

## TINJAUAN PUSTAKA

### Implementasi *Workplace-based Learning* dalam Pendidikan Residensi

Dewi Sitoresmi Ayuningtyas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departemen Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta, Indonesia

**Email korespondensi:** rr.dewisitoresmi@uii.ac.id

**Abstrak:** Pembelajaran berbasis tempat kerja (*workplace-based learning*), khususnya pendidikan residensi, menitikberatkan hubungan antara pembimbing, residen, dan pasien. Kebutuhan dan kondisi pasien yang tidak dapat diprediksi sangat mempengaruhi sesi pembelajaran yang sudah direncanakan sebelumnya. Dalam pendidikan residensi, hal tersebut merupakan tantangan yang harus dihadapi sehari-hari. Namun, banyak kesempatan yang berharga dalam pembelajaran jika tantangan-tantangan tersebut dapat diatasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk menunjukkan implementasi pembelajaran berbasis tempat kerja dalam pendidikan residensi, tantangan dan solusinya. Tinjauan Pustaka ini disusun mulai Maret hingga April 2024. Penelusuran artikel dilakukan dengan menggunakan kata kunci *workplace-based learning*, pendidikan residensi, supervisi, dan umpan balik. Implementasi pembelajaran berbasis tempat kerja dapat dilihat dari tiga aspek utama, yaitu pembelajaran, pembimbing, dan umpan balik. Dari sisi pembelajaran, residensi diharapkan memiliki kurikulum yang terstruktur dan memfasilitasi *reflective learning*. Kultur, yang masih kuat pengaruhnya di negara ini, juga seharusnya dapat mendampingi dan mendukung proses pendidikan dengan baik; tanpa adanya learner humiliation yang menimbulkan rasa takut dan cemas pada residen. Pembimbing tidak hanya harus memiliki ilmu dan keterampilan sesuai bidangnya, tetapi juga diharapkan mampu berkomunikasi dengan baik dan menjadi role model bagi para residen. Umpan balik seharusnya diberikan secara spesifik dan efektif. Salah satu model yang dapat digunakan untuk memfasilitasi pemberian umpan balik di dunia residensi ialah metode R2C2 (*relationship, reaction, content, coaching*). Terdapat berbagai faktor yang dapat dioptimalkan dalam implementasi pembelajaran berbasis tempat kerja pada pendidikan residensi. Pendidikan haruslah berjalan berdampingan dengan pelayanan di rumah sakit. Residen yang menjalani proses pembelajaran dengan baik dan nyaman diharapkan dapat menjadi dokter spesialis yang kompeten di masa mendatang.

**Kata Kunci:** *workplace-based learning*, pendidikan residensi, pembimbing, supervisi, dan umpan balik

## PENDAHULUAN

Pembelajaran berbasis tempat kerja dalam dunia kedokteran, khususnya pendidikan residensi, memiliki titik berat pada hubungan tiga aspek, yaitu pembimbing, residen, dan pasien. Dalam konteks tersebut, pasien merupakan aspek terpenting yang selalu diutamakan. Hal itu seringkali membingungkan pembimbing karena pendidikan residen menjadi tersisihkan. Kebutuhan pasien yang tidak dapat diprediksi dapat mengubah sesi pembelajaran yang telah direncanakan sangat baik menjadi berantakan. Namun, sebenarnya ada banyak kesempatan belajar berharga yang muncul di saat diskusi untuk mencari solusi atas permasalahan pasien, sekaligus membantu pasien menuju kesembuhan<sup>1</sup>.

Pendidikan residensi berfokus pada pendekatan *learner-centred* dan juga berbasis kompetensi. *Learner-centred* juga merupakan aspek integral dari *experience based learning*, yang merekomendasikan pembimbing klinik untuk berperan tidak hanya sebagai penyedia ilmu dan keterampilan, tetapi juga sebagai *role model* dan pendorong terbentuknya lingkungan belajar yang positif. *Learner awareness* merupakan hal yang sangat penting untuk mendukung kesuksesan pendidikan *learner-centred* karena pembimbing akan mengajar residen multilevel dengan latar belakang pendidikan, pengalaman, dan keterampilan yang berbeda-beda<sup>2</sup>.

