaan yang tidak dapat diterima agar tidak muncul ke kesadaran.

b. Teori perilaku-kognitif¹³

Teori perilaku atau pembelajaran kecemasan telah menghasilkan beberapa terapi yang paling efektif untuk gangguan kecemasan. Menurut teori ini, kecemasan adalah respon yang dipelajari terhadap rangsang lingkungan tertentu.

c. Teori eksistensial¹³

Konsep utama teori eksistensial adalah bahwa orang-orang mengalami perasaan hidup di alam semesta tanpa tujuan. Kecemasan merupakan respon mereka terhadap kekosongan yang dirasakan dalam keberadaan dan makna.

2.1.2.2. Teori Biologis

a. Sistem Saraf Otonom¹³

Sistem saraf otonom dari beberapa pasien dengan gangguan kecemasan, terutama mereka dengan gangguan panik, menunjukkan tonus simpatik meningkat, beradaptasi perlahan terhadap rangsangan berulang, dan memberikan respon lebih untuk rangsangan sedang.

b. Neurotransmitter¹³

Tiga neurotransmitter utama yang terkait dengan kecemasan berdasarkan pembelajaran yang dilakukan pada hewan dan tanggapan terhadap terapi obat adalah norepinefrin (NE), serotonin, dan Î³-aminobutyric acid (GABA).

1) Norepinefrin

Peran norepinefrin dalam gangguan kecemasan adalah bahwa pasien yang mengalami kecemasan dapat memiliki sistem adrenergik yang diatur dengan buruk dengan ledakan aktivitas yang kadang-kadang terjadi.

2) Serotonin

Sebuah laporan menunjukkan bahwa m-klorofenilpiperazin (mCPP), yaitu obat dengan berbagai efek serotonergik dan nonserotonergik, serta fenfluramin

(pondimin) yang menyebabkan pelepasan serotonin, menimbulkan peningkatan kecemasan pada pasien dengan gangguan kecemasan.

3) GABA

Peran GABA dalam gangguan kecemasan paling kuat didukung oleh efektivitas benzodiazepin yang tidak meragukan, yang meningkatkan aktivitas GABA di reseptor GABA_A, di dalam terapi beberapa jenis gangguan kecemasan.

c. Studi Pencitraan Otak (MRI)¹³

Berbagai studi pencitraan otak, hampir selalu dilakukan dengan gangguan kecemasan tertentu, telah menghasilkan beberapa kemungkinan mengarah pada pemahaman gangguan kecemasan. Dalam satu studi MRI, cacat tertentu di lobus temporal kanan tercatat pada pasien dengan gangguan panik.

d. Studi genetika¹³

Studi genetik telah menghasilkan bukti kuat bahwa setidaknya beberapa komponen genetik berkontribusi terhadap perkembangan gangguan kecemasan. Keturunan telah diakui sebagai faktor predisposisi dalam pengembangan gangguan kecemasan. Hampir setengah dari semua pasien dengan gangguan panik memiliki setidaknya satu kerabat yang terkena gangguan yang sama.

e. Pertimbangan neuroanatomis¹³

Lokus seruleus dan inti raphe terutama ke sistem limbik dan korteks serebral. Dalam kombinasi dengan data dari studi pencitraan otak, daerah ini telah menjadi fokus dari banyak

hipotesis tentang pembentukan substrat neuroanatomi dari gangguan kecemasan.

1) Sistem limbiks

Dua bidang sistem limbik telah menerima perhatian khusus dalam literatur: peningkatan aktivitas di jalur septohippokampus yang dapat menyebabkan kecemasan dan girus cinguli.

2) Korteks serebral

Korteks serebral frontal terhubung dengan wilayah parahippocampal, cingulate gyrus, dan hipotalamus dan, dengan demikian, mungkin terlibat dalam produksi gangguan kecemasan. Korteks temporal juga telah terlibat sebagai situs patofisiologi pada gangguan kecemasan.

