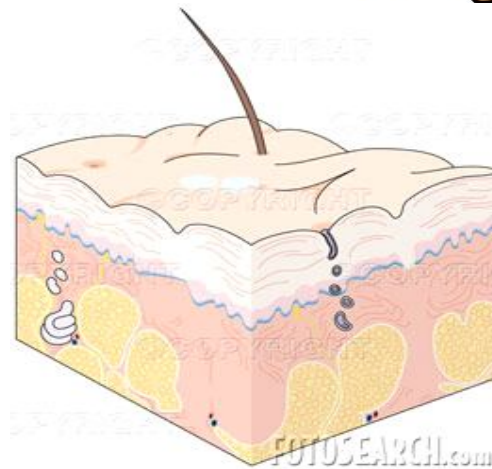
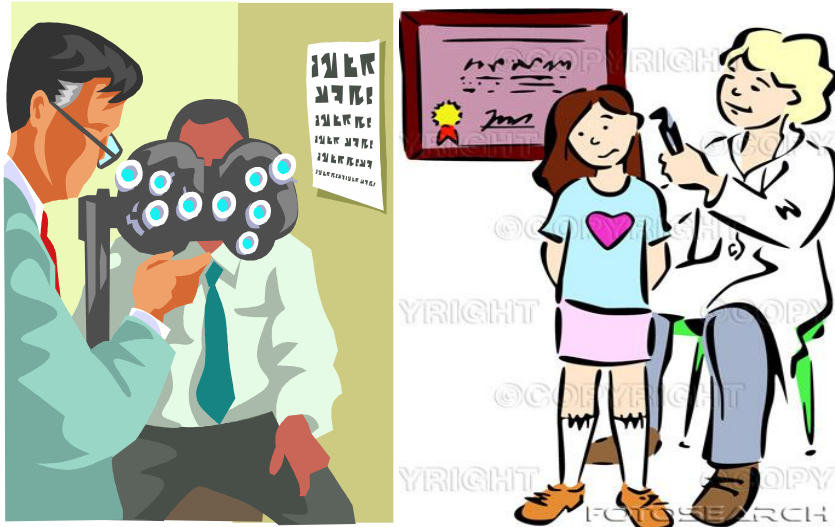


# BUKU PANDUAN MAHASISWA

## BLOK 19. INDRA KHUSUS



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG 2011**

Jl. Perintis Kemerdekaan, Padang 25127. Telp.: +62 751  
31746. Fax.: +62 751 32838 e-mail :  
fk2unand@pdg.vision.net.id

## **PANDUAN MAHASISWA**

# **BLOK 19. INDRA KHUSUS**

**Menyetujui  
Pembantu Dekan I,**

**Prof.DR.dr. Hj. Eryati Darwin, PA (K)  
NIP. 196610211994121001**

**Koordinator Blok 19**



**Dr. Ardizal Rahman, SpM  
NIP. NIP. 195612221984101001**

## **KATA PENGANTAR**

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, dengan mengucap puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, maka atas rahmat-Nya terbitlah Buku Panduan Blok Indera Khusus (Mata, Kulit, dan THT). Materi Buku Panduan Blok ini sudah disesuaikan dengan masing-masing Bagian tersebut. Blok yang telah disusun oleh tim penyusun Blok 19, ditujukan kepada mahasiswa kedokteran yang belajar mengenai indera khusus. Buku panduan ini diharapkan dapat memenuhi materi kurikulum yang tersedia

Mudah – mudahan usaha kami ini dapat mencapai sasaran meskipun masih banyak kekurangannya. Kritik dan saran yang membangun akan kami sambut dengan hati terbuka.

Terima kasih kami ucapkan kepada semua teman sejawat yang menerbitkan buku Panduan Blok Indra Khusus ini, dan semua pihak yang membantu terbitnya Panduan Blok Indera Khusus ini.

**Koordinator Blok 19**



**Dr. Ardizat Rahman, SpM**  
Pembina utama madya

## **PENDAHULUAN**

Pembelajaran pada Blok Indra Khusus dipersiapkan untuk mengantarkan mahasiswa memiliki kompetensi medis yang berhubungan dengan gangguan indera khusus (Mata, Kulit dan THT).

Blok Indra Khusus adalah Blok yang ke 19 pada kurikulum untuk mahasiswa FK-UNAND angkatan 2008. Keterkaitan dengan blok-blok lain :

1. Telah mempelajari dasar-dasar komunikasi (Blok 1. Pembelajaran di Fakultas Kedokteran)
2. Telah mempelajari dasar-dasar aspek etika dan medikolegal (Blok 2. Humaniora dan Etika Kedokteran)
3. Telah mempelajari anatomi, histologi dan fungsi kulit (Blok 5. Biomedik 1)
4. Telah mempelajari anatomi, histologi dan fisiologi indra penglihatan dan indra pendengaran (Blok 6. Biomedik 2)
5. Telah mempelajari imunologi dan proses infeksi pada tubuh (Blok 9. Immunologi dan infeksi)
6. Telah mempelajari dasar-dasar neoplasia (Blok 10. Neoplasia dan geriatri)
7. Telah mempelajari penyakit-penyakit sistemik yang menimbulkan komplikasi pada indra khusus (Blok 12. Hematolimfopoeitik, Blok 13. Hormon dan Reproduksi, Blok 16. Kardiovaskuler)
8. Berkaitan dengan topik AIDS, Kesehatan Kerja (Blok 21. Elektif)

