

**PANDUAN BELAJAR**  
**BLOK 4.1**  
**KEGAWATDARURATAN**



**PRODI KEDOKTERAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN**  
**2023/2024**

**BUKU PANDUAN BELAJAR  
KEGAWATDARURATAN  
BLOK 4.1**



**Penanggung Jawab Blok:**

dr. Muhammad Agita Hutomo, MMR

**Tim Blok:**

dr. Imam Masduki, Sp.M M.Sc  
dr. Ahmad Muttaqin Alim, Sp.An, EMDM  
dr. Nurcholid Umam Kurniawan, Sp.A, M.Sc  
dr. Rona Hafida Heriyanto  
dr. Muhammad Yusuf Arrozhi, Sp.F M.Sc

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN  
TAHUN AKADEMIK 2022/2023**



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Wr. Wb*

Segala puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas tersusunnya buku panduan Blok kegawatdaruratan (Blok 4.1). Buku panduan ini berisi penjelasan umum tentang visi dan misi Universitas Ahmad Dahlan, visi dan misi serta *curriculum map* Fakultas Kedokteran UAD. Buku ini juga berisi panduan bagi mahasiswa untuk memahami tujuan, kegiatan pembelajaran, metode penilaian, skenario, dan materi praktikum yang ada di Blok 4.1 Kegawatdaruratan

Saran dan masukan yang positif sangat kami harapkan untuk perbaikan buku panduan ini. Terima kasih.

*Wassalamua'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, Mei 2023  
Tim Blok 4.1 Kegawatdaruratan  
Program Studi Kedokteran  
Fakultas Kedokteran UAD

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>1</b>
<b>IDENTITAS MAHASISWA</b> .....	<b>2</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>3</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>4</b>
<b>VISI DAN MISI</b> .....	<b>6</b>
<b>UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN</b> .....	<b>6</b>
<b>VISI DAN MISI FAKULTAS KEDOKTERAN</b> .....	<b>6</b>
<b>VISI DAN MISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN</b> .....	<b>7</b>
<b><i>CURRICULUM MAPS</i></b> .....	<b>8</b>
<b><i>OVERVIEW BLOK 4.1</i></b> .....	<b>9</b>
<b>Tujuan Umum</b> .....	<b>9</b>
<b>Tujuan Khusus</b> .....	<b>9</b>
<b>Area Kompetensi Lulusan</b> .....	<b>10</b>
<b><i>TOPIC TREE</i></b> .....	<b>11</b>
<b>KEGIATAN BELAJAR</b> .....	<b>12</b>
<b>Diskusi Tutorial</b> .....	<b>12</b>
<b>Kuliah Pakar</b> .....	<b>13</b>
<b><i>Early Clinical Exposure</i></b> .....	<b>14</b>
<b>Penugasan</b> .....	<b>15</b>
<b>METODE PENILAIAN</b> .....	<b>16</b>
<b>TOPIK TUTORIAL</b> .....	<b>17</b>
<b>SKENARIO 1</b> .....	<b>17</b>

<b>SKENARIO 2</b> .....	<b>22</b>
<b>SKENARIO 3</b> .....	<b>26</b>
<b>SKENARIO 4</b> .....	<b>29</b>
<b>PANDUAN PENUGASAN</b> .....	<b>33</b>

**VISI DAN MISI**  
**UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN**

**I. VISI UAD**

Visi UAD ialah menjadi perguruan tinggi yang unggul dan inovatif, mengabdikan kepada kepentingan bangsa dan umat manusia yang dijiwai nilai-nilai Islam.

**II. MISI UAD**

UAD memiliki misi untuk:

- a. mengimplementasikan nilai-nilai AIK pada semua aspek kegiatan;
- b. memajukan ilmu pengetahuan, teknologi dan seni melalui pendidikan, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat;
- c. membangun dan mengembangkan kerja sama dan kolaborasi yang setara di tingkat lokal, nasional, dan internasional; dan
- d. menyelenggarakan tata kelola perguruan tinggi yang baik.

**VISI DAN MISI FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN**

**I. VISI FAKULTAS KEDOKTERAN UAD**

Menjadi Fakultas Kedokteran yang inovatif dan unggul dalam pendidikan, penelitian, dan pengabdian di bidang kesehatan dan kebencanaan yang dijiwai nilai-nilai Islam untuk kemajuan bangsa pada tahun 2035

**II. MISI FAKULTAS KEDOKTERAN UAD**

- a. Menyelenggarakan pendidikan bidang kesehatan dengan dijiwai oleh nilai-nilai Islam
- b. Menyelenggarakan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang kesehatan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat
- c. Menjalin kemitraan dengan para pemangku kepentingan baik dalam maupun luar negeri dalam upaya pelaksanaan tridharma

**VISI DAN MISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN**

**I. VISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UAD**

Menjadi program studi kedokteran yang menyelenggarakan pendidikan, penelitian, dan pengabdian dengan keunggulan bidang kebencanaan yang dijiwai nilai-nilai Islam untuk kemajuan bangsa pada tahun 2035

**II. MISI PROGRAM STUDI KEDOKTERAN UAD**

- a. Menyelenggarakan pendidikan bidang kedokteran yang dijiwai oleh nilai-nilai Islam dengan keunggulan kebencanaan
- b. Menyelenggarakan penelitian bidang kedokteran dan kebencanaan
- c. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat dalam upaya implemementasi hasil penelitian





## **BLOK 4.1 KEGAWATDARURATAN**

### **1. Deskripsi Blok**

Blok Kegawatdaruratan merupakan kegiatan pembelajaran di tahun keempat dalam kurikulum kedokteran FK UAD yang mempelajari tentang ancaman kegawatdaruratan dalam tubuh atau organ yang membutuhkan intervensi cepat dan tepat sesuai dengan Standar Kompetensi Pelayanan Dokter Indonesia. Blok kegawatdaruratan memiliki keterkaitan dengan blok-blok sebelumnya. Blok kegawatdaruratan memiliki beban sebesar 5 SKS yang dilaksanakan dalam 6 minggu.

### **2. Tujuan Umum :**

Mampu mengenali keadaan kegawatdaruratan dan melakukan tindakan awal dengan memperhatikan keselamatan pasien.

### **3. Tujuan Khusus**

- a. Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan terkait ilmu bedah
- b. Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan terkait ilmu Anestesi
- c. Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan terkait ilmu Patologi Klinik
- d. Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan terkait ilmu Kesehatan Anak
- e. Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan terkait ilmu Kulit dan Kelamin
- f. Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan terkait ilmu Penyakit Dalam
- g. Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan terkait ilmu Penyakit Saraf
- h. Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan terkait ilmu Penyakit Mata
- i. Mampu menjelaskan tinjauan Al-Islam dan Kemuhammadiyah terkait kegawatdaruratan medis

#### **4. Area Kompetensi Lulusan :**

- a. Menguasai prinsip ilmu Biomedik dan ilmu Humaniora yang terkini dalam pengelolaan masalah kesehatan individu dengan berlandaskan prinsip *evidence based medicine* **(CPL 6-P2)**
- b. Menguasai prinsip-prinsip Al Islam dan Kemuhammadiyah dalam bidang aqidah, akhlaq, ibadah dan muamalah berdasarkan Al quran dan assunah serta dapat mengintegrasikannya dengan ilmu kedokteran **(CPL 8-P4)**
- c. Menerapkan kemampuan berpikir kritis, menghasilkan ide yang relevan dan berinovasi untuk menyelesaikan masalah. **(CPL 11-KU1)**
- d. Memiliki kemampuan untuk menemukan, mengevaluasi, menggunakan, mendiseminasikan dan menghasilkan materi menggunakan teknologi informasi untuk pengembangan profesi dan keilmuan. **(CPL 12-KU2)**
- e. Mendemonstrasikan prosedur klinis yang berkaitan dengan masalah kesehatan dengan menerapkan prinsip keselamatan pasien, keselamatan diri sendiri, dan keselamatan orang lain. **(CPL 15-KK3)**

## 5. TOPIC TREE BLOK 4.1 KEGAWATDARURATAN



## 6. KEGIATAN BELAJAR

### A. Diskusi Tutorial

Diskusi tutorial merupakan kegiatan pembelajaran dalam problem *based-learning*. Diskusi dilakukan oleh kelompok kecil mahasiswa yang berisi 8—12 orang, dipimpin oleh seorang ketua dan sekretaris, dan difasilitasi oleh seorang tutor. Diskusi dimulai dari suatu kasus/skenario dan dilaksanakan dua—tiga kali setiap minggunya. Mahasiswa diharapkan dapat melakukan diskusi tutorial dengan pedoman tujuh Langkah (*seven jumps*) yang meliputi:

#### **L1 : Klarifikasi istilah dan konsep**

Langkah ini membantu kelompok untuk memulai diskusi dengan pemahaman yang jelas dan sama terhadap konsep dan istilah dalam skenario. Proses ini menggunakan bantuan kamus umum, kamus kedokteran, dan tutor.

