

Aplikasi Teori Pembelajaran Kolb dan Kompetensi Doktor Pelatih

Nor Shela Saleh*, Hashim Fauzy Yaacob

Fakulti Pengurusan, Universiti Teknologi Malaysia, 81310 UTM Johor Bahru,, Johor, Malaysia

*Corresponding author: shela_saleh87@yahoo.com.my

Abstract

This study aims to determine the level, the relationship, the dominant phase of learning and competence trainee doctors during housemanship. Accordingly, the main focus of this study is based on the theory of Kolb (1984). Respondents for this study is comprised of second year trainee doctors who are undergoing housemanship at a hospital in Johor Bahru area. Data were collected using a survey questionnaire. The collected data was then analyzed using descriptive statistics (mean, frequency, percentage) and inferential statistics (pearson correlation and multiple regression). Findings indicated that each phase of the learning is high but experience phase (medium). Meanwhile, the level of competency of trainee doctors are modest. Analysis of the correlation test showed all phases of learning has a positive relationship with competence. Meanwhile multiple regression test showed conceptual phase has the highest β value. This shows that the phase of high contribution of competency during housemanship and trainee doctors be most dominant phase of competency during housemanship.

Keywords: Learning phase; competence; trainee doctor; housemanship; second year housemanship; hospital

Abstrak

Kajian ini bertujuan mengenalpasti tahap, hubungan, fasa pembelajaran paling dominan dan kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*. Sehubungan dengan itu, tumpuan utama kajian adalah berdasarkan Teori Kolb (1984). Responden kajian ini adalah terdiri daripada doktor pelatih tahun kedua yang sedang menjalani *housemanship* di sebuah hospital kawasan Johor Bahru. Data dikumpul dengan menggunakan tinjauan borang soal selidik. Data yang dikumpul kemudian telah dianalisis dengan menggunakan statistik deskriptif (min, kekerapan, peratus) dan statistik inferensi (korelasi *pearson* dan regresi berganda). Dapatan kajian menunjukkan tahap setiap fasa pembelajaran adalah tinggi kecuali fasa pengalaman (sederhana). Manakala, tahap kompetensi doktor pelatih adalah sederhana. Analisis ujian korelasi menunjukkan semua fasa pembelajaran mempunyai hubungan positif dengan kompetensi. Sementara itu ujian regresi berganda menunjukkan fasa konseptual mempunyai nilai β paling tinggi. Ini menunjukkan fasa tersebut memberikan sumbangan yang tinggi terhadap kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship* dan menjadi fasa paling dominan mempengaruhi kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*.

Kata kunci: Fasa pembelajaran; kompetensi; doktor pelatih; *housemanship*; tahun kedua *housemanship*; hospital

© 2014 Penerbit UTM Press. All rights reserved

1.0 PENGENALAN

Kesedaran tentang kompetensi doktor pelatih amat penting kerana jumlah kemasukkan doktor pelatih semakin bertambah. Sumber industri juga menyifatkan bahawa pihak kerajaan berhasrat untuk mengatasi masalah kekurangan doktor dengan menetapkan sasaran nisbah doktor-pesakit kepada 1:600 menjelang 2015 (Syed Azwan, 2011). Bagi mencapai hasrat tersebut doktor pelatih harus memiliki tahap pengetahuan tinggi (Tien & Chou, 2003), mempunyai kemahiran (Jarvis, 2006) dan efikasi yang tinggi (Dodd, Brown & Benham, 2002). Kemahiran tersebut dinamakan sebagai kompetensi yang harus dikuasai oleh doktor pelatih (Clardy, 2007 dan Greenan, Lumphreys & McIlveen, 1997) di samping menerapkan sistem pengajaran yang berkesan (Joyce, Weil & Calhoun, 2000).

Kekurangan kompetensi pekerja menyebabkan organisasi tidak akan memperolehi hasil yang memuaskan dan boleh mengakibatkan kelemahan atau kerugian kepada organisasi (Boyatzis 1982; Hornby & Thomas, 1989 dan Woodruff, 1993). Kelemahan doktor pelatih dalam mempamerkan kompetensi yang diharapkan menyebabkan kebolehan mereka seringkali dipertikaikan. Statistik pada tahun 2011 menunjukkan lebih 3000 orang doktor pelatih yang menjalani *housemanship* terutama lulusan luar negara tidak dapat melakukan prosedur asas pemeriksaan kesihatan dan tidak cekap (Syed Azwan, 2011) serta Ismail (2007) mendapati 61.5 peratus doktor pelatih tidak yakin menjalankan *Cardio-pulmonary Resuscitation* (CPR) ke atas pesakit.

Terdapat banyak kajian yang menggunakan teori Kolb (1984) dalam bidang Perakaunan (Rohaila *et al.* 2007), Pendidikan Biologi (Norasmah & Siti Rashidah, 2004), Pendidikan Kimia (Lee, 2002), Sains Politik (Cherry, 1990), bidang Perubatan (Davis, 1998) dan bidang Keusahawanan (Norasmah, 2003). Hal ini menunjukkan teori ini bukan sahaja bersifat fleksibel dalam bidang kajian tetapi juga boleh digunakan dalam pelbagai latar belakang responden sama ada dalam bidang pendidikan, perubatan, politik mahupun keusahawanan. Pengkaji akan melihat keberkesanan teori Kolb dalam mengenal pasti fasa pembelajaran, kompetensi doktor pelatih dan hubungan serta kesannya terhadap kompetensi semasa *housemanship*. Hal ini kerana teori Kolb banyak digunakan sebagai model asas pengajaran dalam

bidang perubahan tetapi kajian empirikal berhubung kompetensi doktor pelatih berasaskan model pembelajaran ini masih lagi kurang khususnya di Malaysia.

■2.0 APLIKASI TEORI KOLB DALAM PEMBELAJARAN

Menurut Hess dan Shrum (2011) pembelajaran boleh diubah melalui transformasi dan penggunaan pelbagai fasa dalam pembelajaran doktor pelatih. Fasa pengalaman dalam teori Kolb merupakan fasa yang membolehkan doktor pelatih menjadi aktif, menanamkan intuitif, beradaptasi dan berfikir terbuka (Herring *et al.* 2011). Fasa pengalaman boleh meningkatkan pengetahuan baru (Malinen, 2000) tetapi melibatkan komitmen yang tinggi dalam penglibatan pembelajaran (Schon, 1987). Bahkan, implikasi pembelajaran fasa pengalaman boleh mengelakkan doktor pelatih mengulangi kesilapan ketika bertugas (Politis & Gabrielsson, 2009), mendapat pengetahuan yang lebih praktikal (Beneke & Bezuidenhout, 2011) dan berinovasi (Ritchie, 2011). Selanjutnya, fasa pemerhatian dalam teori Kolb Menurut Wu dan Lanclos (2011) dikatakan boleh meningkatkan kualiti kerja doktor pelatih (Brady *et al.* 2006). Ini kerana Gronroos (2001) menyatakan kompetensi doktor pelatih dapat dibentuk melalui pemerhatian yang melibatkan refleksi dalam kepelbagaian sudut pemerhatian (Anu, Hsien & Buswick, 2011).