Penyusunan blok ini mengacu pada 7 area kompetensi : Komunikasi efektif, Keterampilan Klinis, Landasan Ilmiah Ilmu Kedokteran, Pengelolaan Masalah Kesehatan, Pengelolaan Informasi, Mawas Diri dan Pengembangan Diri, Etika, Moral, Medikolegal dan Profesionalisme serta Keselamatan Pasien. Bidang ilmu yang terintegrasi : Ilmu Kesehatan Mata, Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, Ilmu Penyakit THT, Mikrobiologi, Neurologi, Anatomi, Histologi, Fisiologi, Parasitologi, Farmakologi, Radiologi, Ilmu Penyakit Dalam, Ilmu Kesehatan Anak

Tujuan akhir blok ini adalah agar setelah mengikuti kegiatan pembelajaran blok mahasiswa mampu menjelaskan epidemiologi, etiologi, patofisiologi, diagnosis dan pengelolaan kelainan pada indra khusus (mata, THT, kulit) dengan pendekatan sebagai dokter keluarga.

Topik skills lab yang akan dilatihkan dan diuji adalah :

1. Inspeksi segmen anterior bola mata & media penglihatan
2. Pemeriksaan visus, tekanan bola mata (palpasi), lapangan pandang (konfrontasi), pemberian obat tetes mata, salep mata, dan menutup mata dengan kassa steril
3. Pemeriksaan kulit
4. Diagnosis kelainan kulit
5. Test pendengaran dengan menggunakan garpu tala
6. Pemeriksaan tonsil dan faring
7. Pemeriksaan hidung

Kegiatan dalam blok sesuai dengan strategi *SPICES* (*Student centered, Problem Based, Integrated, Community Based, Early clinical exposure, Systematic*), yang akan dilaksanakan selama tujuh minggu : enam minggu kegiatan pembelajaran dan satu minggu evaluasi.

## **KARAKTERISTIK MAHASISWA**

Mahasiswa yang dapat mengikuti Blok Indra Khusus ini adalah mahasiswa FK-UNAND angkatan 2008 yang telah mengikuti Blok 1-18

## TUJUAN PEMBELAJARAN

MODUL	TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM	TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS
1.	Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip diagnosis dan pengelolaan mata merah infeksi, non infeksi & trauma	<p><b>KOGNITIF</b> Mahasiswa mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan jenis-jenis dari mata merah karena infeksi, non infeksi &amp; trauma</li> <li>2. Menjelaskan aspek epidemiologi mata merah karena infeksi, non infeksi &amp; trauma</li> <li>3. Menjelaskan etiologi &amp; patofisiologi mata merah karena infeksi, non infeksi &amp; trauma</li> <li>4. Menjelaskan gejala &amp; tanda mata merah karena infeksi, non infeksi &amp; trauma</li> <li>5. Menjelaskan prinsip diagnosis dan diagnosis banding mata merah karena infeksi, non infeksi &amp; trauma</li> <li>6. Memilih pemeriksaan penunjang yang diperlukan</li> <li>7. Menjelaskan prinsip penatalaksanaan</li> <li>8. Menjelaskan prognosis mata merah karena infeksi, non infeksi &amp; trauma</li> <li>9. Mengidentifikasi kasus mata merah yang memerlukan rujukan dan persiapan yang dilakukan</li> </ol> <p><b>PSIKOMOTOR</b> Mahasiswa mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan Inspeksi segmen anterior bola mata &amp; media penglihatan</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tekanan bola mata (palpasi), lapangan pandang (konfrontasi), pemberian obat tetes mata, salep mata, dan menutup mata dengan kassa steril</li> </ol>
2.	Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip diagnosis dan penatalaksanaan kelainan visus	<p><b>KOGNITIF</b> Mahasiswa mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan jenis-jenis kelainan visus</li> <li>2. Menjelaskan aspek epidemiologi kelainan visus</li> <li>3. Menjelaskan etiologi &amp; patofisiologi kelainan visus</li> <li>4. Menjelaskan gejala &amp; tanda kelainan visus</li> <li>5. Menjelaskan prinsip diagnosis &amp; diagnosis banding kelainan visus</li> </ol>

		6. Menjelaskan pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk kelainan visus 7. Menjelaskan penata laksanaan kelainan visus 8. Menjelaskan prognosis kelainan visus 9. Menjelaskan kelainan visus yang memerlukan rujukan dan persiapan yang dilakukan  <b>PSIKOMOTOR</b> Mahasiswa mampu : 1. Melakukan pemeriksaan visus
3.	Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip diagnosis dan penatalaksanaan kelainan kulit inflamasi (infeksi dan non infeksi)	<b>KOGNITIF</b> Mahasiswa mampu : 1. Menjelaskan jenis-jenis kelainan kulit inflamasi (infeksi dan non infeksi) 2. Menjelaskan etiologi dan patogenesis penyakit kulit inflamasi (infeksi dan non infeksi) 3. Menjelaskan tentang epidemiologi penyakit kulit inflamasi (infeksi dan non infeksi) 4. Menjelaskan gejala dan tanda penyakit kulit inflamasi (infeksi dan non infeksi) 5. Menjelaskan prinsip diagnosis dan diagnosis banding penyakit kulit inflamasi (infeksi dan non infeksi) 6. Menjelaskan cara penatalaksanaan penyakit kulit inflamasi (infeksi dan non infeksi) 7. Menjelaskan prognosis penyakit kulit inflamasi (infeksi dan non infeksi) 8. Mengidentifikasi kasus yang memerlukan rujukan dan persiapan yang dilakukan  <b>PSIKOMOTOR</b> Mahasiswa mampu : 1. Melakukan pemeriksaan kulit dengan kaca pembesar 2. Melakukan diagnosis pada kelainan kulit inflamasi (dari gambar/foto)
4.	Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip diagnosis dan penatalaksanaan kelainan kulit degenerasi, tumor, kelainan kongenital	<b>KOGNITIF</b> Mahasiswa mampu : 1. Menjelaskan jenis-jenis kelainan kulit non inflamasi 2. Menjelaskan etiologi dan patofisiologi kelainan kulit degenerasi, tumor, kelainan kongenital 3. Menjelaskan tentang epidemiologi dari kelainan kulit degenerasi, tumor, kelainan kongenital