#### **L2 : Menetapkan masalah**

Untuk merumuskan masalah di skenario dengan jelas dan konkret. Langkah ini membantu menetapkan batas-batas masalah yang sedang dibahas.

#### **L3 : Menganalisis masalah (*brainstorming*)**

Langkah ini dimaksudkan untuk menyegarkan pengetahuan yang ada dalam kelompok dan untuk mengaktifkan pengetahuan yang dimiliki sebelumnya (*prior knowledge*). Langkah ini menerima segala penjelasan atau alternatif lain yang memungkinkan terhadap masalah yang ada.

#### **L4 : Membuat kategori**

Mengkategorikan penjelasan pada L-3. Langkah ini membantu merumuskan keterkaitan/hubungan antar penjelasan yang didapat pada langkah sebelumnya. Kelompok membangun gambaran yang logis terhadap penjelasan terhadap masalah, berpikir, dan menggarisbawahi masalah.

#### **L5 : Merumuskan tujuan belajar**

Tergantung pada diskusi di L-4, apa saja yang masih belum diketahui atau belum jelas, dapat dirumuskan menjadi tujuan belajar yang jelas untuk belajar mandiri. Proses ini merupakan proses akhir dari pertemuan pertama.

### **L6 : Belajar mandiri**

Langkah ini bertujuan untuk membantu siswa memilih sumber belajar yang relevan. Program studi menyediakan material sumber belajar yang berhubungan dengan masalah yang didiskusikan. Setelah memilih sumber belajar, langkah berikutnya adalah semua anggota kelompok harus mempelajari sumber belajar dan mendapatkan pemahaman pengetahuan yang jelas. Pemahaman baru ini lalu dihubungkan dengan pengetahuan sebelumnya dan mempersiapkan diri untuk melaporkan kembali secara kritis pengetahuan yang telah diperoleh.

### **L7 : Melaporkan hasil belajar**

Siswa mendiskusikan pengetahuan yang baru diperoleh. Langkah ini biasanya terjadwal pada pertemuan tutorial kedua dan ketiga. Siswa diberi cukup waktu untuk belajar mandiri. Langkah ini berisi proses pelaporan oleh masing-masing anggota tentang hasil yang diperoleh dalam proses belajar mandiri, kemudian dari beberapa hasil dapat ditarik kesimpulan jawaban yang benar dari masing-masing permasalahan yang menjadi tujuan belajar.

## **TOPIK TUTORIAL**

<b>Minggu ke-</b>	<b>Skenario Tutorial</b>	<b>Waktu (menit)</b>
I	Dadaku sesak dan nyeri	2x2x50
II	Syok	2x2x50
III	Kenapa anggota badan saya bergerak sendiri?	2x2x50
IV	Wajah saya tiba-tiba bengkak dan tebal	2x2x50

### **B. Kuliah Interaktif Pakar**

Kuliah dalam kelas besar yang akan diampu oleh pakar dari masing-masing bidang yang akan diajarkan. Dalam kuliah ini diharapkan mahasiswa sudah belajar membaca sedikit dengan topik yang akan diajarkan, sehingga dapat menanyakan apa yang belum dipahami tentang bahasan terkait kepada pakar yang hadir.

### **C. *Early Clinical Exposure (ECE)***

*Early Clinical Exposure (ECE)* adalah pendekatan pendidikan medis yang memungkinkan mahasiswa kedokteran untuk terlibat dalam pengalaman klinis dan interaksi dengan pasien pada tahap awal dalam kurikulum mereka. Pendekatan ini didasarkan pada beberapa teori dan prinsip yang mendukung manfaat ECE. Berikut adalah beberapa landasan teori utama untuk ECE:

a) **Pembelajaran Aktif**

Teori ini berdasarkan pada gagasan bahwa pembelajaran aktif, yaitu belajar melalui pengalaman langsung dan partisipasi aktif, lebih efektif daripada pembelajaran pasif. ECE memberikan mahasiswa kesempatan untuk melibatkan diri secara aktif dalam pengalaman klinis, sehingga mereka dapat mengembangkan keterampilan klinis dan pengetahuan dengan lebih baik.

b) **Kontekstualisasi**

ECE membantu mahasiswa mengaitkan teori kedokteran dengan konteks dunia nyata. Ini mendukung prinsip kontekstualisasi dalam pembelajaran, di mana pengetahuan menjadi lebih bermakna dan relevan ketika diterapkan dalam situasi klinis yang sebenarnya.

c) **Konstruktivisme**

Teori ini berfokus pada pembelajaran yang dipandu oleh siswa dan proses konstruksi pengetahuan. Melalui ECE, mahasiswa memiliki kesempatan untuk membangun pemahaman mereka sendiri tentang prinsip-prinsip kedokteran, terutama ketika mereka menghadapi kasus-kasus klinis yang beragam.

d) **Pembelajaran Kolaboratif**

ECE memungkinkan mahasiswa untuk berinteraksi dengan profesional kesehatan, pasien, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Ini mendukung pembelajaran kolaboratif, di mana mahasiswa dapat mengembangkan keterampilan komunikasi, kerjasama tim, dan pemahaman tentang peran yang berbeda dalam perawatan pasien.

e) **Kesadaran Profesional**

Melalui ECE, mahasiswa dapat mulai mengembangkan kesadaran profesional mereka, termasuk etika kedokteran, komunikasi yang baik, dan empati terhadap pasien. Ini sesuai dengan teori pembelajaran yang berfokus pada pengembangan profesionalisme.

f) **Motivasi dan Keterlibatan**

ECE dapat meningkatkan motivasi mahasiswa untuk belajar karena mereka melihat

relevansi dan manfaat dari apa yang mereka pelajari. Keterlibatan dalam pengalaman klinis awal juga dapat membangkitkan minat dan dedikasi mahasiswa terhadap profesi medis.

g) Siklus Pembelajaran

Prinsip pembelajaran interaktif mendukung pengalaman klinis yang berulang. Melalui ECE, mahasiswa dapat terus-menerus mengembangkan dan menyempurnakan keterampilan mereka seiring berjalannya waktu.

h) Refleksi

Pelaksanaan ECE dilakukan di IGD Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan PKU Muhammadiyah Bantul.

#### **D. Penugasan**

Penugasan adalah kegiatan dapat berupa pembuatan *refleksi kasus* dan didiskusikan dalam kelompok tutorial.



## METODE PENILAIAN

Metode penilaian tahap pendidikan sarjana kedokteran Fakultas Kedokteran UAD menggunakan beberapa metode penilaian. Metode penilaian ini diharapkan dapat menilai siswa secara obyektif. Metode Penilaian tersebut terdiri dari :

### 1. Ujian Blok (MCQ)

Ujian Blok merupakan ujian di setiap akhir blok dengan menggunakan *Multiple Choice Questions* (MCQ) yang dibuat sesuai dengan materi yang terkait pada blok. Soal diverifikasi oleh tim *Medical Education Unit* (MEU). Isi soal terkait dengan materi tutorial dan kuliah. Pada blok ini MCQ memiliki persentase 60%.

### 2. Penugasan

Penugasan pada blok ini dibagi menjadi *early clinical exposure (ECE)* yaitu observasi kegiatan di IGD (25% dari nilai total penugasan) dan membuat refleksi kasus (75% dari nilai penugasan). Pada blok ini nilai kegiatan Penugasan adalah 10%

### 3. Tutorial

Terdiri dari komponen keaktifan 25% dan *Mini Quiz* 75%. *Mini Quiz* merupakan ujian tulis yang dilakukan pada pertemuan terakhir setiap skenario.. *Mini Quiz* menggunakan *Multiple Choice Questions* (MCQ) yang dibuat sesuai dengan materi yang dibahas pada skenario tutorial. Soal diverifikasi oleh tim MEU. Pada blok ini tutorial memiliki persentase 30%.

NO	BENTUK PENILAIAN	TIPE
1.	Tutorial	Sumatif (30%)
2.	Ujian Blok (MCQ)	Sumatif (60%)
3.	Penugasan	Sumatif (10%)
		100%

## TEMA 1 : INITIAL ASSESMENT, KEGAWATDARURATAN AIRWAY BREATHING & TRAUMA THORAX

Pada tema ini akan mempelajari tentang inisial asesmen kasus penyakit yang berhubungan dengan airway dan breathing, termasuk kasus trauma.