Seterusnya, fasa konseptual merupakan fasa yang melibatkan pemikiran dalam membentuk ideologi secara sistematik (Sheehan & Kearns, 1995) untuk melahirkan idea dan konsep yang baru (Mulford & Silins, 2011). Akhir sekali adalah fasa eksperimentasi. Fasa ini juga dikenali sebagai *learning by doing* (Lange & Pugh, 1997) yang merupakan fasa membantu dalam keupayaan melakukan tugas berdasarkan pengalaman dan konsep yang dimiliki (Sheehan & Kearns, 1995). Sebagai contoh, eksperimentasi yang seringkali dilakukan oleh doktor pelatih adalah melakukan rawatan keatas pesakit (Trumble, *et al.* 2006).

Pemilihan Teori Kolb (1984) adalah berdasarkan ciri-ciri teori yang memenuhi keperluan pembelajaran. Walau bagaimanapun, kewujudan teori pembelajaran lain masih mempunyai perkaitan tetapi merangkumi beberapa kekurangan dan kelemahan untuk diaplikasikan dalam kajian ini. Misalnya, Teori Kognitif, Teori Behavioris dan Teori Humanistik hanya tertumpu kepada sesuatu elemen pembelajaran sahaja. Teori Kognitif adalah berkaitan dengan proses pembelajaran terhadap persepsi dan proses pemikiran. Selain itu, teori kognitif juga menjalinkan pembelajaran melalui penemuan apabila seseorang dapat menghubungkan isi dan struktur kandungan pembelajaran (Abdul Rahim, 1989). Walau bagaimanapun, teori ini hanya membantu individu melakukan penemuan dalam kefahaman melalui pengetahuan yang disimpan dalam memori (Schuman, 1996). Teori Behavioris juga merupakan teori pembelajaran yang penting dalam meningkatkan pengetahuan dan kemahiran seseorang. Ini kerana Teori Behavioris yang juga dikenali sebagai teori tingkah laku mengaitkan hasil perbuatan dengan pembelajaran. Teori Humanistik juga penting dijalankan dalam proses pembelajaran khususnya untuk diaplikasikan dalam kajian terhadap doktor pelatih semasa *housemanship*. Teori ini juga sangat penting dalam proses pembelajaran kerana ia merupakan satu pembelajaran secara aktif. Walau bagaimanapun, dalam teori ini, pembelajaran hanya akan berlaku jika individu menonjolkan sikap secara konsisten terhadap persekitaran (Fenwick, 2003). Walau bagaimanapun, tiga teori akhir yang dikaji memperlihatkan limitasi dalam aplikasi terhadap pembelajaran doktor pelatih semasa *housemanship*. Sehubungan dengan itu, Teori Kolb (1984) merupakan teori utama kajian.

■3.0 KOMPETENSI DOKTOR PELATIH

Menurut McClelland (1973), kompetensi merupakan keupayaan seseorang melakukan tugas yang boleh dibangunkan melalui pembelajaran dan latihan (Rae, 2002). Dalam kajian ini menetapkan beberapa kompetensi yang bersesuaian dengan tugas doktor pelatih semasa menjalani *housemanship*. Menurut Koponen *et al.* (2010), kemahiran interpersonal merupakan kompetensi yang berkaitan dengan etika kerja (Martin, 1977) dalam menjadikan doktor pelatih melakukan tugas dengan lebih berkesan. Di Amerika Syarikat misalnya, (Barry & Bia, 1986) dan di Malaysia (Naing, *et al.* 1995) masalah kekurangan etika mengakibatkan doktor pelatih kerap melakukan kesilapan semasa bertugas. Selain itu, di Universiti California, San Francisco (Politis & Gabrielsson, 2009) dan di Washington (Koenig & Chua, 1995) doktor pelatih menghadapi risiko jika tidak beretika dan sekali gus menunjukkan mereka tidak kompeten.

Kemahiran merancang juga merupakan kompetensi yang membantu doktor pelatih mencapai matlamat dalam objektif kerjaya (Robbins, 1993). Selain itu, kompetensi merancang juga menjadi faktor penentu dalam pencapaian objektif (Benecka & Bezuidenhout, 2011). Bahkan, impak yang lebih bermanfaat adalah menjadikan tugas dalam organisasi lebih tersusun (Lokman, Gabriel & Nicolson, 2011). Implikasinya, sistem kerja dan tugas organisasi lebih berkesan (Dale, 1993). Selanjutnya, kompetensi mengenal pasti dan menyelesaikan masalah penting dalam mencapai keputusan (Davis, 1998). Doktor pelatih harus menguasai kompetensi ini supaya dapat bertindak secara cepat dalam menangani masalah (Clark & Armit, 2010) khususnya ketika berhadapan dengan pesakit. Kompetensi komunikasi merupakan kompetensi yang paling penting dalam tugas seorang doktor pelatih (Barry & Bia, 1986). Ini kerana sebanyak 70 peratus aktiviti doktor pelatih melibatkan aktiviti komunikasi (Abdul Majeed, Habib & Rafiqul, 2011). Selain itu, perkara pertama yang dilakukan oleh seorang doktor pelatih ketika bersama pesakit adalah diagnosis (Sox, 2007). Bahkan, kesilapan diagnosis boleh menyebabkan kesilapan dalam menjalankan rawatan terhadap pesakit (Al Klalid, 2010). Seterusnya, komunikasi doktor pelatih juga akan mempengaruhi tahap kepuasan pesakit kerana pesakit berasa dihargai jika doktor pelatih memberi peluang kepada pesakit untuk berkongsi pandangan dan permasalahan (Fallowfield, *et al.* 2002).

Selain itu, kompetensi berfikir secara logik merupakan tindakan yang perlu dilakukan oleh doktor pelatih semasa menentukan permasalahan dalam tugas. Ini kerana kompetensi ini mempengaruhi tahap kreativiti dalam pemikiran Boyatzis (1982) serta mencapai matlamat organisasi (Ab. Aziz, 2003). Selain itu, kompetensi ini menguji sejauhmana tahap kefahaman doktor pelatih semasa menentukan jawapan dalam permasalahan di tempat kerja (Poultan, 1999) dalam mengaplikasikan pengetahuan dan kemahiran semasa bertugas (Fahey, *et al.* 1997). Selain itu, kompetensi kerja berpasukan merupakan cara doktor pelatih untuk menonjolkan komitmen dalam kerja (Jones, 1985). Menurut Leutherdt (2006), kerja berpasukan dilakukan untuk memastikan doktor pelatih mampu melakukan tugas dengan lebih baik bersama individu lain. Ini kerana menurut Olsen dan Neale (2005) kebanyakan tugas yang dilakukan oleh doktor pelatih adalah secara berpasukan misalnya pembedahan. Oleh itu, kesepakatan dalam kerja pasukan perlu bagi menjadikan kompetensi ini dicapai dengan baik (Clark & Armit, 2010).