		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menjelaskan gejala dan tanda dari kelainan degenerasi, tumor, kelainan kongenital</li> <li>5. Menjelaskan prinsip diagnosis dan diagnosis banding kelainan kulit degenerasi, tumor, kelainan kongenital</li> <li>6. Menjelaskan prinsip penatalaksanaan kelainan kulit degenerasi, tumor, kelainan kongenital</li> <li>7. Menjelaskan prognosis dari penyakit kelainan kulit degenerasi, tumor, kelainan kongenital</li> <li>8. Mengidentifikasi kasus yang membutuhkan rujukan</li> </ol>
5.	Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip diagnosis dan pengelolaan gangguan pada telinga (pendengaran dan keseimbangan) akibat infeksi dan non infeksi	<p><b>KOGNITIF</b></p> <p>Mahasiswa mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan jenis-jenis gangguan pada telinga (pendengaran dan keseimbangan) akibat infeksi dan non infeksi</li> <li>2. Menjelaskan aspek epidemiologi gangguan pada telinga (pendengaran dan keseimbangan) akibat infeksi dan non infeksi</li> <li>3. Menjelaskan gejala dan tanda gangguan pada telinga (pendengaran dan keseimbangan) akibat infeksi dan non infeksi</li> <li>4. Menjelaskan prinsip diagnosis dan diagnosis banding gangguan pada telinga (pendengaran dan keseimbangan) akibat infeksi dan non infeksi</li> <li>5. Menjelaskan penatalaksanaan gangguan pada telinga (pendengaran dan keseimbangan) akibat infeksi dan non infeksi</li> <li>6. Menjelaskan prognosis gangguan pada telinga (pendengaran dan keseimbangan) akibat infeksi dan non infeksi</li> <li>7. Mengidentifikasi kasus gangguan pada telinga (pendengaran dan keseimbangan) akibat infeksi dan non infeksi yang membutuhkan rujukan</li> </ol>
6.	Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip diagnosis dan pengelolaan kelainan pada hidung dan tenggorok akibat infeksi dan non infeksi	<p><b>KOGNITIF</b></p> <p>Mahasiswa mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan jenis-jenis kelainan pada hidung dan tenggorok akibat infeksi dan non infeksi</li> <li>2. Menjelaskan aspek epidemiologi</li> </ol>

		<p>kelainan pada hidung dan tenggorok akibat infeksi dan non infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Menjelaskan etiologi dan patofisiologi kelainan pada hidung dan tenggorok akibat infeksi dan non infeksi</li><li>4. Menjelaskan tanda dan gejala kelainan pada hidung dan tenggorok akibat infeksi dan non infeksi</li><li>5. Menjelaskan prinsip diagnosis dan diagnosa banding kelainan pada hidung dan tenggorok akibat infeksi dan non infeksi</li><li>6. menjelaskan cara-cara penatalaksanaan kelainan pada hidung dan tenggorok akibat infeksi dan non infeksi</li><li>7. menentukan prognosis kelainan pada hidung dan tenggorok akibat infeksi dan non infeksi</li><li>8. mengidentifikasi kasus yang membutuhkan rujukan</li></ol>
--	--	--

## METODE PEMBELAJARAN

### A. Aktivitas Pembelajaran.

#### a. Tutorial.

Diskusi kelompok dengan tutor dijadwalkan dua kali seminggu dengan menggunakan metode *seven jump*. Jika berhalangan hadir karena sesuatu hal, mahasiswa yang bersangkutan harus menginformasikan kepada tutor dalam waktu 2 x 24 jam.

#### b. Skill's lab.

Kegiatan untuk mendapatkan keterampilan medik, mulai dari komunikasi, keterampilan laboratorium, keterampilan prosedural dan keterampilan klinik

#### c. Praktikum

Kegiatan yang dilakukan di laboratorium, yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tentang teori.

#### d. Kuliah pengantar

Kuliah yang diberikan oleh pakar, yang bertujuan untuk memberikan pedoman kepada mahasiswa dalam mempelajari suatu topik.

#### e. Konsultasi dengan fasilitator / instruktur / pakar.

Konsultasi dengan pakar apabila diperlukan dengan membuat perjanjian sebelumnya

#### f. Belajar mandiri

Sebagai seorang pelajar dewasa, anda diharapkan untuk melakukan belajar mandiri, suatu keterampilan yang penting untuk karir anda ke depan dan perkembangannya. Keterampilan ini meliputi mengetahui minat anda sendiri, mencari informasi yang lebih banyak dari sumber pembelajaran yang tersedia, mengerti informasi dengan menggunakan strategi pembelajaran yang berbeda dan berbagai aktivitas, menilai pembelajaran anda sendiri dan mengidentifikasi kebutuhan pembelajaran selanjutnya. Tidaklah cukup belajar hanya dari catatan kuliah atau buku teks. Belajar mandiri adalah ciri yang penting pada pendekatan PBL dan belajar harus dianggap sebagai perjalanan yang tiada akhir tanpa batas untuk memperoleh informasi.