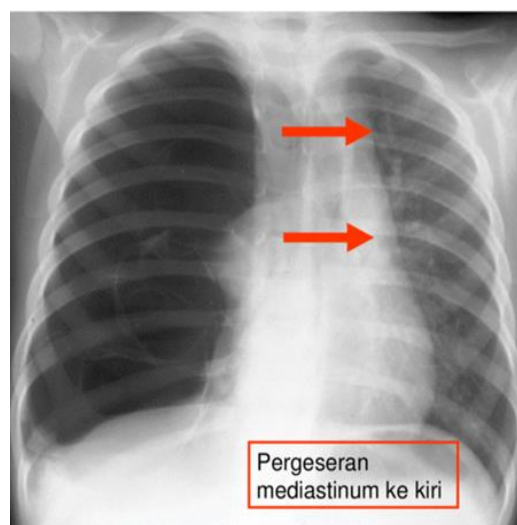
### Aktifitas Pembelajaran

#### 1. Tutorial

##### SKENARIO 1

##### “Dadaku sesak dan nyeri”

Seorang pria berusia 40 tahun bekerja sebagai satpam di sebuah bank di Yogyakarta. Saat sedang bekerja, dada kanan tertusuk pisau saat sedang mencegah perampokan. Tampak lubang di dada kemudian terasa sesak dan nyeri. Temannya segera membawa ke rumah sakit terdekat untuk segera mendapat perawatan. Pemeriksaan fisik di IGD didapatkan pasien tampak sesak, pucat, kesakitan. tanda vital TD: 80/60 Nadi 110x/min Respirasi 30x/min Suhu 36°C. Pemeriksaan thorax inspeksi didapatkan ketertinggalan gerak pada dada kanan, tampak luka tusuk di dada sebelah kanan, pada palpasi didapatkan taktil fremitus kanan menurun. Perkusi didapatkan suara sonor menurun di bagian paru kanan. Hasil rontgen sebagai berikut:



## 2. Kuliah Interaktif

NO	Capaian Pembelajaran Akhir (Sub CPMK)	Materi Pembelajaran	Departemen	Waktu
1	Mampu menjelaskan tanda kegawatdaruratan meliputi Etika dalam kegawatdaruratan dan traumatologi ( <i>decision making, team work, communication</i> , Inisial assesment, ABC management (Intubasi, Helmich Manuver), Prinsip penanganan trauma ( <i>Primary, Secondary, &amp; Definitive assesment</i> ), dan Musculo compartement syndrome	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etika dalam kegawatdaruratan dan traumatologi (<i>decision making, team work, communication</i>)</li> <li>2. Inisial assesment</li> <li>3. ABC management (Intubasi, Helmich Manuver)</li> <li>4. Prinsip penanganan trauma (<i>Primary, Secondary, &amp; Definitive assesment</i>)</li> <li>5. <i>Musculo compartement syndrome</i></li> </ol>	Departemen Bedah	2x50
2	Mampu menjelaskan kegawatdaruratan berupa Terapi oksigen dan Manuver Heimlich	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapi oksigen</li> <li>2. Manuver Heimlich</li> </ol>	Departemen Anestesi	2x50
3	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan Anak meliputi Inisial assesment, ABC management, dan <i>Secondary assesment (Head To Toe Examination)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inisial Assesment kegawatdaruratan Anak</li> <li>2. ABC Management pada Anak</li> <li>3. <i>Secondary Assesment (Head to Toe) pada Anak</i></li> </ol>	Departemen Anak	2x50

4	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada Anak meliputi Gagal nafas Anak, Gawat nafas Anak, Resusitasi Jantung Paru (RJP) Anak, <i>Upper respiratory emergencies-Stridor dan drooling</i> , dan Wheezing pada infant dan anak.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gagal nafas Anak</li> <li>2. Gawat nafas Anak</li> <li>3. Resusitasi Jantung Paru (RJP) Anak</li> <li>4. <i>Upper respiratory emergencies-Stridor dan drooling</i></li> <li>5. Wheezing pada infant dan anak.</li> </ol>	Departemen Anak	2x50
5	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada Thorax	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat pada</li> </ol> <p>Kasus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Flail chest</i></li> <li>- Kontusio paru</li> <li>- Hematothorax massive</li> <li>- Tamponade jantung</li> <li>- <i>Sucking wound</i></li> <li>- Tension pneumothorax</li> <li>- Pneumothorax ventil</li> <li>- Ateletaksis</li> </ul>	Departemen Bedah	2x50
6	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada Paru meliputi pneumonia, Aspirasi, Tenggelam, dan Sindrom hipoventilasi obesitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat pada kasus :</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumonia Aspirasi</li> <li>- Tenggelam</li> <li>- Sindrom hipoventilasi obesitas</li> </ul>	Departemen Penyakit Dalam	2x50
7	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada Paru meliputi <i>Resiparatory distress</i> , Efusi pleura, dan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat</li> </ol>	Departemen Penyakit Dalam	2x50

	Hemoptisis	Kasus: - <i>Respiratory distress</i> - Efusi pleura - Hemoptisis		
8	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada Anak meliputi Asma akut berat, Status Asmatikus, Urtikaria dan Kegawatdaruratan dalam kasus <i>child abuse</i> .	1. Gejala kegawatdaruratan 2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang 3. Diagnosis 4. Penatalaksanaan awal 5. Menentukan rujukan yang tepat Kasus: - Asma akut berat - Bronkiolitis akut - Status Asmatikus - Urtikaria - Kegawatdaruratan dalam kasus <i>child abuse</i>	Departemen Anak	2x50

### 3. Keterampilan Klinis /BCC

- a. *Basic Airway & Ventilation* : Anak dan Dewasa
- b. *Advance Airway Management*

#### Referensi :

- Bowman, Jeffrey, Glenn. Pneumothorax, Tension and Traumatic. Updated: 2010 May 27; cited 2011 January 10. Available from <http://emedicine.medscape.com/article/827551>
- Sudoyo, Aru, W. Setiyohadi, Bambang. Alwi, Idrus. K, Marcellus, Simadibrata. Setiati, Siti. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid II. Edisi IV. Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2006. p. 1063.
- Schiffman, George. Stoppler, Melissa, Conrad. Pneumothorax (Collapsed Lung). Cited : 2011 January 10. Available from : <http://www.medicinenet.com/pneumothorax/article.htm>
- Malueka, Rusdy, Ghazali. Radiologi Diagnostik. Yogyakarta : Pustaka Cendekia Press; 2007. p. 56
- De Menezes Lyra, R. 2016. Etiology of Primary Spontaneous Pneumothorax. *J Bras Pneumol*, vol. 42, pp. 222–226. doi:10.1590/S1806-37562015000000230 Jackson, NK., dan Louie, BE. 2012. *Spontaneous Pneumothorax*. *Curr. Respir. Med. Rev.* 8, 285–296.
- Jain, D., Gosavi, S., dan Jain, DD. 2008. *Understanding and Managing Tension Pneumothorax*. *JIACM* 9, 42–50. K. Jackson, N., dan E. Louie, B. 2012. *Spontaneous Pneumothorax*. *Curr. Respir. Med. Rev.* 8, 285-296. Diakses dari <http://www.eurekaselect.com/100787/> article pada tanggal 2 Agustus 2017.
- Kaneda, H., Nakano, T., Taniguchi, Y., Saito, T., Konobu, T., dan Saito, Y. 2013. *Three-step Management of Pneumothorax: time for a re-think on initial management*. *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* vol. 16, pp. 186–192. Diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548528/>