Pengkaji juga menetapkan supaya sikap proaktif dijadikan sebagai salah satu item dalam kompetensi kajian ini. Doktor pelatih yang mempunyai sikap proaktif tinggi lebih mampu melakukan tugas secara positif tanpa merasai bebanan kerja (Schroder, 1989). Ini kerana tugas yang dilakukan sentiasa dilakukan secara proaktif dan dirancang secara sistematik (Schon, 1987). Bahkan tugas juga dapat dilakukan dengan cepat (Johari & Noor Hassim, 2009). Sehubungan dengan itu, secara tuntasnya dapat disimpulkan bahawa doktor pelatih perlu dalam menguasai pelbagai jenis kompetensi. Oleh itu, dalam kajian ini pengkaji menggabungkan kesemua jenis kompetensi kerana fokus kajian adalah terhadap kompetensi secara keseluruhan.

■4.0 OBJEKTIF KAJIAN

Objektif kajian adalah:

- (1) Mengetahui tahap pembelajaran setiap fasa doktor pelatih semasa *housemanship*.
- (2) Mengetahui tahap kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*.
- (3) Mengetahui hubungan antara setiap fasa pembelajaran dengan kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*.
- (4) Mengetahui fasa pembelajaran yang paling dominan mempengaruhi kompetensi doktor pelatih semasa *Housemanship*.

Bagi mencapai objektif tersebut, persoalan kajian ialah:

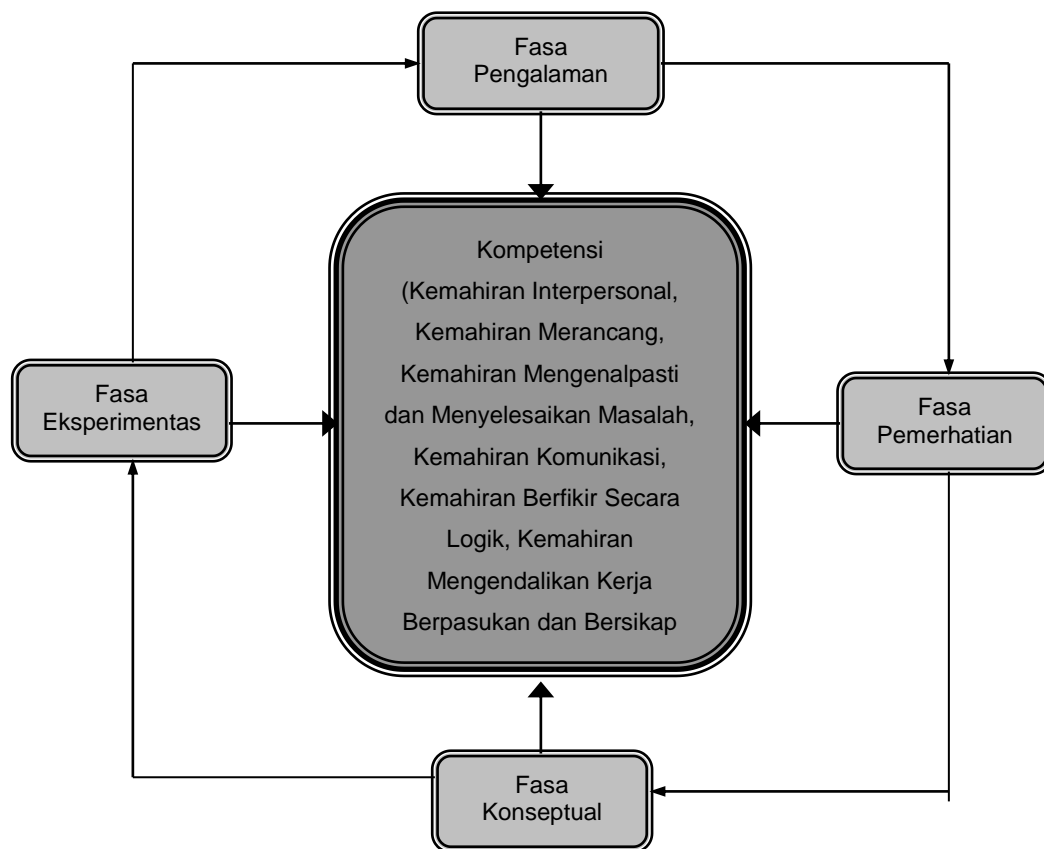
- (1) Adakah tahap pembelajaran setiap fasa doktor pelatih semasa *housemanship*?
- (2) Adakah tahap kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*?
- (3) Adakah terdapat hubungan antara setiap fasa pembelajaran dengan kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*?
- (4) Adakah fasa pembelajaran yang paling dominan mempengaruhi kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*?

■5.0 METODOLOGI KAJIAN

Kajian yang dijalankan menggunakan kaedah tinjauan dengan menggunakan borang soal selidik. Kajian ini bertujuan untuk mengenalpasti tahap kompetensi doktor pelatih serta hubungan setiap fasa dalam teori Kolb dengan kompetensi komunikasi doktor pelatih. Seterusnya pengkaji akan melihat fasa yang paling dominan dalam mempengaruhi kompetensi komunikasi doktor pelatih. Doktor pelatih yang dipilih sebagai sampel dalam kajian adalah doktor pelatih dari salah satu hospital di negeri Johor yang sedang menjalankan *housemanship*. Oleh kerana kajian ini menggunakan kaedah persampelan bertujuan (*purposive sampling*) maka pengkaji memilih doktor pelatih tahun kedua sebagai sampel kajian. Ini kerana faktor pengalaman dan tempoh lebih membantu pengkaji dalam melakukan pengukuran secara lebih mendalam. Selain itu, kajian ini juga dilakukan atas kebenaran dari Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) dan telah didaftarkan di *National Medical Research Register*.