#### g. Diskusi kelompok tanpa tutor

Tergantung pada kebutuhan, mahasiswa juga dapat merancang pertemuan kelompok tanpa kehadiran tutor. Tujuan dari diskusi tanpa tutor bisa bervariasi, seperti mengidentifikasi pertanyaan secara teoritis, mengidentifikasi tujuan pembelajaran kelompok, untuk memastikan bahwa kelompok tersebut telah mengumpulkan cukup informasi, atau untuk mengidentifikasi pertanyaan praktis

**B. Sumber Pembelajaran.**

Sumber pembelajaran berupa:

- a. Buku teks
  1. General ophthalmology, Voughan
  2. Buku penuntun PERDAMI
  3. Kegawat daruratan mata, Prof Sidarta
  4. Text Book of Dermatology Andrew
  5. Buku Ajar Ilmu kesehatan Kulit dan Kelamin, UI
  6. Buku Ajar ilmu kesehatan Kulit dan Kelamin UNAND
  7. Buku Ajar Ilmu Penyakit THT FKUI
  8. Bois
  9. Scott and Brown, Otorhinolaringologi
- b. Majalah dan Jurnal
- c. Internet (e-library)
- d. Nara sumber
- e. Laboratorium

**C. Media Instruksional.**

Media instruksional yang digunakan

- a. Panduan mahasiswa
- b. Panduan tutor
- c. Panduan Skill's Lab.
- d. Atlas gambar kelainan kulit

## **SUMBER DAYA**

### **a. Sumber daya manusia**

1. Penyusun Blok :
  - a. Komisi pengembangan kurikulum MEU
  - b. Tim penulis skenario
  - c. Bagian yang terkait (Ilmu Kesehatan Mata, Ilmu Kesehatan Kulit Dan Kelamin, Ilmu Penyakit THT)
  - d. Pengelola blok

#### 2. Pengelola Blok

Koordinator : dr. Ardizal Rahman, Sp.M (K)  
Sekretaris : dr. Yan Edwar, SpTHT-KL  
Anggota : 1. dr. Effi Huryati, SpTHTKL.  
2. dr. Rina Gustia, SpKK  
3. dr. Kemala Sayuti, SpM (K)

Sekretariat : 1. Dora Amelia Yoma  
2. Erizon  
3. Bagian Akademik

3. Tutor : 28 orang (Lampiran 1)
4. Instruktur skills lab : 28 orang

### **b. Sarana**

1. Ruang tutorial : 30 ruangan
2. Ruang skills lab : 7-8 ruangan
3. Ruang kuliah : 1 ruangan

**EVALUASI**

NO	KOMPONEN	BOBOT
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Ujian Skills Lab	20%
3	Ujian Tulis (MCQ, PAQ)	60%

**Ketentuan :**

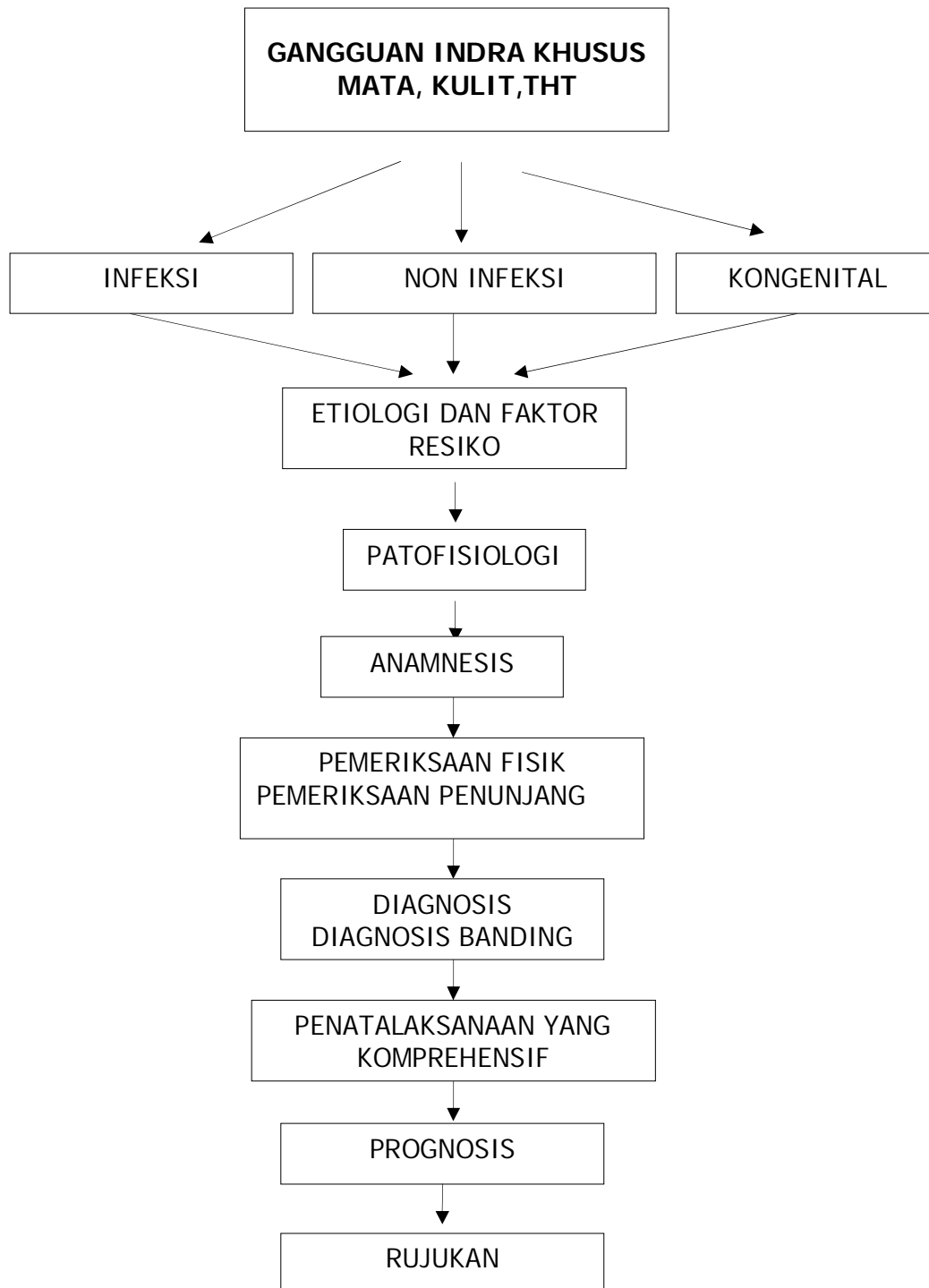
1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/skills lab/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut :
  - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 90%
  - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan skills lab 100%
  - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 100%
2. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2006.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
90-100	A+	4.00	Sangat cemerlang
85-89	A	3.75	Cemerlang
80-84	A-	3.50	Hampir cemerlang
75-79	B+	3.25	Sangat baik
70-74	B	3.00	Baik
65-69	B-	2.75	Hampir baik
60-64	C+	2.25	Lebih dari cukup
55-59	C	2.00	Cukup
50-54	C-	1.75	Hampir cukup
40-49	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