Selain kedua teori diatas, kecemasan hadir karena adanya suatu emosi yang berlebihan. Selain itu, keduanya mampu hadir karena lingkungan yang menyertainya, meliputi:

a. Lingkungan keluarga

Keadaan rumah dengan kondisi yang penuh dengan pertengkaran atau penuh dengan kesalahpahaman serta adanya ketidakpedulian orang tua terhadap anak-anaknya, dapat menyebabkan ketidaknyamanan serta kecemasan pada anak saat berada di dalam rumah.¹⁴

b. Lingkungan sosial

Lingkungan sosial adalah salah satu hal yang dapat mempengaruhi kecemasan seseorang. Jika seseorang berada dalam lingkungan yang tidak baik, dan individu tersebut menimbulkan suatu perilaku yang buruk, maka akan menimbulkan adanya berbagai

penilaian buruk di mata masyarakat. Sehingga dapat menimbulkan kecemasan.¹⁴

2.1.3. Patofisiologi

Kecemasan adalah respon dari persepsi terancam yang diterima oleh sistem saraf pusat akibat adanya rangsangan berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsang tersebut dipersepsikan oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem saraf pusat melibatkan, yaitu *Cortex cerebri* diteruskan ke *Limbic system* lalu ke *Reticular Activating System* kemudian ke *Hypothalamus* yang memberikan impuls kepada kelenjar adrenal, selanjutnya memacu sistem saraf otonom melalui mediator yang lain. Sistem limbik terletak diensefalon, terdiri atas hipokampus, girus singuli, dan nucleus amigdala yang merupakan sentrum integrasi emosi.¹⁵

2.1.4. Tingkatan

Berikut merupakan tingkat kecemasan¹⁶ :

a. Cemas ringan

Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b. Cemas sedang

Cemas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan menyampingkan hal yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

c. Cemas berat

Cemas berat sangat mengurangi persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik, dan tidak berfikir tentang hal lain, semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan.

d. Panik

Panik berhubungan dengan ketakutan dan kesalahan. Rincian terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan, panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik terjadi aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

2.1.5. Kriteria Diagnostik

Kecemasan umum memiliki kriteria, yaitu memiliki tiga atau lebih dari sifat lekas marah, gelisah, tegang, mudah lelah, kesulitan konsentrasi atau pikiran kosong, ketegangan, dan insomnia. Diagnosis berdasar riwayat pasien penting dengan saksama mendengar yang dikatakan pasien, kecuali pasien dengan gangguan organik distimulasi dengan sejarah.¹⁷

Fitur-fitur kecemasan menyeluruh berdasar PPDGJ-III meliputi:

- 1) Penderita harus menunjukkan anxietas sebagai gejala primer yang berlangsung hampir setiap hari untuk beberapa minggu sampai beberapa bulan, yaitu tidak terbatas atau hanya menonjol pada keadaan situasi khusus tertentu saja (sifatnya *free floating* atau mengambang).

- 2) Gejala-gejala tersebut biasanya mencakup unsur-unsur berikut:
 - a) Kecemasan (khawatir akan nasib buruk, merasakan seperti diujung tanduk, sulit konsentrasi, dsb)
 - b) Ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemeteran, tidak dapat santai, dsb)
 - c) Overaktivitas otonomik (kepala terasa ringan, berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak napas, keluhan lambung, pusing kepala, mulut kering, dsb)
 - d) Pada anak-anak sering terlihat adanya kebutuhan berlebihan untuk ditenangkan (reassurance) serta keluhan-keluhan somatic berulang yang menonjol.
- 3) Adanya gejala-gejala lain yang sifatnya sementara (untuk beberapa hari). Khususnya depresi, tidak membatalkan diagnosis gangguan anxiety menyeluruh selama hal tersebut tidak memenuhi kriteria lengkap dari episode depresif, gangguan anxiety fobik, gangguan panik atau gangguan obsesif-kompulsif.

2.1.6. Penatalaksanaan

- a. Farmakologi
 - 1) Benzodiazepin

Merupakan pilihan obat pertama. Pemberiannya di mulai dengan dosis terendah dan ditingkatkan sampai mencapai respon terapi. Penggunaan sediaan dengan waktu paruh menengah dan dosis terbagi dapat mencegah terjadinya efek yang tidak diinginkan. Lama pengobatan rata-rata adalah 2-6 minggu, dilanjutkan dengan masa *tapering off* selama 1-2 minggu.¹⁸