Pemboleh ubah bersandar terdiri daripada kompetensi doktor pelatih. Kompetensi tersebut merupakan elemen kompetensi yang dinyatakan oleh Boyatzis (1982) dan telah diguna pakai dalam kajian Zakaria (2006). Dalam kajian ini, pengkaji menetapkan bahawa kompetensi doktor pelatih adalah sebanyak tujuh kompetensi iaitu kemahiran interpersonal, kemahiran merancang, kemahiran mengenalpasti dan menyelesaikan masalah, kemahiran komunikasi, kemahiran berfikir secara logik, kemahiran mengendalikan kerja berpasukan dan bersikap proaktif. Rajah 1 menerangkan secara ringkas model kajian yang telah dibina oleh pengkaji dalam kajian ini. Pengkaji menjalankan kajian di salah sebuah hospital di negeri Johor dan hospital tersebut mengendalikan *housemanship*. Responden kajian dipilih menggunakan kaedah *selective dan purposive sampling* kerana pemilihan doktor pelatih adalah keatas doktor pelatih tahun kedua menjalani *housemanship* (Gill & Johnson, 2002). Kajian ini menggunakan kaedah borang soal selidik dalam mendapatkan data. Berdasarkan kajian ini, kaedah soal selidik digunakan untuk mengumpul data. Soal selidik ini mengandungi tiga bahagian iaitu Bahagian A, Bahagian B dan Bahagian C. Bahagian A bertujuan mengumpul maklumat latar belakang responden iaitu Jantina, Umur, Bangsa, Status Perkahwinan, Pendidikan Ijazah Sarjana Muda Perubatan dan Jabatan *Housemanship* Terkini yang Sedang Dijalani.

Bahagian B dihasilkan berdasarkan soal selidik yang dibangunkan oleh Kolb dalam teori Kolb (1984) yang mempunyai empat fasa pembelajaran iaitu pengalaman, pemerhatian, konseptual dan eksperimentasi. Oleh kerana teori Kolb (1984) mempunyai instrumen atau inventori yang lengkap bagi menguji tahap fasa pembelajaran setiap individu iaitu *Kolb Learning Styles Inventory (KLSI)* yang mana *KLSI* ini juga telah digunakan oleh Siti Badariah (2010) dalam kajiannya. Setiap fasa mengandungi lima soalan. Bahagian C pula mengandungi kompetensi yang merupakan elemen kompetensi yang dinyatakan oleh Boyatzis (1982) dan diguna pakai dalam kajian Zakaria (2006).



Rajah 1 Model kajian

6.0 DAPATAN KAJIAN

6.1 Tahap Fasa Pengalaman Doktor Pelatih Semasa Housemanship

Dapatan analisis data dalam Jadual 1 menunjukkan bahawa majoriti tahap pengalaman responden terhadap fasa pembelajaran di HSI adalah sederhana di mana seramai 74 orang (72.5%) telah memberikan maklum balas, manakala hanya 13 orang (12.7%) responden sahaja berada pada tahap pengalaman yang tinggi. Seramai 15 orang (14.7%) memberikan maklum balas tahap rendah. Dapatan ini memberi makna bahawa pembelajaran berasaskan pengalaman sederhana bermakna kepada doktor pelatih dalam mengikuti *housemanship* dengan nilai min keseluruhan 2.92 dan sisihan piawai 0.621. Nilai minimum dalam fasa ini adalah 1.60 dan nilai maksimum adalah 4.60.

Jadual 1 Tahap Pengalaman

Tahap	Kekerapan (f) (n=120)	Peratusan(%) (100)
Tinggi	13	12.7
Sederhana	74	72.5
Rendah	15	14.7
Min 2.92	Sisihan Piawai 0.621	Nilai Minimum 1.60
		Nilai Maksimum 4.60

6.2 Tahap Fasa Pemerhatian Doktor Pelatih Semasa Housemanship

Jadual 2 memperincikan dapatan kajian ke atas tahap pemerhatian responden terhadap fasa pembelajaran doktor pelatih. Data menunjukkan di mana 79 orang (77.5%) berada pada tahap pemerhatian yang tinggi dalam fasa pembelajaran, 23 orang (22.5%) berada pada tahap pemerhatian yang sederhana dalam fasa pembelajaran. Ini menunjukkan doktor pelatih di HSI mempunyai pembelajaran fasa tahap pemerhatian pada nilai min 3.91 dan nilai sisihan piawai 0.403. Nilai minimum dan nilai maksimum dalam fasa ini juga sama dengan nilai fasa pengalaman iaitu 2.80 dan 5.00.

Jadual 2 Tahap pemerhatian

Tahap	Kekerapan (f)	Peratusan(%)
Tinggi	79	77.5
Sederhana	23	22.5
Rendah	0	0
Min 3.91	Sisihan Piawai 0.403	Nilai Minimum 2.80 Nilai Maksimum 5.00

6.3 Tahap Fasa Konseptual Doktor Pelatih Semasa *Housemanship*

Jadual 3 memperincikan dapatan kajian ke atas tahap fasa pembelajaran konseptual. Data menunjukkan di mana 68 orang (66.7%) berada tahap yang tinggi dalam konseptual fasa pembelajaran. 34 orang (33.3%) berada pada tahap fasa pembelajaran konseptual yang sederhana. Berdasarkan kepada analisis tahap ini menunjukkan majoriti doktor pelatih memerlukan pengetahuan konseptual yang mendalam semasa fasa pembelajaran *housemanship*. Ini kerana ianya menunjukkan nilai min keseluruhan pada tahap tinggi iaitu 3.88 dan nilai sisihan piawai 0.402. Nilai minimum adalah 3.00 dan nilai maksimum min adalah 5.00.

Jadual 3 Tahap konseptual

Tahap	Kekerapan (f)	Peratusan(%)
Tinggi	68	66.7
Sederhana	34	33.3
Rendah	0	0
Min 3.88	Sisihan Piawai 0.402	Nilai Minimum 3.00 Nilai Maksimum 5.00

6.4 Tahap Fasa Eksperimentasi Doktor Pelatih Semasa *Housemanship*

Hasil daripada analisis data mendapati dari segi tahap eksperimentasi dalam fasa pembelajaran, responden berpandangan bahawa tahap eksperimentasi berada pada tahap yang tinggi di mana dipersetujui oleh seramai 89 orang (87.3%). Hanya 13 orang (12.7%) sahaja yang menyatakan fasa eksperimentasi berada pada tahap yang sederhana sepertimana yang ditunjukkan dalam Jadual 4. Berdasarkan hasil kajian ini, majoriti doktor pelatih memilih pembelajaran secara eksperimentasi dalam fasa pembelajaran semasa *housemanship*. Nilai min yang diperolehi juga tinggi iaitu 4.28 dan nilai sisihan piawai adalah 0.545. Walau bagaimanapun nilai minimum adalah 2.40 tetapi nilai maksimum adalah 5.00.