**Blue print ujian tulis**

NO	KOMPONEN	PERSENTASE (%)
1	Modul 1	16.7
2	Modul 2	16.7
3	Modul 3	16.7
4	Modul 4	16.7
5	Modul 5	16.7
6	Modul 6	16.7

### POHON TOPIK



## **MODUL I**

### **SKENARIO 1 : TELINGA AMIR “BECEK”**

Amir 20 tahun, datang ke tempat praktek dokter keluarga bersama kakaknya dengan keluhan keluar cairan kekuningan dari telinga kiri sejak 1 minggu yang lalu. Sebelumnya Amir menderita pilek dan batuk. Telinga kiri Amir memang sudah sering berair sejak kecil yang hilang timbul, yang kambuh bila batuk pilek atau setelah ia berenang. Selama ini Amir menganggap ini hal yang biasa, yang akan sembuh sendiri seiring waktu, tetapi kakaknya merasakan Amir sering tidak mendengar kala dipanggil kakaknya. Kakaknya takut Amir akan menjadi tuli seperti pamannya yang tiba-tiba tidak dapat mendengar pada sebelah telinganya saat bangun tidur atau tetangganya yang kata dokter meninggal karena infeksi telinga yang menjalar sampai ke otak.

Setelah diperiksa telinga kanannya oleh dokter keluarga dengan otoskop, tampak liang telinga cukup lapang, membran timpani utuh dengan terdapat refleks cahaya yang normal. Setelah dilakukan *ear toilet* pada telinga kiri, tampak liang telinga cukup lapang, membran timpani perforasi sentral pada kuadran anteroinferior dengan sekret mukopurulen.

Pada pemeriksaan garpu tala ( 512 Hz) didapatkan Rinne telinga kanan + , Rinne telinga kiri -, Weber lateralisasi ke telinga kiri, Schwabach kanan sama dengan pemeriksaan telinga kiri memanjang. Dokter keluarga memberikan antibiotika oral dan obat cuci telinga untuk telinga kiri Amir. Selain itu, dokter menyarankan agar Amir menjaga supaya telinga kiri tidak masuk air dan segera berobat jika batuk pilek. Bagaimana anda menjelaskan apa yang terjadi pada Amir ?

#### **Referensi :**

1. Buku Ajar Ilmu Penyakit THT FKUI
2. Bois
3. Scott and Brown, Otorhinolaringologi



## **MODUL II**

### **SKENARIO 2 : DARI GIGI NAIK KE SINUS**

Pak Sanusi 33 tahun, datang ke Puskesmas dengan keluhan terasa berat jika menunduk dan sakit di pipi kiri serta keluar ingus yang berbau busuk sejak 3 hari yang lalu. Pak Sanusi jadi teringat dengan keponakannya berumur 5 tahun yang mata kirinya buta setelah mengalami infeksi hidung. Sejak 1 minggu yang lalu Pak Sanusi menderita sakit pada geraham kiri atas belakang. Geraham tersebut telah berlubang dan sering terasa ngilu sejak 3 tahun yang lalu. Hidung sering terasa tersumbat sejak 1 tahun yang lalu terutama kavum nasi dekstra yang makin lama makin tersumbat dan kadang-kadang terasa nyeri di pipi kanan.