2) Buspiron

Efektif pada 60-80% penderita GAD (*General Anxiety Disorder*). Buspiron lebih efektif dalam memperbaiki gejala kognitif dibanding gejala somatic pada GAD. Tidak menyebabkan *withdrawl*. Kekurangannya adalah efek klinisnya baru terasa setelah 2-3 minggu. Terbukti pada penderita GAD yang sudah menggunakan benzodiazepin tidak akan memberikan respon yang baik dengan buspiron. Dapat dilakukan penggunaan secara bersamaan antara benzodiazepin dengan buspiron kemudian dilakukan *tapering* benzodiazepin setelah 2-3 minggu, disaat efek terapi buspiron sudah mencapai maksimal.¹⁸

3) SSRI (*Selective Re-uptake Inhibitor*)

Paroxetin dan sertraline merupakan pilihan yang lebih baik daripada fluoxetin. Pemberian fluoxetin dapat meningkatkan kecemasan sesaat. SSRI selektif terutama pada pasien GAD dengan riwayat depresi.¹⁸

b. Non Farmakologi

1) Terapi Kognitif-Perilaku

Pendekatan kognitif mengajak pasien secara langsung mengenali penyimpangan kognitif dan pendekatan perilaku, mengenali gejala somatic secara langsung. Pada pendekatan behavioral digunakan teknik utama berupa relaksasi dan *biofeedback*.¹⁸

2) Terapi Suportif

Memberikan *reassurance* dan kenyamanan pada pasien, digali potensi-potensi yang ada dan belum tampak, didukung

egonya, agar lebih bisa beradaptasi optimal dalam fungsi social dan pekerjaannya.¹⁸

3) Psikoterapi Berorientasi Tilikan

Terapi ini mengajak pasien untuk mencapai penyingkapan konflik bawah sadar, menilik *egostrength*, relasi obyek, serta keutuhan *self* pasien. Dari pemahaman akan komponen-komponen tersebut, terapis dapat memperkirakan sejauh mana pasien dapat diubah untuk menjadi lebih matang; bila tidak tercapai, minimal kita sudah memfasilitasi agar pasien dapat beradaptasi dalam fungsi sosial dan pekerjaannya.¹⁸

2.2. Mahasiswa

2.2.1. Definisi

Mahasiswa adalah orang dalam masa belajar (peserta didik) yang terdaftar dan mengikuti proses pendidikan di perguruan tinggi (universitas).¹ Mahasiswa kedokteran adalah peserta didik yang mengikuti pendidikan kedokteran.² Pendidikan Kedokteran merupakan bagian dari pendidikan tinggi berdasarkan pancasila dan Undang - Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945.¹⁹

2.2.2. Sistem Pendidikan dan Pembelajaran Mahasiswa kedokteran

Model kurikulum berbasis kompetensi yang terintegrasi baik horizontal maupun vertikal, serta berorientasi pada masalah kesehatan individu, keluarga dan masyarakat dalam konteks pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga, serta memiliki muatan lokal yang spesifik. Isi kurikulum harus mengacu pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia. Isi kurikulum harus meliputi²⁰:

- 1) Ilmu Biomedik meliputi Anatomi, Biokimia, Histologi, Biologi Sel dan Molekuler, Fisiologi, Mikrobiologi, Parasitologi, Patologi Anatomi, Patologi Klinik, dan Farmakologi.²⁰
- 2) Ilmu Humaniora Kedokteran meliputi ilmu pendidikan kedokteran, ilmu perilaku kesehatan, sosiologi kedokteran, antropologi kedokteran, agama, bioetika dan hukum kesehatan, bahasa, serta Pancasila dan Kewarganegaraan.²⁰
- 3) Ilmu Kedokteran Klinik meliputi ilmu penyakit dalam dengan percabangannya, ilmu bedah dengan percabangannya, ilmu kesehatan anak, ilmu kebidanan dan penyakit kandungan, ilmu penyakit syaraf, ilmu kesehatan jiwa, ilmu kesehatan kulit dan kelamin, ilmu kesehatan mata, ilmu THT, ilmu gizi klinik, radiologi, ilmu anestesi, ilmu rehabilitasi medik, ilmu kedokteran forensik dan medikolegal.²⁰
- 4) Ilmu kesehatan masyarakat/kedokteran pencegahan/kedokteran komunitas meliputi biostatistik, epidemiologi, ilmu kependudukan, ilmu kedokteran keluarga, ilmu kedokteran kerja, ilmu kesehatan lingkungan, ilmu manajemen dan kebijakan kesehatan, ilmu sosial dan perilaku kesehatan, serta gizi masyarakat.²⁰
- 5) Prinsip metode ilmiah meliputi metodologi penelitian, berpikir logis dan kritis, penalaran klinis, dan kedokteran berbasis bukti.²⁰