- pdf/ivs445.pdf pada tanggal 2 Agustus 2017.
- Kline, J.P., Dionisio, D., Sullivan, C.K., Early, T., Wolf, J., dan Kline, D. 2013. *Detection of Pneumothorax with Ultrasound*. AANA J, vol. 81, pp. 265–271. MacDuff, A., Arnold, A., dan Harvey, J. 2010. *Management of Spontaneous Pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010*. Thorax, vol. 65, pp. ii18–ii31. Diakses dari <http://thorax.bmj.com/cgi/doi/10.1136/thx.2010.136986> pada tanggal 2 Agustus 2017. Bab 20 – Pneumotoraks **279**
- Noppen, M. 2010. *Spontaneous Pneumothorax: epidemiology, pathophysiology and cause*. Eur Respir Rev, vol. 19, pp. 217–219. Diakses dari <http://www.isdbweb.org/documents/file/4cb31c65a0b29.pdf> pada tanggal 2 Agustus 2017.
- Rivas de Andrés, JJ., Jiménez López, MF., Molins López-Rodó, L., Pérez Trullén, A., dan Torres Lanzas, J. 2008. *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Spontaneous Pneumothorax*. Arch. Bronconeumol, vol. 44, pp. 437–448. Diakses dari [http://dx.doi.org/10.1016/S1579-2129\(08\)60077-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1579-2129(08)60077-4) pada tanggal 2 Agustus 2017.
- Roberts, DJ., Leigh-Smith, S., Faris, PD., Ball, CG., Robertson, HL., Blackmore, C., Dixon, E., Kirkpatrick, AW., Kortbeek, JB., dan Stelfox, HT. 2014. *Clinical Manifestations of Tension Pneumothorax: protocol for a systematic review and meta-analysis*. Syst. Rev, vol. 3, pp. 1–13.
- Rodrigo, SB., DeArmond, DT., Soni, NJ., dan Jay, P. 2015. *Pneumothorax*. Dalam Michael, AG, Jack, AE, Jay, AF, Robert, MK, Allan, IP, dan Robert, MS.(eds.), *Fishman's Pulmonary Disease S and Disorders*. New York: McGraw-Hill, pp. 2708–2751.
- Slobodan, M., Marko, S., dan Bojan, M. 2015. *Pneumothorax — Diagnosis and Treatment*. Sanamed, vol. 10, pp. 221-228. Diakses dari <http://scindeksclanci.ceon.rs/data/pdf/1452-662X/2015/1452662X1503221M.pdf> pada tanggal 2 Agustus 2017.
- Tschopp, J., Rami-Porta, R., Noppen, N., dan Astoul, P. 2006. *Management of Spontaneous Pneumothorax: state of the art*. Eur Respir J, vol. 28, pp. 637–650
- Barton, ED. 1999. Tension Pneumothorax [Diseases of the pleura]. Curr. Opin. Pulm. Med, vol. 5, pp. 269–276.
- De Menezes Lyra, R. 2016. Etiology of Primary Spontaneous Pneumothorax. J Bras Pneumol, vol. 42, pp. 222–226. doi:10.1590/S1806-37562015000000230
- Jackson, NK., dan Louie, BE. 2012. Spontaneous Pneumothorax. Curr. Respir. Med. Rev. 8, 285–296.
- Jain, D., Gosavi, S., dan Jain, DD. 2008. Understanding and Managing Tension Pneumothorax. JIACM 9, 42–50.
- K. Jackson, N., dan E. Louie, B. 2012. Spontaneous Pneumothorax. Curr. Respir. Med. Rev. 8, 285-296. Diakses dari <http://www.eurekaselect.com/100787/> article pada tanggal 2 Agustus 2017.
- Kaneda, H., Nakano, T., Taniguchi, Y., Saito, T., Konobu, T., dan Saito, Y. 2013. Three-step Management of Pneumothorax: time for a re-think on initial management. Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg, vol. 16, pp. 186–192. Diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548528/pdf/ivs445.pdf> pada tanggal 2 Agustus 2017.
- Kline, J.P., Dionisio, D., Sullivan, C.K., Early, T., Wolf, J., dan Kline, D. 2013. *Detection of Pneumothorax with Ultrasound*. AANA J, vol. 81, pp. 265–271.
- Rivas de Andrés, JJ., Jiménez López, MF., Molins López-Rodó, L., Pérez Trullén, A., dan Torres Lanzas, J. 2008. *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Spontaneous Pneumothorax*. Arch. Bronconeumol, vol. 44, pp. 437–448. Diakses dari [http://dx.doi.org/10.1016/S1579-2129\(08\)60077-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1579-2129(08)60077-4) pada tanggal 2 Agustus 2017.
- Roberts, DJ., Leigh-Smith, S., Faris, PD., Ball, CG., Robertson, HL., Blackmore, C., Dixon, E., Kirkpatrick, AW., Kortbeek, JB., dan Stelfox, HT. 2014. *Clinical Manifestations of Tension Pneumothorax: protocol for a systematic review and meta-analysis*. Syst. Rev, vol. 3, pp. 1–13.

## TEMA 2 : KEGAWATDARURATAN SIRKULASI & METABOLIK

Pada tema ini akan mempelajari tentang kegawatdaruratan yang berhubungan dengan kasus penyakit yang menyebabkan gangguan sirkulasi dan metabolik pada dewasa dan anak.

### Aktifitas Pembelajaran

#### 1. Tutorial

#### SKENARIO 2

#### “syok”

Seorang laki-laki berusia 58 tahun dibawa ke IGD rumah sakit setelah terjatuh dan terlindas mobil pada daerah paha. Pada pemeriksaan awal didapatkan tekanan darah 60/40 mmHg, frekuensi nadi 120 kpm, teraba lemah, CRT >2 detik, laju respirasi 22 kpm, dan suhu 37°C. Dokter kemudian melakukan penatalaksanaan awal syok.

#### 2. Kuliah Interaktif

NO	Capaian Pembelajaran Akhir (Sub CPMK)	Materi Pembelajaran	Departemen	Waktu
1	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan Jantung meliputi gangguan irama jantung dan RJP pada dewasa	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Gejala kegawatdaruratan</li><li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li><li>3. Diagnosis</li><li>4. Penatalaksanaan awal</li><li>5. Menentukan rujukan yang tepat</li></ol> Kasus : <ul style="list-style-type: none"><li>- Gangguan irama jantung</li><li>- Oedem paru akut</li><li>- RJP Dewasa</li></ul>	Departemen Penyakit Dalam (Kardiologi)	2x50

2	Mampu menjelaskan kegawatdaruratan berupa Transportasi pasien kritis dan resusitasi cairan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transportasi pasien kritis</li> <li>2. Resusitasi cairan</li> </ol>	Departemen Anestesi	2x50
3	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada Anak meliputi Syok kardiogenik, Syok septik pediatrik, dan <i>Cardiorespiratory arrest</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Syok kardiogenik</li> <li>2. Syok septik pediatrik</li> <li>3. <i>Cardiorespiratory arrest</i></li> </ol>	Departemen Anak	2x50
4	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan Anak meliputi Kolik infantil, <i>Acute kidney injury</i> , Gagal hati akut, Tata laksana ketoasidosis diabetik, dan Tata laksana nutrisi pada kegawatan <i>inborn errors metabolism</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat pada kasus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolik infantil</li> <li>- <i>Acute kidney injury</i></li> <li>- Gagal hati akut</li> <li>- Tata laksana ketoasidosis diabetik</li> <li>- Tata laksana nutrisi pada kegawatan <i>inborn errors metabolism</i></li> </ul> </li> </ol>	Departemen Anak	2x50
5	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada Anak meliputi Enselopati Dengue, Cooling pada <i>Hypoxic-Ischemic Encephalopath</i> , dan Reaksi transfusi akut	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat</li> </ol> Kasus: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enselopati Dengue</li> <li>- Cooling pada <i>Hypoxic-Ischemic Encephalopathy</i></li> <li>- Reaksi transfusi akut</li> </ul>	Departemen Anak	2x50



6	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan metabolik dan keracunan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat</li> </ol> Kasus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan kesadaran (metabolik: ensefalopati uremik, ensefalopati hepatikum, elektrolit <i>inbalance</i>)</li> <li>- Keracunan racun alam, makanan, insektisida</li> </ul>	Departemen Penyakit Dalam	2x50
7	Mampu menjelaskan kegawatdaruratan pada terapi transfusi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikasi Tranfusi</li> <li>2. Kontraindikasi tranfusi</li> <li>3. Dosis pemberian</li> <li>4. Cara pemberian</li> <li>5. Jenis Tranfusi</li> <li>6. Manfaat tranfusi</li> <li>7. Monitoring pemberian tranfusi</li> </ol>	Departemen Patologi Klinik	2x50
8	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan bedah berupa luka bakar (thermal, kimia, listrik, dan petir), vulnus laseratum, vulnus perforatum penetratum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat</li> </ol> Kasus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka bakar (thermal, kimia, listrik, dan petir)</li> <li>- Luka bakar derajat 3 dan 4</li> <li>- Luka bakar derajat 1 dan 2</li> <li>- Vulnus Laseratum, punctum</li> <li>- Vulnus perforatum, penetratum</li> </ul>	Departemen Bedah	2x50

### 3. Keterampilan Klinis /BCC

- a. Tatalaksana cairan
- b. *Circulation management*

## Referensi :

- De Caen, AR., Berg, MD., Chameide, L., Gooden, CK., Hickey, RW., dan Scott, HF et al. 2015. Pediatric Advanced Life Support 2015 American Heart Association Guidelines Update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, vol. 32, pp. S526–542.
- Osyka Medical, 2017. Goal directed Therapy and Fluid Optimization. Diakses dari <https://www.osypkamed.com/applications/fluid-optimization> pada tanggal 23 Juli 2017.
- Greilich, PG., and Johnston, WE. 2007. Invasive Hemodynamic Monitoring. In Hahn, RG., Prough, DS., and Svensen, CH. (Eds). *Perioperative Fluid Therapy*. New York: Informa Healthcare.
- Morgan, P., Al-Subaie, N., and Rhodes, A. 2008. Minimally Invasive Cardiac Output Monitoring. *Curr Opin Crit Care*, vol. 5.
- Pamela, F., James, P.R., and Shafer, S. 2015. *Stoelting's: Pharmacology & Physiology in Anesthetic Practice*. 5th Edition. Wolter Kluwer.
- Stetz , CW., Miller, RG., Kelly, GE., et al. 1992. Reliability of The Thermodilution Method in The Determination of Cardiac Output in Clinical Practice. *Am Rev Resp Dis*, vol. 8.