Pada pemeriksaan rinoskopi anterior tampak kavum nasi kiri agak lapang, konka inferior eutrofi, sekret mukopurulen di meatus medius. Kavum nasi kanan sempit, konka inferior tampak eutrofi, dan septum menonjol agak tajam. Pada pemeriksaan rinoskopi posterior terdapat PND (Post Nasal Drip) yang mengalir di depan muara tuba Eustachius sinistra. Pada gigi molar 2 kiri atas didapatkan gangren radiks. Dokter Puskesmas memberi Pak Sanusi cairan pencuci hidung, antibiotika dan analgetik. Pada pemeriksaan tes penghidu didapatkan hiposmia. Untuk pengobatan kelainan pada gigi Pak Sanusi, dokter mengirimnya ke poliklinik gigi Puskesmas. Selanjutnya, dokter merujuk pasien ke poliklinik THT RSUP M.Djamil untuk penatalaksanaan deviasi septum selanjutnya. Bagaimana saudara menerangkan apa yang dialami Pak Sanusi ?

#### **Referensi :**

1. Buku Ajar Ilmu Penyakit THT FKUI
2. Bois
3. Scott and Brown, Otorhinolaringologi

## **MODUL III**

### **SKENARIO 3 : PELANGI DI MATAKU**

Ny.Uma (46 th) mengeluhkan sakit kepala yang hebat sejak kemarin. Sakit yang sama juga dirasakan pada bola mata kirinya, disertai dengan fotofobia sehingga Ny.Uma kesulitan membuka mata. Ny.Uma juga mengeluhkan melihat lampu seperti ada pelangi. Tiga hari yang lalu mata kirinya terkena siku anaknya sewaktu sedang bermain-main. Pada awalnya Ny.Uma menduga bahwa dia ketularan sakit mata yang dialami anaknya beberapa hari yang lalu, tetapi ternyata gejalanya tidak persis sama dengan anaknya yang mengalami mata merah disertai sekret yang banyak. Tadi pagi Ny.Uma mengalami mual dan muntah sehingga Ny.Uma dibawa oleh suaminya berobat ke Puskesmas terdekat.

Dokter Puskesmas melakukan pemeriksaan pada mata Ny.Uma, dan mendapatkan visus mata kirinya 2/60, sementara mata kanannya 5/5f. Mata terlihat merah, ketika diperiksa dengan loupe ditemukan adanya injeksi konyungtiva dan injeksi silier di mata kiri, tetapi tidak ada sekret. Kornea terlihat tidak jernih, Dokter menduga ada edema kornea. Pemeriksaan tekanan intra okuler dengan palpasi terasa keras dan tidak ada fluktuasi.

Dokter Puskesmas menjelaskan bahwa sakit kepala, serta mual dan muntahnya ada hubungan dengan sakit pada mata kirinya, yang apabila terlambat ditangani dapat menyebabkan kebutaan. Ini merupakan kasus emergensi dan memerlukan tindakan segera . Bagaimana anda menjelaskan apa yang terjadi pada Ny. Uma, dan bagaimana penatalaksanaannya?

#### **Referensi :**

1. General ophthalmology, Vaughan
2. Penuntun PERDAMI
3. Kegawat daruratan mata, Prof Sidarta

## MODUL IV

### SKENARIO 4 : KABUT ASAP DI MATA PAK KATAR

Pak Katar (58 th) seorang pensiunan pegawai negeri, merasakan mata kanannya kabur seperti tertutup kabut asap tebal. Kaca mata bifokal yang baru 9 bulan digantinya terasa tidak menambah terang lagi. Padahal selama jadi pegawai tiap 2 tahun selalu ganti kacamata dan selalu bertambah terang. Sebenarnya Pak Katar sudah memakai kaca mata minus sejak di bangku sekolah dasar. Beliau juga diketahui menderita Diabetes Melitus sejak 8 tahun yang lalu. Pak Katar kemudian pergi berobat ke Puskesmas terdekat.

Dari pemeriksaan Dokter Puskesmas didapatkan visus mata kanan 3/60 sedangkan mata kiri 5/20 tanpa koreksi, bila kacamata silindris minusnya dikenakan maka visus mata kiri menjadi 5/5f. Dengan menggunakan senter terlihat pupil mata kanan berwarna putih, dan setelah ditetaskan midriatikum terlihat *iris shadow* yang positif. Dokter juga mengatakan adanya hubungan yang erat antara Diabetes melitus dengan keluhan mata kabur.

Dokter dan juga menjelaskan kemungkinan mata kanan pak Katar dioperasi dengan pemakaian *Intra Ocular Lens* agar matanya kembali terang. Bagaimana saudara menjelaskan apa yang dialami Pak Katar?

#### **Referensi :**

1. General ophthalmology.. Vaughan ..
2. Penuntun PERDAMI
3. Kegawat daruratan mata , Prof Sidarta

## **MODUL V**

### **SKENARIO 5 : SISIK DI KULIT PAK USIN**

Pak Usin 68 tahun dibawa oleh anaknya berobat ke poliklinik kulit dan kelamin RS dr. M. Jamil karena kelainan kulit berupa bercak merah ditutupi sisik tebal hampir seluruh tubuhnya. Berdasarkan anamnesis diketahui kelainan kulit tersebut timbul sejak 1 tahun yang lalu. Pak Usin selalu menolak kalau dibawa berobat, karena tidak gatal, hanya sesekali terasa gatal dan keasyikan mengelupaskan sisik-sisik tersebut kadang sampai berdarah. Pak Usin sering ke dukun kampung karena merasa ini penyakit "biriang" namun sejak 5 hari yang lalu kaki kanan bengkak merah, nyeri, sakit dibawa berjalan dan disertai demam, sehingga tidak menolak dibawa ke rumah sakit.