2.2.3. Kegiatan Pembelajaran Mahasiswa

2.2.3.1. Mahasiswa tahun pertama

a. Pembekalan

Pembekalan diawali dengan pretest, untuk melihat kesiapan mahasiswa dan post test untuk evaluasi proses kuliah. Pretest dan post test dilakukan tertulis dan/atau lisan, tergantung dosen pengampu. Lama pembekalan disesuaikan dengan level kompetensi materi ajar. Semakin besar level kompetensinya

dan/atau makin banyak materi yang harus diberikan maka jam mengajar diberikan lebih banyak.

Pembekalan dilakukan di ruang pembekalan (*classical room*). Detail dari pelaksanaan pembekalan terdapat pada rencana strategi proses pembelajaran dan satuan ajar pokok.²¹

b. Tutorial

Tutorial dilakukan dalam rombongan-rombongan belajar. Setiap rombongan belajar (rombel) terdiri dari 8-10 mahasiswa dan setiap rombel dibimbing oleh seorang tutor. Tutor harus menguasai topik diskusi agar dapat mengarahkan diskusi dan membimbing mahasiswa sesuai kebutuhan.

Bahan diskusi merupakan suatu naskah skenario, dimana di dalamnya mengandung bahasan berbagai bidang ilmu yang saling terkait. Topik bahasan diskusi tutorial diangkat dari daftar masalah (individu dan komunitas) dan daftar penyakit sesuai standar kompetensi berdasarkan besar level kompetensinya, berturut-turut prioritas dari kompetensi terbesar ke arah yang lebih kecil. Topik bahasan dipersiapkan untuk mendukung ke arah blok selanjutnya.

Setiap satu skenario dilaksanakan dua kali pertemuan, dimana setiap pertemuan masing-masing adalah dua kali tatap muka / 2x 50 menit.

1) Pertemuan pertama:

a) Diskusi diawali dengan memotivasi mahasiswa/
memberikan komentar.

b) Diskusi membahas masalah dalam skenario (step 1-5):

Step 1. *Clarify Unfamiliar Terms* (Klarifikasi istilah)

Mahasiswa mengidentifikasi kata-kata yang artinya kurang jelas, anggota lainnya mencoba untuk mendefinisikannya. Kata atau nama yang oleh kelompok masih diperdebatkan ditulis di papan tulis atau flip chart.

Step 2. *Define the Problems* (Merumuskan masalah)

Problem (masalah), bisa berupa istilah, fakta, fenomena, yang oleh grup masih perlu dijelaskan (sesi terbuka pada step 1)

Step 3. *Brainstorm Possible Hypothesis or Explanation* (Melakukan curah pendapat dan kesimpulan sementara)

Mahasiswa mencoba membuat formulasi hipotesis, berdiskusi tentang berbagai kemungkinan yang sesuai dengan masalah. Diskusi tetap dalam tingkat hipotesis, namun tidak ke hal-hal yang sifatnya rinci atau analisis krisis.

Step 4. *Arrange Explanation Into Tentative Solutions/ Analyze the problem* (Intervensi masalah secara sistematis dengan *problem tree*)

Mahasiswa mencoba merinci masalah dan membandingkannya dengan hipotesis yang sudah dikembangkan apakah sudah cocok atau belum. Tahap restrukturisasi pengetahuan yang ada yang ditulis secara skematik.

Step 5. *Defining Learning Objective* (Merumuskan sasaran belajar)

Keraguan, kekurangjelasan atau perbedaan pendapat diformulasikan dalam bentuk tujuan / sasaran belajar yang menjadi dasar bagi mahasiswa untuk belajar mandiri mengumpulkan materi yang masih menjadi kelemahan.

2) Belajar mandiri (Self study/ step 6)

Dapat berupa kegiatan mencari informasi di buku, internet, jurnal. Hasil kegiatan tersebut dicatat oleh masing-masing anggota termasuk sumber belajarnya pada buku catatan. Usahakan sumber pustaka masing-masing mahasiswa berbeda. Hasil tersebut yang nantinya didiskusikan pada step 7.