Domain pembelajaran dapat dibagi menjadi ilmu pengetahuan, keterampilan, dan perilaku. Pengetahuan dan keterampilan biasanya mendominasi proses dan target belajar mengajar. Padahal aspek lain, seperti manajemen waktu dan kegiatan atau kerja sama tim, sama pentingnya untuk dipelajari

dan dikembangkan. *Clinical workplace* merupakan lingkungan yang ideal untuk dapat mengembangkan semua hal tersebut dan salah satu prosesnya ialah melalui pendidikan residensi<sup>3</sup>.

Terdapat tiga area yang paling krusial untuk dikembangkan dalam dunia pendidikan residensi, seperti yang dituliskan oleh Vilppu et al. (2019): (1) penggunaan umpan balik dan dukungan pengelola pendidikan, (2) keterampilan untuk beradaptasi dengan stress dan pengembangan regulasi emosi, dan (3) membangun keterampilan mengajar dan praktik klinik<sup>4</sup>.

## METODE

Penelitian ini merupakan *literatur review* yang disusun dengan mengumpulkan dan menelaah kepustakaan mulai Maret hingga April 2024. mengenai. Penelusuran artikel dilakukan melalui mesin pencari *PubMed*, *Cochrane Library*, maupun *Google Scholar*, dengan kata kunci *workplace-based learning*, pendidikan residensi, supervisi, dan umpan balik. Artikel yang dipilih ialah kepustakaan berbahasa Indonesia dan Inggris dalam bentuk artikel penelitian, *systematic review*, maupun *narrative review*.

## HASIL

### 1. Pembelajaran

Residen menghabiskan sebagian besar waktunya di rumah sakit untuk berinteraksi dan mengurus pasien. Hal tersebut sebenarnya memberikan kesempatan yang sangat besar untuk terpapar pengalaman dan mengambil pelajaran. Namun, pengalaman berharga tersebut sering menjadi tidak bermakna dan tidak berubah menjadi ilmu yang mengendap. Pembelajaran yang

dijalani seharusnya bersifat *reflective learning* sehingga terfasilitasi ke arah empat proses dari *Kolb learning cycle: concrete experience, reflective observation, abstract conceptualization, dan active experimentation* <sup>5</sup>.

Kurikulum yang berjalan kurang terstruktur dan oportunistik (d disesuaikan dengan situasi dan kondisi) merupakan risiko residensi yang bersifat *on-the-job learning*. Proses belajar pun lebih didominasi *implicit/ tacit learning*. Padahal, pembelajaran di residensi tidak terpisahkan dari konteks yang membuat setiap kasus spesifik dan penting. Kegiatan yang melibatkan pasien seringkali menjadi kurang optimal karena berjalan begitu saja tanpa skema <sup>6</sup>.

Dalam penelitiannya, Ramani & Leinster (2008) menuliskan beberapa hal yang menjadi kendala pendidikan di dunia klinik, diantaranya supervisor yang jarang melakukan observasi kegiatan residen secara langsung, jarang memberikan umpan balik, dan memiliki waktu yang terbatas untuk refleksi dan diskusi <sup>7</sup>.

Kultur didefinisikan sebagai kepercayaan dan nilai yang dianut bersama dalam suatu komunitas atau kelompok. Dalam pendidikan residensi, aspek kultur ini dapat tercermin dalam kurikulum, praktik pembelajaran, dan kepercayaan supervisor. Kepercayaan supervisor tersebut menjadi penting karena menentukan konsep dan praktik pembelajarannya <sup>8</sup>. Pengaruh kultur ini cukup kuat pengaruhnya dalam dunia residensi di Indonesia. Rasa segan, hormat, dan tata krama kepada supervisor merupakan hal yang sangat diperhatikan. Terkadang diskusi menjadi kurang aktif dan residen takut berpikir kritis karena faktor kultur ini. Nilai budaya tersebut seharusnya

dapat berjalan berdampingan dan justru mendukung proses pendidikan.