## TEMA 3 : KEGAWATDARURATAN SISTEM SARAF, TRAUMA ABDOMEN & PELVIS

Pada tema ini akan mempelajari tentang kegawatdaruratan yang berhubungan dengan kasus penyakit yang menyebabkan gangguan sistem saraf pada anak dan dewasa, serta mempelajari tentang trauma pada regio abdomen dan pelvis.

### Aktifitas Pembelajaran

#### 1. Tutorial

#### SKENARIO 3

#### “Kenapa anggota badan saya bergerak sendiri?”

Seorang siswi berusia 16 tahun tiba-tiba merasa “kosong” kemudian terjatuh, badan bergerak sendiri, seperti kesulitan bernapas, ngiler, kadang disertai ngompol, dan menggigit lidah. Ini terjadi selama 1-2 menit dan sekitar 2-3 kali seminggu. Setelah bangun tidur, dia terlihat bingung, lemas, dan merasa mengantuk. Pada pemeriksaan fisik dan neurologis didapatkan hasil normal. Menurut dokter, diperlukan tes EEG untuk mencatat aktivitas otaknya.

#### 2. Kuliah Interaktif

NO	Capaian Pembelajaran Akhir (Sub CPMK)	Materi Pembelajaran	Departemen	Waktu
1	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana dan rujukan kegawatdaruratan bedah berupa kegawatdaruratan abdomen dan pelvis ( <i>abdominal compartment syndrome</i> ), <i>torsio testis</i> ,	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Gejala kegawatdaruratan</li><li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li><li>3. Diagnosis</li><li>4. Penatalaksanaan awal</li><li>5. Menentukan rujukan yang tepat pada Kasus :</li></ol>	Departemen Bedah	2x50

	<i>ruptur uretra, ruptur kandung kemih, ruptur ginjal, Priapismus</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawatdaruratan abdomen dan pelvis (<i>abdominal compartment syndrome</i>)</li> <li>- Torsio testis</li> <li>- Ruptur uretra</li> <li>- Ruptur kandung kemih</li> <li>- Ruptur ginjal</li> <li>- Priapismus</li> </ul>		
2	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan Saraf meliputi kejang ( <i>status epilepticus</i> ) dewasa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat pada Kasus:</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kejang (<i>status epilepticus</i>) dewasa</li> <li>- koma</li> </ul>	Departemen Saraf	2x50
3	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada Anak meliputi Kejang dan status epilepticus, dan Hiperpireksia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat</li> </ol> <p>Kasus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kejang dan status epilepticus anak</li> <li>- Hiperpireksia</li> </ul>	Departemen Anak	2x50
4	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan Saraf meliputi Penurunan Kesadaran dan Koma	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala kegawatdaruratan</li> <li>2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang</li> <li>3. Diagnosis</li> <li>4. Penatalaksanaan awal</li> <li>5. Menentukan rujukan yang tepat</li> </ol> <p>Kasus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penurunan Kesadaran</li> <li>- Koma</li> <li>- Stroke</li> </ul>	Departemen Saraf	2x50
5	Mampu menjelaskan manajemen nyeri pada kasus emergensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prinsip dasar manajemen nyeri pada emergensi</li> </ol>	Departemen Anestesi	2x50

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. tanda dan gejala nyeri pada pasien dalam situasi emergensi</li> <li>3. penilaian nyeri (skala pengukuran)</li> <li>4. farmakologi dan non-farmakologi pengelolaan nyeri akut pada pasien emergensi</li> <li>5. Intervensi nyeri pada kasus emergensi</li> </ol>		
--	--	---	--	--

### Referensi :

- Fisher RS, Boas W, Blume W, et al. Epileptic Seizures and Epilepsi: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsi (ILAE) and the International Bureau for Epilepsi (IBE). *Epilepsia*. 2005;46(4):470-2.
- Bancaud J, Henriksen O, Donnadieu FR, et al. Proposal for Revised Clinical and Electroencephalographic Classification of Epileptic Seizures. *Epilepsia*. 1981;22:489-501.
- Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational Classification of Seizure Types by the International League Against Epilepsi.
- Panayiotopoulos CP. Chapter 1: Clinical Aspects of the Diagnosis of Epileptic Seizures and Epileptic Syndromes. Dalam: Panayiotopoulos CP.. *The Epilepsies: Seizures, Syndromes and Management*. Oxfordshire (UK): Bladon Medical Publishing; 2005.
- Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, et al. ILAE Official Report: A Practical Clinical Definition of Epilepsi. *Epilepsia*. 2014;55(4): 475-82.
- Anonim. Pertolongan Pertama Pada Penyakit Epilepsi. Diunduh dari: <http://penyakitpilepsi.com/pertolongan-pertama-pada-penyakit-epilepsi/> Diakses pada 4 Agustus 2016.
- Arifputra A, Sumantri FO. Epilepsi. Dalam: Arifputra A. *Kapita Selektta Kedokteran Edisi II*. Jakarta (INA: Media Aesculapius; 2014.
- NICE Guideline on AEDs. Diunduh dari: [https://www.epilepsysociety.org.uk/system/files/attachments/NICEguidelineonAEDsAugust2014\\_0.pdf](https://www.epilepsysociety.org.uk/system/files/attachments/NICEguidelineonAEDsAugust2014_0.pdf) Diakses pada 4 Agustus 2016
- Mardjono M (2003) : Pandangan Umum Tentang Epilepsi dan Penatalaksanaannya dalam Dasar-Dasar Pelayangan Epilepsi & Neurologi, Agoes A (editor); 129-148.
- Oguni H (2004) : Diagnosis and Treatment of Epilepsi, *Epilepsia*, 48 (Suppl.8):13-16
- Kustiowati E, Hartono B, Bintoro A, Agoes A (editors) (2003) : *Pedoman Tatalaksana Epilepsi*, Kelompok Studi Epilepsi Perdossi.
- Ahmed Z, Spencer S.S (2004) : An Approach to the Evaluation of a Patient for Seizures and Epilepsi, *Wisconsin Medical Journal*, 103(1) : 49-55.
- Harsono (2001) : *Epilepsi*, edisi 1, GajahMada University Press, Yogyakarta.
- Oguni H (2004) : Diagnosis and Treatment of Epilepsi, *Epilepsia*, 48 (Suppl.8):13-16
- Sisodiya S.M, Duncan J (2000) : Epilepsi : Epidemiology, Clinical Assessment, Investigation and Natural History, *Medicine International*,00(4);36-41.
- Paul E. Marik, MD, FCCP; and Joseph Varon, MD, FCCP. The Management of Status Epilepticus. *CHEST* 2004; 126:582–591

## **TEMA 4 : KEGAWATDARURATAN SISTEM INDERA, GIGITAN BINATANG, TRAUMA KEPALA & TULANG BELAKANG**

Pada tema ini akan mempelajari tentang kegawatdaruratan yang berhubungan dengan kasus penyakit di sistem indera, serta mempelajari tentang trauma pada kepala & tulang belakang.

### **Aktifitas Pembelajaran**

#### **1. Tutorial**

##### **SKENARIO 4**

##### **“Wajah saya tiba-tiba bengkak dan tebal”**

Seorang wanita berusia 21 tahun diantar ibunya ke IGD RS UAD dengan keluhan wajah dan anggota badan bengkak disertai napas terasa berat. Awalnya ia mengeluh tangan terasa gatal dan muncul bentol dan kemerahan setelah menyentuh tanaman di belakang rumahnya. Bentol dan kemerahan tersebut menyebar hingga wajahnya terasa bengkak dan sedikit ‘tebal’. Tak lama kemudian ia merasa agak sesak dan terasa berat untuk bernapas. Saat ditanya mengenai riwayat penyakitnya, ia tak pernah mengalami gejala serupa, hanya saja pernah didiagnosis asma sebelumnya. Pemeriksaan tanda vital didapatkan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 110 kpm, napas 28 kpm, suhu afebris. Pada pemeriksaan fisik didapatkan bengkak pada wajah, kedua lengan dan kaki, serta ditemukan adanya urtikaria luas pada tubuhnya. Dokter kemudian melakukan tatalaksana awal terkait gejala pasien.