Jadual 4 Tahap eksperimentasi

Tahap	Kekerapan (f)	Peratusan(%)
Tinggi	89	87.3
Sederhana	13	12.7
Rendah	0	0
Min 4.28	Sisihan Piawai 0.545	Nilai Minimum 2.40 Nilai Maksimum 5.00

6.5 Tahap Kompetensi Doktor Pelatih Semasa *Housemanship*

Jadual 5 menunjukkan taburan keseluruhan tahap kompetensi doktor pelatih iaitu kemahiran interpersonal, kemahiran merancang, kemahiran mengenal pasti dan menyelesaikan masalah, kemahiran komunikasi, kemahiran berfikir secara logik, kemahiran mengendalikan kerja berpasukan dan bersikap proaktif. Berdasarkan Jadual 5, kompetensi doktor pelatih semasa *Housemanship* adalah sederhana di mana ia dipersetujui oleh 81 (79.4%) responden. Hanya 21 orang responden iaitu 20.6 peratus sahaja yang menyatakan ianya berada pada tahap tinggi. Walau bagaimanapun, tiada tahap rendah yang dinyatakan dalam dapatan kajian. Secara keseluruhan, tahap min terhadap kompetensi doktor pelatih adalah tinggi iaitu 3.44 dan nilai sisihan piawai 0.315. Manakala nilai maksimum dalam analisis ini adalah 2.50 dan nilai maksimum adalah 4.14. Hal ini menunjukkan tahap kompetensi keseluruhan doktor pelatih ialah ditahap sederhana.

Jadual 5 Tahap kompetensi

Tahap	Kekerapan (f)	Peratusan(%)
Tinggi	21	20.6
Sederhana	81	79.4
Rendah	0	0
Min 3.44	Sisihan Piawai 0.315	Nilai Minimum 2.50 Nilai Maksimum 4.14

6.6 Hubungan Setiap Fasa Pembelajaran Dengan Kompetensi Doktor Pelatih Semasa *Housemanship*

Jadual 6 Ujian korelasi setiap fasa pembelajaran dengan kompetensi

Dimensi	r	Sig.
Pengalaman	0.292**	0.003
Pemerhatian	0.286**	0.004
Konseptual	0.558**	0.000
Eksperimentasi	0.482**	0.000

**Aras signifikan 0.01 (2-tailed)

Hasil daripada ujian korelasi pearson membuktikan bahawa terdapat hubungan yang signifikan arah positif antara keempat-empat fasa dengan kompetensi. Walau bagaimanapun, tahap kekuatan bagi setiap fasa adalah berbeza-beza di mana fasa konseptual mempunyai nilai korelasi yang paling tinggi pada tahap sederhana ($r=0.558$, $p<0.01$) berbanding dengan fasa lain. Fasa eksperimentasi juga menunjukkan nilai pekali korelasi pada tahap sederhana iaitu ($r=0.482$, $p<0.01$). Fasa pengalaman dan fasa pemerhatian menunjukkan nilai korelasi pada tahap rendah iaitu nilai pekali korelasi bagi fasa pengalaman adalah ($r=0.292$, $p<0.01$). Secara keseluruhannya, fasa pemerhatian menunjukkan nilai pekali korelasi yang paling rendah diantara kesemua fasa iaitu ($r=0.286$, $p<0.01$). Jadual 6 menunjukkan analisis hubungan (ujian korelasi) setiap fasa pembelajaran dengan kompetensi doktor pelatih.

6.7 Fasa Paling Dominan Mempengaruhi Kompetensi Doktor Pelatih Semasa *Housemanship*

Jadual 7 menunjukkan hasil analisis regresi berganda terhadap fasa pembelajaran yang mempengaruhi kompetensi doktor pelatih. Fasa pengalaman, fasa pemerhatian, fasa konseptual dan fasa eksperimentasi merupakan pemboleh ubah bebas manakala kompetensi merupakan pemboleh ubah bersandar. Secara keseluruhan nilai keputusan R adalah 0.625, $R^2=0.390$ pada darjah kebebasan (df) iaitu 4. Aras signifikan yang ditetapkan dalam analisis kajian ini adalah 0.05. Keputusan analisis bagi fasa pengalaman adalah ($\beta=0.194$, $t=2.313$, $p<0.05$). Bagi keputusan fasa pemerhatian pula adalah ($\beta=0.055$, $t=0.625$, $p>0.05$). Nilai $\beta=0.326$, $t=3.113$, $p<0.05$ pula merujuk kepada hasil analisis fasa konseptual. Manakala hasil analisis fasa eksperimentasi adalah ($\beta=0.282$, $t=2.907$, $p<0.05$). Ini menunjukkan kesemua fasa mempunyai kesan yang signifikan terhadap kompetensi kecuali fasa pemerhatian kerana $p>0.05$.

Jadual 7 Ujian regresi fasa yang paling dominan mempengaruhi kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*

Angkubah Bebas	Angkubah Bersandar (Kompetensi)				
	B	Beta	t	Sig.	
Pengalaman	0.098	0.194	2.313	0.023	
Pemerhatian	0.043	0.055	0.625	0.533	
Konseptual	0.245	0.326	3.113	0.002	
Eksperimentasi	0.163	0.282	2.907	0.005	
(Konstan)	1.339		4.451	0.000	
R	0.625	R ²	0.390	F	15.534