Hasil pemeriksaan dokter tampak keadaan umum sakit sedang, suhu 39 C tanda vital lain dalam batas normal. Status dermatologikus hampir seluruh tubuh termasuk kulit kepala tampak lesi berupa plak eritema, skuama putih tebal, generalisata, bentuk bulat, batas tegas, ukuran lentikuler sampai plakat. Sebagian plak eritema menyerupai gambaran tinea korporis dan mirip lesi infiltrat seperti pada penyakit kusta. Pada betis kanan tampak udem, eritema batas tidak tegas, plakat bagian tengah mengalami supurasi. Dokter menganjurkan kepada anak Pak Usin agar bapaknya dirawat inap, karena selain pemeriksaan kerokan kulit dengan KOH 10% dan pemeriksaan BTA, juga akan dilakukan pemeriksaan kultur dan sensitivitas dari pus di kaki. Untuk membantu menegakkan diagnosis dilakukan biopsi kulit. Anak Pak Usin menyetujui Bapaknya dirawat inap dan dilakukan serangkaian pemeriksaan, meskipun bingung tentang sakit kulit yang dialami orang tuanya dan kemungkinan sembuh. Bagaimana anda menjelaskan penyakit kulit Pak Usin tersebut?

#### **Referensi :**

1. Text Book of Dermatology Andrew
2. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, UI
3. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin, UNAND

## MODUL VI

### SKENARIO 6 : "SKIN AGING" PADA NY. ANGGI

Ny. Anggi 48 tahun berobat ke Puskesmas karena timbul bintil-bintil lunak sewarna kulit pada lehernya yang makin lama bertambah banyak, sejak 3 bulan ini. Selain itu Ny. Anggi sekalian ingin menanyakan bercak-bercak coklat pada wajahnya yang semakin jelas dan bertambah hitam. Ny. Anggi tidak terlalu peduli, menganggap hal biasa karena pertambahan usia, dan karena dia sering terpapar matahari saat bekerja. Ny. Anggi baru berpikir setelah melihat keponakan tetangganya dari kampung yang berumur 7 tahun mengalami bercak coklat seluruh tubuh dan kemudian di atasnya timbul seperti tahi lalat dan banyak kutil kecil, sebagian membesar dan mengganggu mata. Menurut dokter yang memeriksa, anak tersebut menderita *xeroderma pigmentosum* dan harus dioperasi. Ny. Anggi jadi khawatir dan ingin memastikan kelainan kulit yang ada pada dirinya saat ini.

Di Puskesmas, Ny. Anggi diperiksa oleh dokter dan didapatkan hasil pemeriksaan status dermatologikus : pada leher tampak papul multipel sewarna kulit, sebagian bertangkai, diskret, ukuran milier – lentikuler, kenyal. Pemeriksaan wajah, pipi tampak makula hiperpigmentasi ukuran lentikuler, batas tegas, bilateral. Dokter mengatakan kelainan kulit Ny. Anggi tidak sama dengan keponakan tetangganya. Dokter menganjurkan Ny. Anggi memakai krim tabir surya SPF 30 pada wajah sebelum berpergian. Untuk bintil pada leher, Ny. Anggi dirujuk ke rumah sakit untuk penatalaksanaan selanjutnya. Meskipun was-was memikirkan tindakan yang akan dilakukan di rumah sakit, Ny. Anggi bersedia dirujuk karena dia berharap bisa sembuh. Bagaimana saudara menjelaskan apa yang dialami oleh Ny. Anggi?

#### Referensi :

1. Text Book of Dermatology Andrew..
2. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin.. UI
3. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin UNAND

**Lampiran 1 :**

**Metode *Seven Jump* (Tujuh langkah)**

**STEP 1. Clarify Unfamiliar Terms**

- **Process**  
Students identify any words whose meaning is unclear-other group members may be able to provide definitions. Students should be made to feel safe, enabling them to be honest about anything they do not understand.
- **Reason**  
Unfamiliar terms act as an obstacle to understanding. Clarification of even half-understood terms may start the process of learning.
- **Written output**  
Words or names on which the group cannot agree a meaning should be listed as learning objectives.

**STEP 2. Define the PROBLEM (s)**

- **Process**  
This is an open session when students are encouraged to contribute their view of the problem under discussion. The tutor may need to encourage them all to contribute to a fast-moving and wide ranging analysis.
- **Reason**  
It is quite possible for every member of tutorial group to have a different perspective on a problem. Comparing and pooling these views broadens the intellectual horizons of those involved and defines the task ahead.
- **Written output**  
List of issues to be explained

**STEP 3. Brainstorm Possible Hypothesis or Explanation**

- **Process**  
A continuation of the open session but students now try to formulate, test and compare the relative merits of their hypothesis as explanations of the problem or case. The tutor may need to keep the discussion at a hypothetical level and discourage going into too much detail too quickly. In this context :
  - ❖ A hypothesis means a supposition made either as a basis for reasoning without assumption of its truth, or as a starting point for investigation.
  - ❖ Explanation means make known in detail and make intelligible, with a view to mutual understanding
- **Reason**  
This is a crucial step, that prompts the use of previous learning and memory and allows students to test or draw on another's understanding ; links can be formed between the items if incomplete knowledge that exist within the group. If well handled by the tutor and group, it pitches learning at the deeper level of understanding rather than the superficial level of "facts".
- **Written output**  
List of hypothesis or explanation