Ronde juga merupakan aspek penting dalam pembelajaran residen karena kesempatan belajar akan tercipta dengan adanya struktur yang baik pada kegiatan tersebut. Struktur yang dimaksud meliputi fase persiapan, diskusi yang berjalan terarah, dan *debriefing* <sup>9</sup>. Dalam kegiatan ini, pembimbing dapat mengajari residen mengenai anamnesis, pemeriksaan fisik, atau keterampilan klinis tertentu; tidak hanya fokus kepada penyakit/ diagnosis pasien demi kepentingan pelayanan. Beigzadeh et al. (2019) juga menyebutkan alternatif pendekatan lain agar ronde dapat berjalan lebih efisien dan singkat, yaitu dengan urutan *subjective, objective, assessment, dan plan* (SOAP) seperti yang tertulis dalam rekam medis pasien <sup>10</sup>.

Di sisi lain, proses pembelajaran melalui kegiatan ronde bangsal seringkali penuh dengan *learner humiliation* yang menimbulkan rasa takut dan cemas pada residen <sup>11</sup>. Padahal, pembimbing klinik perlu menyadari bahwa lingkungan belajar yang nyaman akan menjembatani tumbuhnya kepercayaan dan memudahkan komunikasi selama kegiatan berlangsung. Pembimbing juga harus menciptakan atmosfer yang bebas intimidasi, santai, dan bersahabat. Jikapun menginginkan lebih banyak partisipasi dari residen, maka dorongan yang diberikan haruslah tanpa hukuman dan tanpa ancaman <sup>10</sup>.

Lingkungan pembelajaran yang negatif tersebut dapat secara langsung berdampak pada nilai-nilai yang dipelajari residen, salah satunya ialah profesionalisme. Nilai tersebut tidak dapat dipelajari dengan baik karena pengalaman yang didapatkan justru sebaliknya. Dalam pendidikan klinik,

budaya sinisme masih sangat kental. Mayoritas residen menyaksikan banyak penghinaan dan menerima perlakuan yang tidak pantas. Wajar jika sikap humanistik, khususnya empati, semakin menurun sementara level kemarahan dan depresi semakin meningkat<sup>12</sup>.

Selain sebagai pembelajar, residen sebenarnya dapat memiliki peran sebagai pengajar rekan sesama residen, baik dalam tahap yang sama, junior, atau bahkan seniornya<sup>13</sup>. *Peer teaching* dalam pendidikan residensi memiliki potensi yang sangat besar. Kegiatan pendidikan rutin yang difasilitasi pengelola pendidikan cukup terbatas, interaksi dengan supervisor juga cukup singkat untuk dapat memfasilitasi transfer ilmu. Di sisi lain, interaksi antar residen sangatlah intens; mereka juga memiliki hubungan yang lebih dekat dan kualitas komunikasi yang lebih baik dibandingkan dengan supervisor. Jika interaksi tersebut dapat dimanfaatkan dengan transfer ilmu yang memadai, manfaatnya akan sangat besar.

## 2. Peran pembimbing melalui supervisi

Supervisi merupakan faktor yang sangat penting untuk mendukung proses pembelajaran residen. Supervisi merupakan suatu aktivitas kompleks; didefinisikan sebagai pemberian panduan dan umpan balik dalam hal pengembangan personal, profesional, dan pendidikan, sesuai pengalaman residen untuk memberikan pelayanan pasien yang aman dan tepat. Supervisi langsung dan kualitas dari supervisi itu sendiri merupakan kunci dari proses pembimbingan yang efektif. Residen biasanya mengalami kendala terkait supervisi yang tidak adekuat, tanpa adanya panduan resmi dari departemen terkait

kuantitas, kualitas, struktur dan konten kegiatannya. Hanya sedikit dari pembimbing yang mendapatkan pelatihan supervisi untuk pendidikan residensi<sup>14</sup>.