## 2. Kuliah Interaktif

NO	Capaian Pembelajaran Akhir (Sub CPMK)	Materi Pembelajaran	Departemen	Waktu
1	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada pada kulit, meliputi Pemvigus vulgaris, dan Eritroderma	kegawatdaruratan pada kulit, meliputi: - Pemvigus vulgaris - Eritroderma	Departemen Kulit Kelamin	2x50
2	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan sistem rujukan kegawatdaruratan Kulit meliputi Stevens <i>Johnsons Syndrome (SJS)</i> , Toxic epidermal necrolysis, dan Eritema multiforma	1. Gejala kegawatdaruratan 2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang 3. Diagnosis 4. Penatalaksanaan awal 5. Menentukan rujukan yang tepat Kasus : - Stevens Johnsons Syndrome (SJS) - Toxic epidermal necrolysis - Eritema multiforma	Departemen Kulit Kelamin	2x50
3	Mampu mengenali, menjelaskan, mendiagnosis dan penatalaksanaan kegawatdaruratan Telinga Hidung Tenggorokan (THT)	1. Gejala kegawatdaruratan 2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang 3. Diagnosis 4. Penatalaksanaan awal 5. Menentukan rujukan yang tepat Kasus : - Epistaksis - Tuli mendadak - Infeksi leher dalam - Benda asing di telinga hidung tenggorokan	Departemen THT	2x50
4	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan Mata meliputi Kegawatdaruratan pada Retina : CRAO, BRAO,	1. Gejala kegawatdaruratan 2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang 3. Diagnosis 4. Penatalaksanaan awal 5. Menentukan rujukan yang tepat	Departemen Mata	2x50

	Endoftalmitis, Kegawatdaruratan pada Nervus Optikum :Neuretis Optik, Kompresi, neuropati optik, dan Galukoma akut	Kasus : - Kegawatdaruratan pada Retina : CRAO, BRAO, Endoftalmitis - Kegawatdaruratan pada Nervus Optikum: Neuretis Optik, Kompresi, neuropati optik - Glaukoma akut		
5	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan akibat gigitan binatang	1. Gejala kegawatdaruratan 2. Pemeriksaan fisik dan Penunjang 3. Diagnosis 4. Penatalaksanaan awal 5. Menentukan rujukan yang tepat 6. Hasil penelitian terkait snakebite (penelitian dr Dewi Yuniasih,M.Sc) Kasus: Gigitan Binatang (Ular, Kalajengking, Anjing)	Departemen Bedah	2x50
6	Mampu menjelaskan tanda, gejala, pemeriksaan fisik, usulan penunjang diagnosis, tatalaksana, dan rujukan kegawatdaruratan pada pasien fraktur maxillofacial dan cedera kepala dan tulang belakang	1. Anatomi SCALP & tengkorak 2. Fraktur maxillofacial 3. Cedera kepala dan tulang belakang (Ringan, Sedang, Berat,hematom intraserendra, perdarahan subarachnoid, Hematom epidural, hematom subdural, trauma medulla spinalis)	Departemen Bedah	2x50
7	Mampu menjelaskan petunjuk Al-Qur'an dan As- Sunnah tentang kegawatdaruratan	Petunjuk Al-Quran dan As- Sunah tentang: 1. Masalah Kedaruratan/Musibah 2. Menghadapi Kedaruratan 3. Pedoman Kedaruratan (aspek gender dalam memberikan pertolongan) 4. Contoh Kasus Kedaruratan 5. Menolong orang yang mengalami kegawatdaruratan	Departemen AIK	2x50



## Referensi :

- Barniol, C., Dehours, E., Mallet, J., Houze-Cerfon, C.H., Lauque, D., and Charpentier, S., 2017. Levocetirizine and Prednisone Are Not Superior to Levocetirizine Alone for the Treatment of Acute Urticaria: A Randomized Double-Blind Clinical Trial. *Annals of Emergency Medicine*, pp. 1–7.
- Bernstein, J.A., Cremonesi, P., Hoffmann, T.K., and Hollingsworth, J., 2017. Angioedema in the emergency department: a practical guide to differential diagnosis and management. *International journal of emergency medicine*, vol. 10, no. 1, p. 15.
- Goyal, V., Gupta, A., Gupta, O., Lal, D., and Gill, M., 2017. Comparative Efficacy and Safety of Ebastine 20 mg, Ebastine 10 mg and Levocetirizine 5 mg in Acute Urticaria. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, vol. 11, no. 3, p. WC06.
- Hoffmann, S.J., 2015. Pathophysiology and Treatment of Life-Threatening Angioedema. MSN Students Scholarship. Paper 131. Kaplan, A.P. 2008. Urticaria and Angioedema. In: Goldsmith, L.A., Katz, S.I., Gilchrist, B.A., Paller, A.S., Leffell, D.J., Wolff, K., editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th ed. New York: McGraw-Hill, pp. 413–430.
- Langley, E.W. and Gigante, J., 2013. Anaphylaxis, urticaria, and angioedema. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics*, vol. 34, no. 6, pp. 247–257.
- Radonjic-Hoesli, S., Hofmeier, K.S., Micaletto, S., Schmid-Grendelmeier, P., Bircher, A., and Simon, D., 2017. Urticaria and Angioedema: an Update on Classification and Pathogenesis. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, pp. 1–14.
- Sabroe, R.A. 2009. Acute Urticaria. In: Kaplan, A.P., Greaves, M.W., editors. *Urticaria and angioedema*, 2th ed. New York: Informa Healthcare, pp. 153–159.
- Wirantari, N. and Prakoeswa, C.R.S., 2014. Urticaria and Angioedema: Retrospective Study. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin*, vol. 26, no. 3, pp. 1–7.
- Zuberbier, T., Aberer, W., Asero, R., Bindslev-Jensen, C., Brzoza, Z., Canonica, G.W., Church, M.K., Ensina, L.F., Giménez-Arnau, A., Godse, K., and Gonçalo, M., 2014. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update. *Allergy*, vol. 69, no. 7, pp. 868–887.

**PANDUAN PENUGASAN 1**  
**MODUL EARLY CLINICAL EXPOSURE (ECE)**  
**KUNJUNGAN KE INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT**

**A. Tujuan Pembelajaran**

**1. Tujuan Umum**

Mampu meningkatkan pemahaman mahasiswa terhadap pengelolaan kasus/pasien emergensi sesuai dengan kompetensi dokter umum

**2. Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu memahami penilaian awal pasien di IGD
2. Mahasiswa mampu memahami penilaian kecepatan respon penanganan pasien di IGD
3. Mahasiswa mampu memahami tindakan pertolongan pertama pada kasus emergensi
4. Mahasiswa mampu memahami komunikasi tim dalam penanganan kasus emergensi di IGD

**B. Pendahuluan**

**1. *Early Clinical Exposure***

*Early Clinical Exposure (ECE)* adalah pendekatan pendidikan medis yang memungkinkan mahasiswa kedokteran untuk terlibat dalam pengalaman klinis dan interaksi dengan pasien pada tahap awal dalam kurikulum mereka. Pendekatan ini didasarkan pada beberapa teori dan prinsip yang mendukung manfaat ECE. Berikut adalah beberapa landasan teori utama untuk ECE:

a) Pembelajaran Aktif

Teori ini berdasarkan pada gagasan bahwa pembelajaran aktif, yaitu belajar melalui pengalaman langsung dan partisipasi aktif, lebih efektif daripada pembelajaran pasif. ECE memberikan mahasiswa kesempatan untuk melibatkan diri secara aktif dalam pengalaman klinis, sehingga mereka dapat mengembangkan keterampilan klinis dan pengetahuan dengan lebih baik.

b) Kontekstualisasi

ECE membantu mahasiswa mengaitkan teori kedokteran dengan konteks dunia nyata. Ini mendukung prinsip kontekstualisasi dalam pembelajaran, di mana pengetahuan menjadi lebih bermakna dan relevan ketika diterapkan dalam situasi klinis yang sebenarnya.

c) Konstruktivisme

Teori ini berfokus pada pembelajaran yang dipandu oleh siswa dan proses konstruksi pengetahuan. Melalui ECE, mahasiswa memiliki kesempatan untuk membangun pemahaman mereka sendiri

tentang prinsip-prinsip kedokteran, terutama ketika mereka menghadapi kasus-kasus klinis yang beragam.

d) Pembelajaran Kolaboratif

ECE memungkinkan mahasiswa untuk berinteraksi dengan profesional kesehatan, pasien, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Ini mendukung pembelajaran kolaboratif, di mana mahasiswa dapat mengembangkan keterampilan komunikasi, kerjasama tim, dan pemahaman tentang peran yang berbeda dalam perawatan pasien.

e) Kesadaran Profesional

Melalui ECE, mahasiswa dapat mulai mengembangkan kesadaran profesional mereka, termasuk etika kedokteran, komunikasi yang baik, dan empati terhadap pasien. Ini sesuai dengan teori pembelajaran yang berfokus pada pengembangan profesionalisme.

f) Motivasi dan Keterlibatan

ECE dapat meningkatkan motivasi mahasiswa untuk belajar karena mereka melihat relevansi dan manfaat dari apa yang mereka pelajari. Keterlibatan dalam pengalaman klinis awal juga dapat membangkitkan minat dan dedikasi mahasiswa terhadap profesi medis.

g) Siklus Pembelajaran

Prinsip pembelajaran iteratif mendukung pengalaman klinis yang berulang. Melalui ECE, mahasiswa dapat terus-menerus mengembangkan dan menyempurnakan keterampilan mereka seiring berjalannya waktu.

h) Refleksi

ECE mendorong mahasiswa untuk merefleksikan pengalaman klinis mereka. Refleksi adalah komponen penting dalam pembelajaran kedokteran, karena itu membantu mahasiswa menggali pemahaman yang lebih dalam tentang diri mereka sendiri dan pengembangan klinis mereka.