3) Pertemuan kedua

a) Ujian mini-kuis

b) Diskusi membahas sasaran belajar (step 7)

Masing-masing anggota sudah siap berdiskusi setelah belajar beberapa literatur maupun sumber belajar lainnya. Tujuannya mensintesis apa yang telah dipelajari, kemudian mendiskusikan kembali. Mahasiswa bisa menambahkan, menyanggah, bertanya, komentar terhadap referensi. Kelompok membuat analisis lengkap tentang masalah yang ada dan membuat laporan tertulis.

Bila ada kesulitan yang tidak bisa terpecahkan dicatat dan ditanyakan dalam diskusi dengan pakar / narasumber dalam temu pakar.

Tugas terstruktur berupa laporan hasil diskusi pertemuan kedua bagi setiap kelompok yang ditulis dengan cara penulisan baku tulisan ilmiah yang disertai kepustakaan.

Setiap berakhirnya diskusi diadakan satu kali diskusi berbahasa Inggris yang membahas tentang satu topik yang telah didiskusikan sebelumnya. Pada setiap akhir blok diadakan temu pakar untuk presentasi hasil diskusi tutorial masing-masing kelompok. Topik temu pakar adalah diprioritaskan untuk skenario yang paling kompleks dan sulit dipecahkan. Temu pakar menghadirkan pakar-pakar sesuai bidang ilmu terkait. Dalam temu pakar ini mahasiswa dapat pula menanyakan hal-hal yang belum dapat dipecahkan.²¹

c. **Praktikum Ketrampilan**

Praktikum ketrampilan pada blok ini dilaksanakan dengan model *role-play* suatu simulasi/ sandiwara dokter-pasien. Dalam pelaksanaan praktikum mahasiswa dibagi dalam rombel, dimana setiap rombel terdiri dari 8-10 orang. Praktikum dibimbing oleh dokter sebagai pembimbing/trainer. Trainer telah dilatih ketrampilannya melalui *training of trainer* (ToT)

Pada praktikum ketrampilan blok ini terdapat 3 topik ketrampilan. Satu topik ketrampilan dilaksanakan sebanyak 2x pertemuan. (1 pertemuan = 2x tatap muka / 2x 50 menit)

Dalam pelaksanaannya dibagi lagi menjadi:

1) Pertemuan pertama

- a) Skill lab diawali dengan melakukan feedback and reflection terhadap mahasiswa dengan cara memberi

kesempatan kepada salah satu mahasiswa untuk mencoba topik ketrampilan yang akan dipelajari. Setelah itu memberi motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari.

- b) Memberi penjelasan dan contoh tentang topik ketrampilan yang diajarkan.
- c) Memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk mencoba ketrampilan yang diajarkan.

Setiap selesai pertemuan pertama mahasiswa diberikan kesempatan untuk mengulangi latihannya dalam kegiatan belajar mandiri dan diberikan kewajiban untuk melakukan refleksi diri dengan cara menuliskan kekurangan dan kelemahan masing-masing individu dalam melakukan ketrampilan yang telah diajarkan, ditulis di buku refleksi diri.

2) Pertemuan kedua

- a) Kegiatan diawali dengan membacakan refleksi diri masing-masing.
- b) Memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk memperbaiki hasil refleksi dirinya masing-masing.

Ruangan dan sarana-prasarana yang lain diseting sesuai topik simulasi. Secara detail akan diurai pedoman Rencana Kegiatan Proses Pembelajaran Praktikum Ketrampilan.²¹

d. Temu Pakar

Temu pakar dilaksanakan stiap akhir minggu setelah diskusi tutorial pertemuan yang kedua, dengan menghadirkan pakar-pakar yang terkait dengan skenario yang didiskusikan dan

dilaksanakan dalam bentuk diskusi pleno yang dipandu oleh seorang moderator. Setiap satu skenario dilaksanakan selama 2x 50 menit dengan rincian sebaga berikut:

- 1) Kegiatan diawali oleh presentasi hasil diskusi tutorial oleh kelompok yang terpilih.
- 2) Dilanjutk dengan tanya-jawab antar kelompok.
- 3) Diakhiri dengan tanya jawab dengan pakar.

e. Penugasan

Penugasan dalam bentuk tinjauan pustaka atau laporan kasus (dengan dilampirkan landasan teori secara singkat). Metode ini dlanjutkan untuk membiasakan mahasiswa untuk menelusuri berbagai sumber belajar dan menulis secara ilmiah.²¹

2.2.3.2. Mahasiswa tahun terakhir

a) Pembekalan

Pembekalan diawali dengan pretest, untuk melihat kesiapan mahasiswa dan post test untuk evaluasi proses kuliah. Pretest dan post test dilakukan tertulis dan/atau lisan, tergantung dosen pengampu. Lama pembekalan disesuaikan dengan level kompetensi materi ajar. Semakin besar level kompetensinya dan/atau makin banyak materi yang harus diberikan maka jam mengajar diberikan lebih banyak.