Supervisi haruslah bersifat efektif, langsung, terstruktur, rutin dan berkualitas<sup>15</sup>. Pembimbing diharapkan dapat memberikan supervisi yang suportif kepada residen, yaitu pembimbingan yang berdasarkan kepercayaan, tidak menghakimi, dan mendorong ke arah perbaikan<sup>16</sup>. Supervisi yang optimal akan sangat memfasilitasi pembelajaran dan menghasilkan performa residen yang baik.

Pembimbing memegang peran vital dalam pendidikan residensi. Boor et al. (2008) mendeskripsikan empat peran pembimbing berdasarkan persepsi residen: (1) sebagai dokter, yaitu memberikan contoh pengaplikasian ilmu dan keterampilan dalam konteks medis; (2) sebagai pembimbing (*supervisor*), yaitu memberikan kesempatan untuk mempraktikkan hal baru, mengobservasi, dan memberikan umpan balik; (3) sebagai guru, untuk memilih, mengorganisasi, dan memberikan informasi yang tepat; dan (4) sebagai individu, yang menunjukkan karakteristik interpersonal dan intrapersonal tertentu yang dapat dijadikan panutan<sup>17</sup>.

Pembelajaran yang efektif sangat bergantung kepada keterampilan komunikasi pembimbing, terutama kemampuan bertanya dan memberikan penjelasan. Keduanya didukung oleh *attentive listening*, termasuk mengenali tanda verbal/ nonverbal dari residen.<sup>18</sup> Berdasarkan prinsip tersebut, sangatlah penting untuk memberikan kesempatan agar residen dapat mengutarakan kesulitan yang dihadapi ataupun hal-hal yang ingin diketahui atau dipelajari lebih jauh.

Untuk memenuhi peran sebagai pembimbing, menguasai ilmu atau menjadi ahli memang diperlukan. Namun, kemampuan untuk mengajar dengan baik tidak selalu seiring dengan kepakaran ilmu tersebut. Terdapat empat tahapan *development of mastery*, yaitu *unconscious incompetence*, *conscious incompetence*, *conscious competence*, dan *unconscious competence*. Pembimbing ahli sudah berada di tahap *unconscious competence* yang seringkali justru kesulitan menyalurkan ilmu kepada siswa. Hal itu disebabkan karena mayoritas strategi, proses, protokol, prosedur, dan jalur pemikiran lainnya sudah menjadi otomatis atau semi otomatis. Mereka juga sering gagal mengantisipasi dimana siswa menghadapi kesulitan dan berasumsi bahwa siswa sudah dapat mengerjakan sesuatu layaknya seorang ahli<sup>19</sup>.

Supervisor pun memiliki pengalaman dan pemahaman yang beragam. Oleh karena itu, pembimbingan yang diberikan kepada residen pun sangat bergantung kepada individu yang memberikan, baik proses maupun konten ilmunya. Proses penilaian pun juga seringkali bersifat subyektif. Pengalaman para supervisor dipengaruhi oleh faktor eksternal (fisik, logistik) dan internal (kognitif, emosional) yang harus dioptimalkan untuk mendorong pembelajaran terbaik. Faktor eksternal dapat dimodifikasi dengan intervensi departemen dan perubahan sistem. Faktor internal dapat diubah melalui pengembangan personal dan profesional<sup>2</sup>.

Pembimbing juga seharusnya mengerti bahwa mereka diamati oleh siswa yang membutuhkan *role model*. Omid et al. (2014) menyebutkan bahwa pembimbing diharapkan dapat menjadi panutan untuk

mengajarkan etika profesionalisme, keterampilan komunikasi, ketepatan waktu, dan bahkan cara berpakaian. Dengan menyadari hal tersebut, pembimbing akan terdorong untuk menunjukkan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan penampilan yang terbaik di depan para siswa<sup>20</sup>.