Melalui landasan teori ini, *Early Clinical Exposure (ECE)* menjadi strategi yang kuat untuk membentuk mahasiswa kedokteran menjadi praktisi medis yang lebih siap, berpengalaman, dan kompeten dalam perawatan pasien di dunia nyata.

## 2. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

a) Definisi IGD (Instalasi Gawat Darurat)

IGD adalah unit atau departemen di rumah sakit yang melayani pasien yang datang dengan kondisi medis yang memerlukan penanganan darurat dan segera. Ini adalah pintu masuk utama bagi pasien darurat ke sistem perawatan kesehatan.

b) Respon Time di IGD

Respon time di IGD adalah waktu yang dibutuhkan oleh tim medis untuk mengevaluasi, merawat, dan memutuskan tindakan selanjutnya terhadap pasien darurat. Hal ini didasarkan pada prinsip bahwa dalam kasus darurat, waktu sangat penting. Respon time yang cepat di IGD adalah kunci untuk meningkatkan hasil pasien. Dalam banyak kasus, ada standar waktu tertentu yang harus diikuti untuk memastikan penanganan yang efisien.

c) Penanganan Kegawatdaruratan di IGD

Penanganan kegawatdaruratan di IGD melibatkan sejumlah prinsip kunci:

- a. Triage: Proses penilaian cepat untuk menentukan tingkat kegawatdaruratan pasien.
- b. Stabilisasi Pasien: Langkah pertama adalah memastikan pasien dalam kondisi stabil. Ini mungkin melibatkan pemulihan fungsi vital seperti pernapasan dan sirkulasi.
- c. Diagnosis Cepat: Identifikasi penyebab kondisi darurat dan pengobatan awal yang sesuai.
- d. Pengobatan Simptomatik: Meredakan gejala dan penderitaan pasien.
- e. Konsultasi atau Transfer: Pada beberapa kasus, pasien mungkin perlu dirujuk ke spesialis atau rumah sakit lain dengan fasilitas yang lebih sesuai.
- f. Dokumentasi dan Pelaporan: Catatan medis yang akurat dan pelaporan yang tepat sangat penting untuk melacak perawatan dan komunikasi antar tim medis.

d) Kerjasama Tim di IGD:

Kerjasama tim adalah inti dari operasi yang efektif di IGD. Ini melibatkan koordinasi dan kolaborasi antara berbagai anggota tim, termasuk dokter, perawat, teknisi medis, dan personel dukungan. Komunikasi yang efektif antara anggota tim sangat penting untuk memastikan penanganan pasien yang cepat dan efisien.

Penekanan diberikan pada peran masing-masing anggota tim dan keterampilan individu yang dibutuhkan untuk mengelola kasus darurat.

Landasan teori ini menggarisbawahi pentingnya IGD dalam sistem perawatan kesehatan, serta peran kunci yang dimainkan oleh tim medis dalam menangani pasien darurat. Dalam situasi darurat, waktu, koordinasi, dan pengetahuan medis yang tepat adalah kunci untuk meningkatkan hasil pasien dan menyelamatkan nyawa.

### 3. Mahasiswa Kedokteran Kunjungan ke IGD

Kunjungan ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu kegiatan penting dalam pendidikan mahasiswa kedokteran. Kegiatan ini memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk mengamati, belajar, dan berpartisipasi dalam pengelolaan pasien yang membutuhkan perawatan medis darurat. Latar belakang dari kunjungan ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

a) Pendidikan Kedokteran yang Komprehensif:

Mahasiswa kedokteran perlu mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang berbagai aspek praktik medis, termasuk penanganan kasus darurat. Kunjungan ke IGD memberikan pengalaman nyata yang tidak dapat disediakan dalam kelas atau simulasi.

b) Pemahaman Terhadap Sistem Kesehatan:

Mahasiswa kedokteran perlu memahami bagaimana sistem kesehatan bekerja, termasuk bagaimana pasien memasuki sistem perawatan, khususnya saat darurat. Kunjungan ke IGD memberikan wawasan tentang alur pasien dalam sistem perawatan kesehatan.

c) Pengalaman Langsung dalam Triage:

Salah satu aspek penting dalam IGD adalah triage, yaitu penilaian cepat terhadap tingkat kegawatan pasien. Mahasiswa dapat memahami dan melibatkan diri dalam proses ini untuk memahami pentingnya prioritas dalam penanganan pasien.

d) Keterampilan Klinis:

Kunjungan ke IGD memungkinkan mahasiswa untuk mengamati dan belajar tentang keterampilan klinis yang diperlukan dalam situasi darurat, seperti stabilisasi pasien, pemberian obat-obatan, dan tindakan medis lainnya.

e) Etika dan Komunikasi:

Kegiatan di IGD juga memberikan peluang bagi mahasiswa untuk belajar tentang komunikasi dengan pasien dan keluarga dalam situasi darurat, serta menjalankan praktik kedokteran yang etis.

f) Persiapan untuk Profesi Kedokteran:

Kunjungan ke IGD mempersiapkan mahasiswa untuk realitas pekerjaan di masa depan sebagai dokter. Ini memberi mereka gambaran nyata tentang tekanan, keputusan cepat, dan tanggung jawab yang dimiliki oleh seorang dokter dalam merawat pasien darurat.

g) Peran dalam Meningkatkan Layanan Kesehatan:

Melalui kunjungan ke IGD, mahasiswa kedokteran juga dapat melihat bagaimana mereka dapat berkontribusi dalam meningkatkan sistem kesehatan, baik melalui peningkatan pengetahuan medis mereka maupun melalui pemahaman terhadap kendala yang ada dalam sistem.

Dengan memahami latar belakang ini, kunjungan mahasiswa kedokteran ke IGD dapat menjadi pengalaman yang berharga dalam membentuk pemahaman mereka tentang praktik kedokteran yang komprehensif, etis, dan profesional serta mempersiapkan mereka untuk menjadi dokter yang berkualitas.

## Referensi

1. Gutierrez MC, Soto RG. Alligator attack: an illustration of the impact of early exposure. *Med Ed.* 2002;36:1182- 4.
2. Harsono. Pengantar problem based learning. Yogyakarta: Medika Fakultas Kedokteran UGM, 2008.
3. Dornan T, Smithson S. Clinical learning in the early years. In Dent JA, Harden RM, editors. *A Practical Guide for Medical Teachers*. 3<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier 2009:23-31.
4. Hoyles A, Polard C, Leet S, Glossop D. Nursing students' early clinical exposure to clinical practice: an innovation in curriculum development. *Nurse Educ Today.* 2000;20:290-8.
5. Cydulka, Rita K. 2018. *Titinalli's Emergency Medicine Manual 8th Edition*. American College of Emergency Physicians. Mc Graw Hill Education. ISBN: 978-0-07-183704-0
6. Konsil Kedokteran Indonesia, 2012 Standar Kompetensi Dokter, Konsil Kedokteran Indonesia, Jakarta

## C. Pelaksanaan

### 1. Tempat Pelaksanaan

- a) IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (gelombang A)
- b) IGD RS PKU Muhammadiyah Bantul (gelombang B)

### 2. Waktu Pelaksanaan

Gelombang	Hari/tanggal	Jam	Lokasi
Gelombang 1A	Selasa 17 Oktober 2023	07.30 – 14.00	IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
Gelombang 1B	Kamis 19 Oktober 2023	14.00 – 20.30	IGD RS PKU Muhammadiyah Bantul
Gelombang 2A	Selasa 17 Oktober 2023	07.30 – 14.00	IGD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
Gelombang 2B	Kamis 19 Oktober 2023	14.00 – 20.30	IGD RS PKU Muhammadiyah Bantul

**NB : Pembagian mahasiswa menyusul**

### **3. Tugas Mahasiswa di IGD**

- a) Observasi pemahaman penilaian awal pasien darurat
- b) Observasi kecepatan respon penanganan pasien emergensi
- c) Observasi pemahaman tindakan pertolongan pertama pada kasus emergensi
- d) Observasi komunikasi tim dalam penanganan kasus emergensi

\*Kasus-kasus emergensi sesuai dengan SKDI 2012

#### D. Rubrik Penilaian

##### 1. Rubrik Penilaian Kegiatan di IGD

No	Kegiatan	Nilai	Paraf Dokter IGD
1	Mahasiswa datang dan pulang tepat waktu		
2	Mahasiswa melakukan observasi penilaian awal dan triase di IGD		
3	Mahasiswa melakukan observasi penanganan kasus emergensi di IGD		
4	Mahasiswa melakukan observasi tentang kolaborasi antar tenaga medis yang ada di IGD		
5	Mahasiswa berkata dan berpenampilan sopan saat di IGD		
NILAI AKHIR TOTAL			

**NB: Rentang Nilai : 0-100**

Yogyakarta,.....