**STEP 4. Arrange Explanation into a Tentative Solution**

- **Process**  
Students will have thought of as many different explanations as possible of what is occurring. The problem is scrutinized in fine detail and compared against the proposed hypotheses or explanations, to see how they will match and if further exploration is needed. This starts the process of defining learning objectives, although it is inadvisable for them to be recorded in writing too soon.
- **Reason**  
This stage actively processes and restructures existing knowledge and identifies gaps in understanding. Making written records of learning objectives too soon hinders thinking and short-circuits the intellectual process, resulting in objectives that are too broad and superficial.
- **Written output**  
This involves organizing explanation for problems, representing them schematically, trying to link new ideas with each other, with existing knowledge and with different contexts. This process provides a visual output of the relationship between different pieces of information and facilitates storage of information in long term memory. (Note that in memory, some elements of knowledge are organized schematically in frameworks or networks than semantically like a dictionary).

**STEP 5. Define Learning Objective**

- **Process**  
The group agrees a core set of learning objectives that all students will study. The tutor encourages them to be focused, not too broad or superficial and achievable within the time available. Some students may have objectives that are not shared by the whole group because of their own personal learning needs or interests.
- **Reason**  
The process of consensus uses the expertise of the entire tutorial group (and tutor) to synthesize the foregoing discussion into appropriate and attainable learning objectives. This not only defines the learning objectives but also pulls the group together and concludes the discussion.
- **Written output**  
Learning objectives – these are the main output of the initial group work in PBL. The learning objectives should preferably be in the form of issues that address specific questions or hypotheses. For example, “the use of cantle charts to assess the growth of the children” is better and more precise than the global topic of growth.

**STEP 6. Information Gathering and Private Study**

- **Process**  
This could include finding materials in textbook, carrying out a computerized literature search, using the internet, looking at pathological specimens, talking to an expert, or anything else that will help provide the information the student is seeking. A well-organized PBL course will include a course or block book providing advice on how to obtain or contact specific learning resources that might be otherwise be difficult to find or access.

- Reason  
Clearly an essential part of the learning process is gathering and acquisition of new information, which students do on their own.
- Written output  
Students individual notes.

**STEP 7. Share the Results of Information Gathering and Private Study**

- Process  
This take place a few days after the first session (steps 1-5). Students begin by returning to their list of learning objectives. They first identify their individual sources of information, pool their information from private study and help each other understand and identify areas of continuing difficulty for further study (or expert help). After this, they attempt to undertake and produce a complete analysis of the problem.
- Reason  
This synthesizes the work of the group, consolidates learning and identifies areas of uncertainty, possibly for further study. Learning is inevitably incomplete and open-ended, but this is quite deliberate because students should return to the topics when appropriate “triggers” occur in the future.
- Written output  
Students individual notes.



## Lampiran 2 :

**Daftar nama tutor Blok 19 (Indra Khusus)  
Tahun akademik 2011/2012**

No	Nama Tutor	KLP	Tempat
1	dr. Djusmaini Ismail	1	Ruang A 1 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
2	dr. Lili Irawati, M.Biomed	2	Ruang A 2 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
3	Dr.dr. Rosfita Rasyid, M.Kes	3	Ruang A 3 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
4	dr. Sofina Rusdan, Cert.Med	4	Ruang A 4 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
5	dr. Gayatri Asman	5	Ruang A 5 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
6	dr. Roslaly Rasyid, M.Biomed	6	Ruang B 1 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
7	dr. Yenita, M.Biomed, sp.PA	7	Ruang B 2 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
8	dr. Noza Hilbertina, M.Biomed, Sp.PA	8	Ruang B 3 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
9	dr. Edison, MPH	9	Ruang B 4 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
10	dr. Henny Mulyani, M.Biomed, Sp.PA	10	Ruang B 5 (Lt. I Gedung A,B,C,D)
11	dr. Nurhayati, M.Biomed	11	Ruang C 1 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
12	dr. Nora Haminarti, M.Biomed	12	Ruang C 2 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
13	dr. Erkadius, MSc	13	Ruang C 3 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
14	dr. M setia Budi Zein, PA	14	Ruang C 4 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
15	dr. A Aziz Djamal, MSc. DTM&H	15	Ruang C 5 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
16	dr. Sudirman Lubait	16	Ruang C 6 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
17	dr. Susila Sastri, M.Biomed	17	Ruang D 1 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
18	dr. Netty Suharti, M.Kes	18	Ruang D 2 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
19	dr. Yulistini, M.Med.Ed	19	Ruang D 3 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
20	dr. Rahmatini, M.Kes	20	Ruang D 4 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
21	Prof.dr. Fadil Oenzil, PhD, Sp.GK (K)	21	Ruang D 5 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
22	dr.Jjonas R Dahler	22	Ruang D 6 (Lt. II Gedung A,B,C,D)
23	dr. Ifdelia Suryadi	23	Ruang E 1 (Gedung E, F)
24	dr. Roza Silvia	24	Ruang E 3 (Gedung E, F)
25	dr. Aulia	25	Ruang E 4 (Gedung E, F)
26	Dr.dr. Delmi Sulastri, MS, Sp.GK	26	Ruang F 1 (Gedung E, F)
27	dr. Izwar Wahab	27	Ruang F 2 (Gedung E, F)
28	dr. Hasnar Hasjim	28	Ruang F 3 (Gedung E, F)