### 3. Umpan balik

Umpan balik merupakan hal yang sangat penting dalam pendidikan residensi, tetapi banyak menemui kendala dalam praktiknya. Pembimbing enggan memberikan umpan balik yang konstruktif. Mereka juga hanya memiliki sedikit waktu untuk mengobservasi dan memberikan penilaian. Oleh karena itu, residen seringkali mendapatkan umpan balik nonspesifik yang minim arahan sehingga tidak dapat digunakan untuk mengembangkan diri lebih jauh.

Dalam penelitiannya, Sargeant et al. (2017) membuat sebuah model untuk memfasilitasi pemberian umpan balik dalam dunia residensi. Metode ini dinamakan R2C2 (*relationship, reaction, content, coaching*) dan empat fase: (1) membangun *rapport* dan hubungan; (2) mengeksplorasi reaksi terhadap umpan balik; (3) mengeksplorasi konten umpan balik; dan (4) *coaching* untuk melakukan perubahan. Model R2C2 ini dilaporkan membantu residen dan supervisor karena dapat mendorong diskusi yang kolaboratif, reflektif, dan *goal-oriented*<sup>21</sup>.

Umpan balik yang efektif terfokus pada tugas yang dikerjakan dan bukan pada orang yang melakukan tugas tersebut. Sebagai contoh, berikanlah umpan balik terkait apa yang telah dilakukan residen kepada pasien: “Seharusnya tadi Anda melakukan perkusi pada dada pasien”. Komentar umum, baik positif atau negatif, seperti “Anda sudah baik

selama ronde tadi” atau “Anda terlalu lambat, seharusnya ronde bisa lebih cepat selesai” tidak efektif sebagai umpan balik karena tidak menyediakan petunjuk apapun mengenai apa yang harus tetap dilakukan dan apa yang harus diubah. Umpan balik yang efektif harus memberikan masukan yang konkret dan segera mengenai apa yang harus dipertahankan dan apa yang harus diubah oleh residen <sup>1</sup>.

*Debriefing* juga merupakan proses yang sangat penting dalam pendidikan klinik. *Debriefing* dapat mendorong refleksi dan termasuk metode yang dapat membantu proses belajar mengajar sekaligus mendukung pelayanan pasien. *Clinical debriefing* dihubungkan dengan luaran positif, termasuk meningkatnya performa tim dan luaran pasien. Proses ini membuka kesempatan baru untuk pembelajaran kolektif dan dapat diimplementasikan dengan baik di berbagai tempat dan kondisi (ruang operasi, IGD, ataupun ruang rawat inap). Metode ini dapat diaplikasikan menggunakan bermacam-macam struktur oleh berbagai spesialisasi <sup>22</sup>.

## KESIMPULAN

Proses belajar dapat ditingkatkan kualitasnya dengan mengaplikasikan *reflective learning* dan memandu residen menggunakan empat proses dari *Kolb cycle*. Pemberian umpan balik dapat dilakukan di hampir semua kegiatan, seperti ketika visite atau ronde pasien, kerja poliklinik, ataupun penilaian kinerja. Umpan balik yang diberikan harus bersifat konstruktif dan menghindari salah persepsi, *humiliation*, atau intimidatif. Berbagai metode yang telah disebutkan dapat digunakan, disesuaikan kenyamanan supervisor dan ketersediaan waktu. Apresiasi terhadap hal baik atau

pencapaian residen juga sebaiknya mulai dapat dibiasakan.

Kurikulum pendidikan yang lebih rapi akan mendukung pembelajaran residen. Tindakan memindahkan residen ke stase lain sebelum waktunya sebaiknya diminimalisir. Hal tersebut akan menginterupsi proses belajar residen dan membuat mereka kesulitan karena harus sering beradaptasi. Kegiatan terkait pasien juga sebaiknya diawali dengan *briefing* dan diakhiri dengan *debriefing* agar lebih terstruktur.

Keterampilan untuk beradaptasi dengan stres dan regulasi emosi merupakan *soft skill* penting yang jarang dipantau. Pembimbing akademik dapat berperan terkait hal ini dan memberikan pemantauan terhadap tingkat stres dan kemampuan adaptasi residen. Diperlukan pula jalur dukungan residen yang membutuhkan bantuan psikologis/emosional.