Dokter IGD

(.....)

Tanda Tangan , Nama dokter IGD,  
& Stempel Instansi



## PANDUAN PENUGASAN 2

### REFLEKSI KASUS

1. Tugas dikerjakan secara individu, setiap mahasiswa memilih 1 topik/materi di bawah ini dengan ketentuan tidak diperkenankan lebih dari 1 mahasiswa mengambil topik yang sama.

#### **Penilaian yang diberikan merupakan penilaian individu**

2. Tugas membuat laporan refleksi kasus, yang berisikan :
  - a. Deskripsi , yang berisi :
    - Kalifikasi kegiatan atau pengalaman yang direfleksikan
    - Kemampuan menjelaskan secara rinci apa yang terjadi selama kegiatan
  - b. Perasaan, yang berisi :
    - Kemampuan untuk menggambarkan perasaan pribadi selama kegiatan atau pengalaman
    - Pengungkapan emosi secara jujur dan terbuka
  - c. Analisa Kritis
    - Kemampuan kritis untuk menganalisis pengalaman, menyusun pemikiran, dan membuat korelasi dengan teori atau konsep yang relevan
  - d. Kesimpulan
    - Kemampuan untuk merumuskan kesimpulan yang jelas dan relevan dari refleksi
    - Menggambarkan pemahaman yang lebih mendalam tentang pengalaman tersebut
  - e. Rencana tindak lanjut
    - Menyusun rencana Tindakan yang konkret untuk mengaplikasikan pembelajaran dari refleksi ini kedalam praktik atau kegiatan selanjutnya
    - Merinci Langkah-langkah yang dapat diambil untuk meningkatkan diri atau mempengaruhi perubahan positif.
  - f. Referensi

3. Laporan disusun dengan ketentuan, sbb:

**Refleksi Kasus Early Clinical Exposure  
Fakultas Kedokteran UAD**

Nama :  
Nim :  
Tempat kegiatan :

A. Deskripsi  
.....  
.....  
.....  
.....

B. Perasaan  
.....  
.....  
.....  
.....

C. Analisa Kritis  
.....  
.....  
.....  
.....

D. Kesimpulan  
.....  
.....  
.....  
.....

E. Rencana Tindak Lanjut  
.....  
.....  
.....  
.....

F. Refernsi  
.....  
.....  
.....  
.....

Yogyakarta,.....  
Penyusun

(Nama Penyusun dan TTD)

4. Format penulisan menggunakan Font Times New Roman ukuran 12, spasi 1.5, tepi margin kanan dan atas 4, kiri dan bawah 3.
5. Laporan di Jilid menggunakan cover bening.
6. Presentasi laporan refleksi kasus dilakukan diruang tutorial. Teknis kegiatan adalah diskusi dengan partisipan dan tutor terkait hasil refleksi kasus.
7. Presentasi penugasan dilakukan pada hari Selasa tanggal **24 Oktober 2023 pukul 13.00 s.d. 14.40 WIB di ruang tutorial**
8. Waktu presentasi maksimal 8 menit dan 2 menit diskusi.
9. *Softcopy* materi presentasi dikumpulkan kepada admin akademik paling lambat tanggal **21 Oktober 2023 pukul 16.00**

## 2. Rubrik Penilaian Refleksi Kasus

No	Aspek	Skor	Kriteria Skor
1.	Deskripsi	5	- Deskripsi sangat mendalam, rinci, dan memberikan pemahaman yang komprehensif tentang kegiatan atau pengalaman tersebut
		4	- Deskripsi yang baik, rinci, dan lengkap mengenai kegiatan atau pengalaman yang direfleksikan
		3	- Deskripsi cukup baik, tetapi masih ada kekurangan dalam hal rincian atau kedalaman.
		2	- Deskripsi kurang lengkap dan masih kabur dalam menjelaskan kegiatan atau pengalaman yang direfleksikan
		1	- Mahasiswa tidak memberikan deskripsi yang jelas atau sangat minim dalam menjelaskan kegiatan atau pengalaman yang direfleksikan. Deskripsi sangat kabur atau tidak memadai
2.	Perasaan	5	- Pengungkapan perasaan sangat terbuka, jujur, dan menggambarkan perasaan yang beragam dan relevan.
		4	- Mahasiswa secara jujur mengungkapkan perasaan mereka selama kegiatan atau pengalaman tersebut
		3	- Mahasiswa mencoba untuk menggambarkan perasaan mereka, tetapi mungkin tidak cukup terbuka atau terinci.
		2	- Pengungkapan perasaan kurang jujur atau tidak mencakup berbagai perasaan yang relevan.
		1	- Mahasiswa tidak menggambarkan perasaan pribadi selama kegiatan atau pengalaman yang direfleksikan atau hanya memberikan perasaan secara sangat terbatas.
3.	Analisa Kritis	5	- Analisis yang sangat mendalam, kritis, dan mampu membuat korelasi yang kuat dengan teori atau konsep yang relevan

		4	- Analisis yang baik dengan pemahaman yang kuat tentang implikasi dan dampak pengalaman tersebut.
		3	- Ada upaya untuk menganalisis pengalaman, tetapi analisis tersebut mungkin kurang mendalam atau korelasi dengan teori kurang kuat.
		2	- Analisis dangkal dan kurangnya korelasi dengan teori atau konsep yang relevan.
		1	- Tidak ada upaya untuk menganalisis pengalaman atau pemikiran yang sangat dangkal
5.	Kesimpulan.	5	- Kesimpulan sangat relevan, kuat, dan mampu merumuskan pemahaman yang dalam dari refleksi tersebut
		4	- Kesimpulan yang baik, jelas, dan relevan dengan refleksi yang dilakukan.
		3	- Kesimpulan yang cukup baik, tetapi mungkin masih memerlukan perbaikan dalam hal relevansi atau kedalaman.
		2	- Kesimpulan kurang jelas atau mungkin tidak sepenuhnya relevan dengan refleksi.
		1	- Tidak ada atau sedikit usaha untuk merumuskan kesimpulan yang relevan dari refleksi.
6.	Rencana tindak Lanjut	5	- Rencana tindakan sangat konkret, kuat, dan mampu mengidentifikasi langkah-langkah yang jelas untuk mengaplikasikan pembelajaran dari refleksi tersebut.
		4	- Rencana tindakan yang baik dan konkret, relevan dengan refleksi yang dilakukan.
		3	- Ada upaya untuk merumuskan rencana tindakan, tetapi mungkin memerlukan lebih banyak rincian atau kejelasan.

		2	- Rencana tindakan kurang konkret atau kurang relevan dengan refleksi yang dilakukan.
		1	- Tidak ada rencana tindakan yang diajukan atau rencana yang diajukan tidak masuk akal atau tidak relevan.

Cara Penilaian :

NO.	nilai
1.	1-5
2	1-5
3	1-5
4	1-5
5	1-5
6	1-5
Total	..... /0,30 = ....

### 3. Nilai Akhir Penugasan

No	Komponen Nilai	Prosentase (%)	Nilai
1	Nilai kegiatan di IGD	25 %	<b>0.25 x.....</b>
2	Nilai Refleksi Kasus	75 %	<b>0.75 x.....</b>
<b>Nilai Akhir (100%)</b>			

## Lampiran

### Lembar Kegiatan Mahasiswa

NO	KASUS	ASESMEN AWAL (INITIAL ASSESSMENT ABC)	RESPON TIME (MENIT)	PENANGANAN KEGAWATDARURATAN
1	Sesak nafas ( <i>Asma Attack</i> )	Airway (A) : clear Breathing (B) : RR meningkat (30x/menit) Circulation (C) : nadi 100x/menit	1 menit	Oksigenasi NRM 10l/min Nebulizer salbutamol 1 respul EKG
2				
3				
4				

NO	KASUS	ASESMEN AWAL (INITIAL ASSESSMENT ABC)	RESPON TIME (MENIT)	PENANGANAN KEGAWATDARURATAN
5				
6				
7				
8				



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS AHMAD DAHLAN**