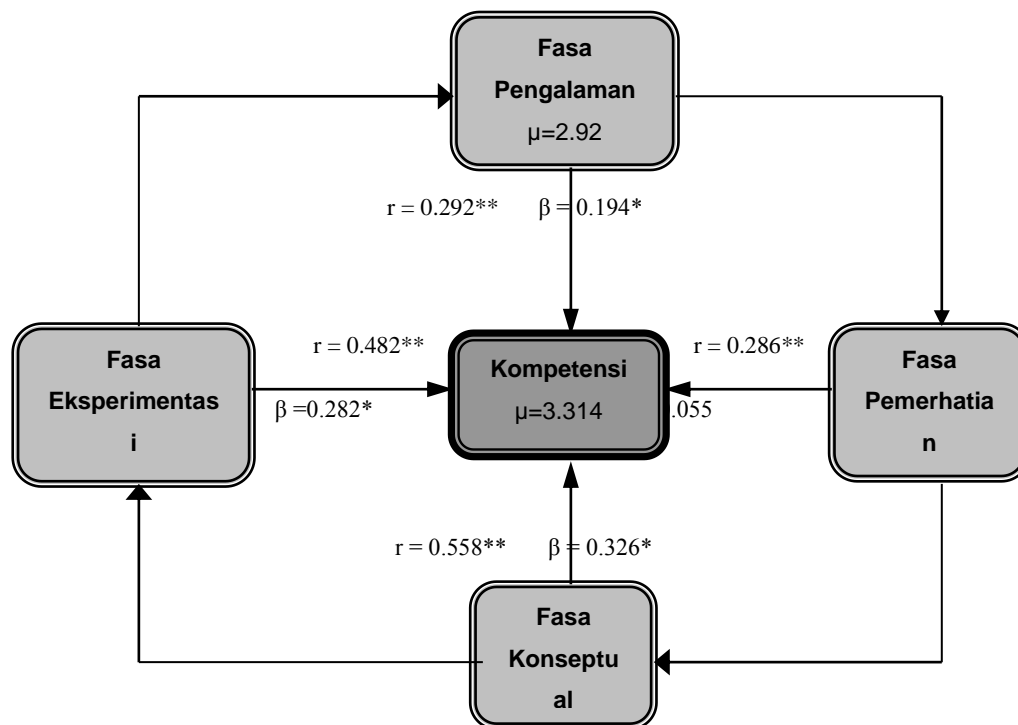
7.0 PERBINCANGAN

Persoalan dan objektif kajian telah diperolehi melalui dapatan kajian berdasarkan hasil analisis data. Rajah 2 menunjukkan secara keseluruhan hasil objektif-objektif kajian. Objektif pertama menunjukkan tahap fasa pembelajaran yang paling tinggi adalah fasa eksperimentasi manakala tahap fasa pembelajaran yang terendah adalah fasa konseptual. Objektif kedua menunjukkan tahap kompetensi doktor pelatih secara keseluruhan berada pada tahap yang sederhana. Selain itu, hubungan yang signifikan dapat dilihat melalui hubungan setiap fasa dengan kompetensi di mana analisis ini telah menjawab objektif ketiga kajian. Seterusnya, objektif keempat kajian telah diperolehi dengan mendapati bahawa fasa yang paling dominan dalam memberi kesan terhadap kompetensi doktor pelatih adalah fasa konseptual. Secara keseluruhan, hasil dapatan kajian dijelaskan melalui Rajah 2.

Dalam teori ini, aplikasi fasa pengalaman, fasa pemerhatian, fasa konseptual dan fasa eksperimentasi diuji dalam kajian terhadap kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*. Menurut Clardy (2007), pembelajaran berasaskan pengalaman boleh meningkatkan pengetahuan untuk lebih mudah menerima pembelajaran baru. Selain itu, Humphris dan Kaney (2001) menyatakan pengalaman boleh digunakan untuk mengelakkan kesilapan dilakukan secara berulang kali misalnya doktor pelatih yang melakukan kesilapan kali pertama dapat mengelakkan kesilapan dilakukan pada kali kedua. Bagi pembelajaran fasa pemerhatian pula, menurut Wu dan Lanclos (2011) pembelajaran melalui pemerhatian sangat memerlukan fokus dan masa yang panjang untuk menjadikannya efektif dan bermakna. Manakala, pandangan oleh Brady *et al.* (2006) menyatakan bahawa pemerhatian yang telah dipelajari sepanjang pembelajaran dapat mempengaruhi kualiti kerja dalam fasa pembelajaran yang akan datang.

Implikasi teori ini juga berlaku dalam fasa konseptual terhadap kompetensi doktor pelatih. Menurut Mulford dan Silins (2011), pemahaman konsep yang tinggi semasa pembelajaran akan menjadi asas utama kejayaan untuk meningkatkan kualiti individu. Selain itu, tindakan dan praktikal dalam pembelajaran akan dilakukan berdasarkan tahap konseptual yang terdapat dalam diri seseorang individu (Zuber, 2002). Teori ini juga memberikan implikasi kompetensi doktor pelatih terhadap fasa eksperimentasi. Dalam konteks kajian, eksperimentasi yang baik dapat ditentukan melalui cara doktor pelatih melakukan rawatan ke atas pesakit (Atinga, Abekah & Domfen, 2011).

Selain itu, doktor pelatih juga boleh meningkatkan fasa pembelajaran yang lain supaya kompetensi dikalangan doktor pelatih terus meningkat dari masa ke semasa. Dalam kajian ini fasa paling dominan adalah fasa konseptual. Secara tidak langsung, implikasi kajian mendapati bahawa doktor pelatih menggunakan konseptual sebagai asas utama dalam pembelajaran. Ini kerana pemahaman konsep yang tinggi semasa pembelajaran akan menjadi asas utama kejayaan untuk meningkatkan kualiti individu (Mulford & Silins, 2011).



Rajah 2 Hasil dapatan kajian berdasarkan nilai min, korelasi dan regresi berganda

8.0 KESIMPULAN

Secara keseluruhan, kajian menunjukkan setiap fasa mempunyai hubungan dan kesan terhadap kompetensi doktor pelatih semasa *housemanship*. Menurut Atinga, Abekah dan Domfen (2011) pembelajaran sememangnya sangat penting untuk melahirkan individu yang kompeten. Kenyataan ini disokong oleh kajian Beattie *et al.* (2012). Selain itu, perubahan dalam perkembangan pembelajaran doktor pelatih akan berlainan dan mengalami peralihan prestasi dari tahun pertama hingga ke tahun kedua pembelajaran (Brady, *et al.* 2006). Kompetensi boleh dibangunkan melalui latihan dan pembelajaran (Chassin & Becher, 2002). Kajian Belvis (2011) yang dijalankan di Sepanyol mendapati bahawa sokongan organisasi sangat membantu dalam membangunkan sektor perubatan khususnya golongan doktor pelatih.

Pengkaji mendapati bahawa teori Kolb memiliki kelebihan berbanding teori-teori lain kerana mempunyai kitaran pembelajaran yang merangkumi empat aspek utama iaitu pengalaman, pemerhatian, konseptual dan eksperimentasi (Kolb, 1984). Walau bagaimanapun, dalam kajian ini masih terdapat kelemahan dalam mengaplikasikan teori Kolb dan perlu diatasi supaya teori ini dapat memberi kebaikan yang sepenuhnya kepada bidang kajian ini mahupun bidang kajian lain. Cadangan lain adalah Pengkaji melihat keberkesanan secara satu kitaran penuh dan membuat perbandingan pada kitaran yang berikut kerana kajian ini lebih tertumpu kepada setiap fasa dalam kitaran pembelajaran.