Pembekalan dilakukan di ruang pembekalan (*classical room*). Detail dari pelaksanaan pembekalan terdapat pada rencana strategi proses pembelajaran dan satuan ajar pokok.²²

b) Diskusi

Diskusi pada blok ini dilaksanakan dalam rombongan belajar. Setiap rombongan belajar (rombel) terdiri dari 8-10

mahasiswa dan setiap rombel dibimbing oleh seorang trainer yang merupakan rangkaian dari praktikum keterampilan. Bahan diskusi merupakan suatu naskah skenario, dimana di dalamnya mengandung bahasan berbagai bidang ilmu yang saling terkait. Topik bahasan diskusi tutorial diangkat dari daftar masalah (individu dan komunitas) dan daftar penyakit sesuai standar kompetensi berdasarkan besar level kompetensinya. Satu topik diskusi yang didasarkan pada satu skenario akan dilaksanakan sebanyak 1x pertemuan (1 tatap muka = 100 menit) setelah mahasiswa melakukan 1x kegiatan praktikum keterampilan.²²

c) Praktikum Ketrampilan

Praktikum ketrampilan pada blok ini dilaksanakan dengan model *role play* suatu simulasi/ sandiwara dokter-pasien. Dalam pelaksanaan praktikum mahasiswa dibagi dalam rombel, dimana setiap rombel terdiri dari 8-10 orang. Praktikum dibimbing oleh dokter sebagai instruktur pembimbing/ trainer. Trainer telah dilatih ketrampilannya melalui *training of trainer* (ToT). Satu topik ketrampilan yang didasarkan pada satu skenario akan dilaksanakan sebanyak 2x pertemuan. (1 tatap muka = 120 menit)

Dalam pelaksanaannya dibagi lagi menjadi :

1) Pertemuan pertama :

- a) Diawali dengan melakukan feedback and reflection terhadap mahasiswa dengan cara memberi kesempatan kepada salah seorang mahasiswa untuk mencoba topik ketrampilan yang akan dipelajari. Setelah itu memberi motivasi kepada mahasiswa tentang pentingnya topik yang akan dipelajari.

- b) Memberi penjelasan dan contoh tentang topik ketrampilan yang di ajarkan
- c) Memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk mencoba ketrampilan yang diajarkan

Setiap selesai pertemuan pertama mahasiswa diberikan kesempatan untuk mengulangi latihannya dalam kegiatan belajar mandiri dan diberikan kewajiban untuk melakukan refleksi diri dengan cara menuliskan kekurangan dan kelemahan masing-masing individu dalam melakukan ketrampilan yang telah diajarkan, ditulis di buku refleksi diri