Pengkaji telah mengemukakan cadangan yang mungkin dapat membantu pihak-pihak yang terlibat dalam meningkatkan kualiti pembelajaran doktor pelatih semasa *housemanship*. Ini kerana pihak hospital merupakan organisasi penting yang terlibat dalam kajian. Peranan hospital adalah memastikan doktor pelatih yang menjalani *housemanship* selama dua tahun akan menjadi kompeten. Secara tidak langsung KKM mampu melahirkan bakal-bakal pakar perubatan yang setaraf dengan doktor diperingkat global serta disegani oleh ahli perubatan negara lain adalah Unit Pembangunan Kompetensi bertanggungjawab menguruskan pembangunan pembelajaran doktor pelatih semasa *housemanship* serta membuat kajian yang lebih lanjut dan terperinci bagi setiap kompetensi untuk mengenalpasti keperluan proses *housemanship* yang dijalankan selama dua tahun. Ini kerana kesan pembelajaran doktor pelatih dapat meningkatkan sistem perkhidmatan rawatan terhadap pesakit supaya lebih efisien dan berkualiti (Kumar, 2011). Selain itu, Kajian Hung, Chen, dan Lee (2009) menyatakan sistem pembelajaran secara teknologi atau *e-learning* mampu meningkatkan kualiti rawatan doktor keatas pesakit.

Dalam dunia yang mencabar dengan tumbuhnya pelbagai jenis penyakit baru, setiap doktor pelatih perlu menyiapkan diri dengan pelbagai aspek pengetahuan yang perlu bagi menangani pelbagai jenis wabak dan penyakit merbahaya. Oleh itu, pemilihan calon-calon graduan siswazah yang bakal menerajui sektor perubatan haruslah dilakukan secara teliti dan terperinci supaya memilih individu yang benar-benar kompeten untuk menggalas tanggungjawab sebagai doktor. Sehubungan dengan itu, pihak kerajaan sentiasa ingin

menyediakan prasarana perubahan yang terbaik serta doktor yang kompeten untuk masyarakat agar slogan yang seringkali dicanang oleh Perdana Menteri iaitu “*rakyat didahulukan dan pencapaian diutamakan*” akan menjadi realiti dan bukannya fantasi.

Penghargaan

Setinggi-tinggi penghargaan diberikan kepada penyelia yang membimbing serta memberi idea yang bernas dalam menghasilkan penulisan ini. Selain itu, jutaan terima kasih diberikan kepada pihak Jabatan Kesihatan Negeri serta Kementerian Kesihatan Malaysia di atas kesudian menjayakan kajian ini.

Rujukan

- Ab. Aziz Yusuf. (2003). *Pengurusan Sumber Manusia: Konsep, Isu dan Pelaksanaan*. Kuala Lumpur: Prentice Hall.
- Abdul Majeed Alhashen, Habib Alquraini dan Rafiqul I. Chowdhury. (2011). Factors Influencing Patient Satisfaction in Primary Healthcare Clinics In Kuwait. *The International Journal of Health Care*, 24(13), 249–262.
- Al Khalid dan Ar Farid. (2010). Stopping Doctor-Patient Communication Gap: The Ten Essential Methods. *Journal of Community Health*, 16(3), 1–6.
- Anu, M. M., Hsieh Y. dan Buswick T. (2011). Learning How to Look: Developing Leadership Through Intentional Observation. *Journal of Bussiness Strategy*, 31(13), 78–84.
- Atinga, R. A., Abekah, G. dan Domfen, K. A. (2011). Managing Healthcare Quality in Ghana: A Necessity of Patient Satisfaction. *International Journal of Health Care*, 24(17), 548–563.
- Barry, M. dan Bia, F. J. (1986). Department of Medicine and International Health. *American Journal of Medicine*, 80(57), 19–21.
- Beattie, P. F., Pinto, M. B., Nelson, M. K. dan Nelson, R. (2002). Patient Satisfaction with Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation, Physical Therapy. *International Journal of Health Care*, 82(15), 557–668.
- Benecke, D. R. dan Bezuidenhout, R. (2011). Experiential Learning in Public Relations Education in South Africa. *Journal of Communication Management*, 15(8), 55–69.
- Boyatzis, R. (1982). *The Competent Manager*. New York: Macmillan.
- Brady, M. K., Voorheed, C. M., Cronin, J. R. dan Bourdeau, B. L. (2006). The Good Guys Don't Always Win: The Effect of Valence on Service Perceptions and Consequences. *Journal of Services Marketing*, 20(9), 83–91.
- Chassin, M. R. dan Becher, E. C. (2002). The Wrong Patient. *Journal of Internal Medicine*, 136(86), 178–187.
- Cherry, W. A. (1990). *Teaching Political Science: An Ipsative Study using Kolb's Learning Theory*. PhD. Tesis. Northern Arizona University.
- Clardy, A. (2007). Strategy, Core Competencies and Human Development. *Human Resource Development International Journal*, 10(2), 39–49.
- Clark, J. dan Armit, K. (2010). Leadership Competency for Doctors: A Framework *Journal of Leadership in Health Services*, 23(11), 115–129.
- Dale, M. (1993). *Developing Management Skills Techniques for Improving Learning and Performance*. London: Kogan Page Ltd.
- Davis, N. L. (1998). *A Comparative Analysis of the Learning Style Preferences of Medical Students and Practicing Physicians Using Kolb's Learning Styles Inventor*. PhD Tesis. Kansas State University.
- Dodd, N. G., Brown F. W., dan Benham H. (2002). Learning to Manage While Learning About Management: A Transition to a Competency-Based Management Curriculum. *Journal of Education for Business*, 774(338), 189–192.
- Fahey, B. J., Koziol, D. E., Banks, S. M. dan Henderson, D. K. (1997). Frequently of Non-Parenteral Occupational Exposures to Blood and Body Fluids Before and After Universal Precautions Training. *Journal of Medicine*, 90(69), 145–153.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. dan Eves, R. (2002). Efficacy of A Cancer Research UK Communication Skills Training Model for Oncologists: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medicine*, 23, 650–665.
- Gill, J. dan Johnson, P. (2002). *Research Methods*. Edisi Ke-3. London: Sage Publications.
- Greenan, K., Lumphreys, P. dan McIlveen, H. (1997). Developing Transferable Personal Skills: Part of the Graduate Toolkit. *Journal of Education & Training*, 39(12), 71–78.
- Gronross, C. (2001). The Perceived Service Quality Concept-A Mistake. *Managing Service Quality*. *Journal of Management*, 11(1), 150–153.
- Herring, R., Gordon C. dan Jackson, S. (2011). Implementation of a Considerative Checklist to Improve Productivity and Team Working on Medical Ward Rounds. *Clinical Governance: An International Journal*, 16(3), 129–136.
- Hess, J. dan Shrum, K. (2011). The New Media and the Acceleration of Medical Education. *Journal of Medical Education*, 19(8), 331–340.
- Humphris, G. M. & Kaney, S. (2001). Assessing The Development of Communication Skills in Undergraduate Medical Students. *Journal of Medical Education*, 35(22), 225–310.
- Ismail Mohd Saiboon. (2007). A Study of House Officer in a Teaching Hospital on Knowledge, Perception of Skills and Confidence Level in Performing CPR. *Journal of Medicine and Health*, 2(10), 110–116.
- Jarvis, P. (2006). *Towards a Comprehensive Theory of Human Learning: Lifelong Learning and The Learning Society*. Gower, Aldershot.
- Johari, A. B. dan Noor Hassim Ali. (2009). Stress and Coping Strategies Among Medical Students' in National University of Malaysia, Malaysia Universiti of Sabah and Universiti Kuala Lumpur Royal College of Medicine Perak. *Journal of Community Health*, 15(1), 1–10.
- Jones, N. (1985). *Continuing Professional Development: Perspectives From Human Resource Professionals*. London, Mc Graw-Hill Book Company.
- Joyce, B., Weil, M. dan Calhoun, E. (2000). *Models of Teaching*. London: Thorogood.
- Koenig, S. dan Chu, J. (1995). Medical Student Exposure to Blood and Infectious Body Fluids. *American Journal of Infection Control*, 23(2), 40–43.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experiences As a Source Of Learning and Development*. New Jersey: Prantice Hall.
- Koponen, J., Pyorala, E. dan Isotulus, P. (2010). A Comparison of Medical Students' Perceptions of Three Experiential Methods. *Health Education Journal*, 111(27), 296–318.
- Kumar, S. (2011). Examining Quality and Efficiency of The US Healthcare System. *International Journal of Health Care*, 24(20), 366–388.
- Lange, T. dan Pugh, G. (1997). High-tech Investment and Learning-by-doing: A Alternative Training Strategy. *Journal of Education and Training*, 39(21), 316–321.
- Lee Nga Ching. (2002). *Kajian Mengenai Gaya Pembelajaran Pelajar dan Hubungannya Dengan Pencapaian Dalam Mata Pelajaran Kimia*. Latihan Ilmiah. Universiti Teknologi Malaysia.
- Leuthert, E. C. (2006). What Is Holding Back and Understanding Barriers to Innovation in Academic Neurosurgery. *Surgical Neurology Journal*, 66(3), 10–14.
- Lokman, P., Gabriel, Y. dan Nicolson, P. (2011). Hospital Doctors' Anxieties at Work: Patient Care as Intersubjectives Relationship and or as System Output. *International Journal of Organizational Analysis*, 19(7), 29–48.
- Malinen, A. (2000). *Towards the Essence of Adult Experiential Learning: A Reading of The Theories of Knowles, Kolb Mezirow, Revanz and Schon Doctoral Dissertation*. Wales: University of Glamorgan.
- Martin, J. (1977). *Culture In Organisation: Three Perspectives*. London: Oxford University.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for Competence Rather Than For Intelligence. *American Psychologist Journal*, 28(1), 1–14.
- Mulford, B. dan Silins, H. (2011). Revised Models and Conceptualisation of Succesfully School Principalship for Improved Students Outcomes. *International Journal of Educational Management*, 25(9), 61–82.
- Naing, N. N., Zulkifli Ahmad dan Ismail Kamaruzzaman. (1995). Needle-Stick Injuries in Medical Students. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 2(11), 59–61.

- Norasmah Hj. Othman. (2003). Aplikasi Model Kolb Dalam Program Keusahawanan Remaja. *Jurnal Teknologi*, 38(5), 49–64.
- Norasmah Hj. Othman dan Siti Rashidah Othman. (2004). Gaya Pembelajaran Kolb Dalam Mata Pelajaran Biologi. *Jurnal Teknologi*, 40(3), 45–58.
- Olsen, S. dan Neale, G. (2005). Clinical Leadership In The Provision of Hospital Care. *Journal of Medical*, 330(24), 67–98.
- Poulton, B. C. (1999). User Involvement in Identifying Health Needs and Shaping Evaluating services: Is It being Realistic. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 65–74.
- Politis, D. dan Gabriellson, J. (2009). Entrepreneurs' Attitudes Towards Failure: An Experiential Learning Approach. *International Journal of Entrepreneurial Behaviour & Research*, 15(9), 364–383.
- Rae, L. (2002). *Trainer Assessment: a Guide to Measuring The Performance of Trainer and Facilitators*. New York: harper Collins.
- Ritchie, D. (2011). External Experiential Learning Programmes for Today's Apprentices. *Industrial and Commercial Training of Journal*, 43(22), 179–184.
- Robbin, S. P. (1993). *Organizational Behavior Concept*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Rohaila Yusof, Faridah Karim dan Norasmah Othman. (2007). Kesan Strategi Pembelajaran Pengalaman Terhadap Pembangunan Kompetensi : Perspektif Pendidikan Perakaunan. *Jurnal Teknologi*, 43(1), 1–26.
- Schon, D. A. (1987). *Educating The Reflective Practitioner: Toward a New design for Teaching and Learning in The Profession*. Bador, Pearson International.
- Schroder, H. M. (1989). *Managerial Competence: The Key Excellence*. Iowa: Kelldall-Hunt.
- Sheehan, M. dan Kearns, D. (1995). Using Kolb: Implementation and Evaluation of Facilitation Skills. *Journal of Industrial and Commercial Training*, 27(3), 8–14.
- Siti Badariah binti Abdullah. (2010). *Gaya Pembelajaran dan Pemilihan Mod Penyampaian Latihan*. Sarjana Sains (Pembangunan Sumber Manusia). Universiti Teknologi Malaysia.
- Sox, H. (2007). Straight Talk About Disease Prevention. *Annals of Internal Medicine*, 146(57), 470–477.
- Syed Azwan Syed Ali. (2011). *Kemahiran Pelatih Pegawai Perubatan Lulusan Universiti Dipersoal*. Berita Harian, 14 Februari 2011.
- Tien, C., Ven J., dan Chou, S. (2003). Using the Problem-Based Learning to Enhance Students Key Competencies. *The Journal of American Academy of Bussiness*, 4(34), 693–698.
- Trumble, S. C., Brien, M. L., Brien, M. dan Hartwig, B. (2006). Communication Skills Training for Doctors Increase Patients Satisfaction, Clinical Governance. *An International Journal of Health*, 11(10), 229–307.
- Woodruff, C. (1993). What is Competency. *Leadership and Organisation Development Journal*, 14(6), 29–36.
- Wu, S. K. dan Lanclos, D. (2011). Re-imagining The User's Experience: An Ethnographic Approach to Web Usability and Space Design. *Journal of Bussiness Strategy*, 39(27), 369–389.
- Zakaria Bin Haron. (2006). *Kajian Kompetensi Pegawai Kanan Polis, Polis Diraja Malaysia, Kontinjen Terengganu*. Ijazah Doktor Falsafah. Universiti Utara Malaysia.
- Zuber, O. (2002). The Concept of Action Learning. *Learning Organization Journal*, 9(13), 114–124.