2) Pertemuan kedua

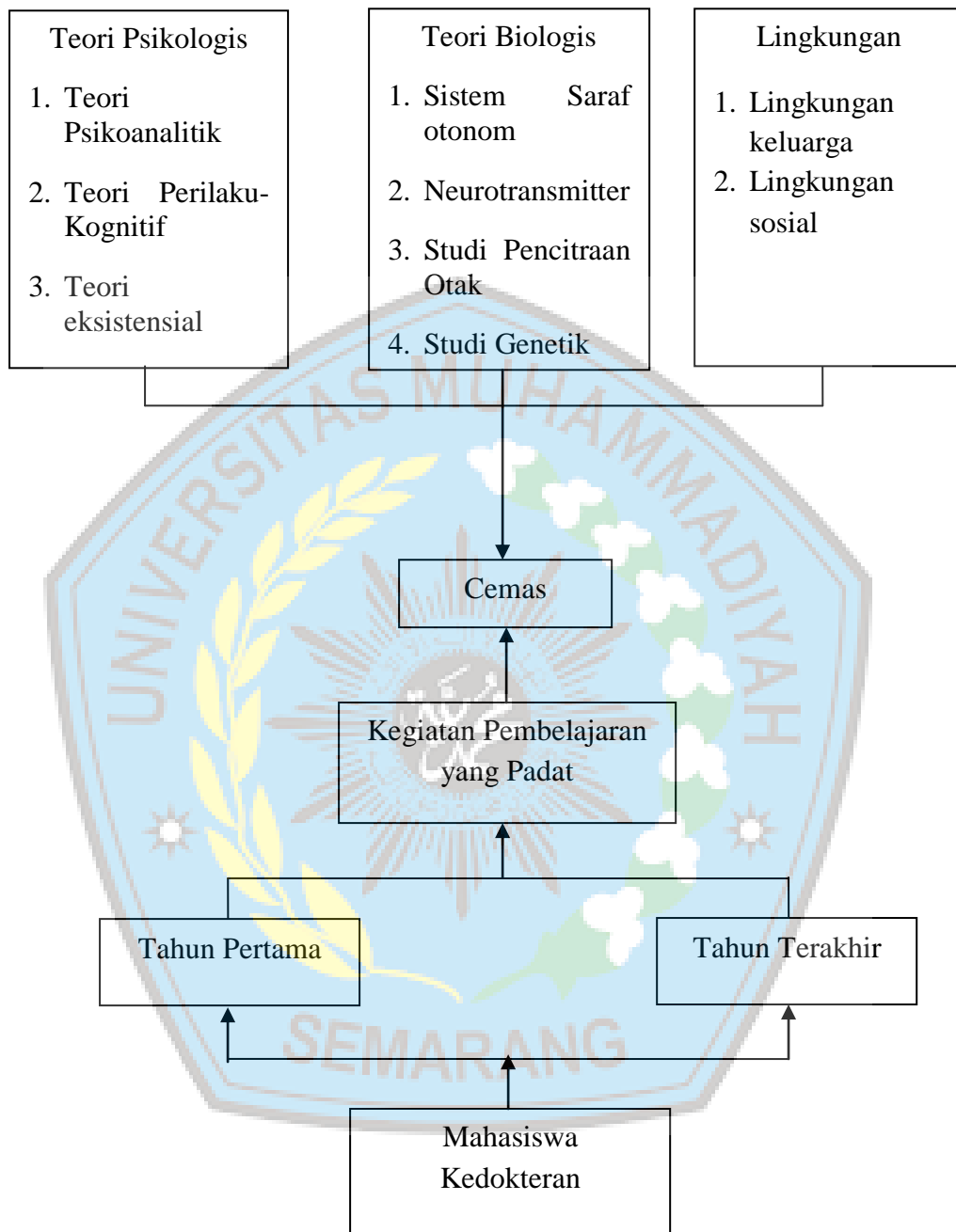
- a) Kegiatan diawali dengan membacakan refleksi diri masing-masing
- b) Memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk memperbaiki hasil refleksi dirinya masing-masing.

Ruangan dan sarana-prasarana yang lain diseting sesuai topik simulasi.²²

d) Penugasan

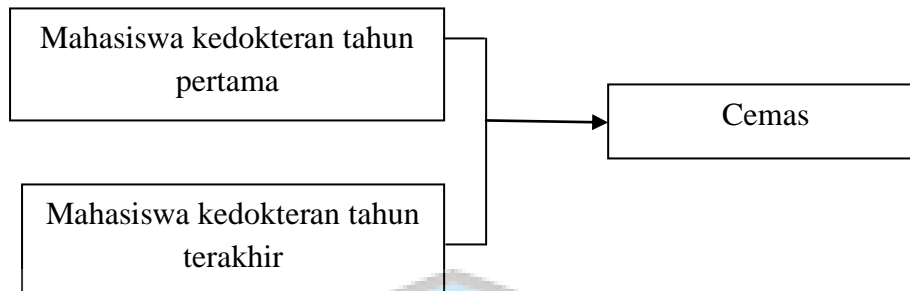
Penugasan dalam bentuk tinjauan pustaka atau laporan kasus (dengan dilampirkan landasan teori secara singkat).Metode belajar ini ditujukan untuk membiasakan mahasiswa untuk menelusuri berbagai sumber belajar dan menulis secara ilmiah.²²

2.3. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori

2.4. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep

2.5. Hipotesis

Terdapat perbedaan tingkat kecemasan antara mahasiswa tahun pertama dan terakhir di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang.