Terkait dengan pengembangan keterampilan mengajar, dibutuhkan pelatihan formal yang didukung oleh sistem, departemen, dan fakultas. Keterampilan ini tidak boleh diasumsikan sebagai sesuatu yang muncul begitu saja, tetapi harus dilatihkan, direncanakan, dan diimplementasikan dengan baik.

Penilaian residen dapat ditingkatkan kualitasnya dan diperjelas parameternya. Diperlukan adanya penyamaan persepsi penilai untuk meminimalkan subyektivitas, terutama pada aspek penilaian kinerja yang hanya diberikan oleh satu supervisor. Setiap poin/ kriteria sebaiknya diberi nilai dan betul-betul diobservasi pada diri residen agar meningkatkan obyektivitas dan dapat menjadi bahan perbaikan ke depannya.

Pendidikan harus berjalan berdampingan dengan pelayanan di rumah sakit. Usaha untuk memperbaiki pendidikan

residensi dari berbagai sisi, seperti yang telah diuraikan di atas, harus senantiasa dilakukan, baik oleh pembimbing maupun pengelola pendidikan yang bekerja sama dengan direksi rumah sakit. Dengan demikian, residen dapat mengoptimalkan pengalaman belajar mereka dan menjadi dokter spesialis yang mampu menguasai kompetensinya dengan cemerlang.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Teunissen PW, Wilkinson TJ. Learning and teaching in workplaces. In: Dornan T, Mann K, Scherpbier A, Spencer J, editors. *Medical Education, Theory and Practice*. United Kingdom: Elsevier; 2011. p. 193–209.
2. Sternschein R, Hayes MM, Ramani S. A model for teaching in learner-centred clinical settings. *Med Teach* [Internet]. 2020;0(0):1–4. Available from: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1855324>
3. The Royal College of Anaesthetists. *Teaching and Training in the Workplace: Anaesthetists as educators*. 2013;1–18. Available from: [https://www.rcoa.ac.uk/system/files/AaE-TTW-ARTICLE1\\_0.pdf](https://www.rcoa.ac.uk/system/files/AaE-TTW-ARTICLE1_0.pdf)
4. Vilppu H, Murtonen M, Österholm E, Mikkilä-Erdmann M. How can the training of medical residents be improved? Three suggestions. *MedEdPublish*. 2019;8(1):1–13.
5. Kaufman D. Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice. In: Swanwick T, Forrest K, O'Brien B, editors. *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice*. 3rd ed. United Kingdom: Wiley Blackwell; 2019. p. 37–69.
6. Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. *Experiential learning: AMEE Guide No. 63*. *Med Teach*. 2012;34(2):e102–15.
7. Ramani S, Leinster S. AMEE guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Med Teach*. 2008;30(4):347–64.
8. Wong AK. Culture in medical education: Comparing a Thai and a Canadian residency programme. *Med Educ*. 2011;45(12):1209–19.
9. Laskaratos FM, Wallace D, Gkotsi D, Burns A, Epstein O. The educational value of ward rounds for junior trainees. *Med Educ Online*. 2015;20(1):27559.
10. Beigzadeh A, Adibi P, Bahaadinbeigy K, Yamani N. Strategies for teaching in clinical rounds: a systematic review of the literature. *J Res Med Sci*. 2019;24(1):33.
11. Beigzadeh A, Yamani N, Sharifpoor E, Bahaadinbeigy K, Adibi P. Teaching and learning in clinical rounds: A qualitative meta-analysis. *J Emerg Pract Trauma*. 2021;7(1):46–55.
12. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ*. 2007;7:1–9.
13. Ramani S, Mann K, Taylor D, Thampy H. Residents as teachers: Near peer learning in clinical work settings: AMEE Guide No. 106. *Med Teach*. 2016;38(7):642–55.
14. Cottrell D, Kilminster S, Jolly B, Grant J. What is effective supervision and how does it happen? A critical incident study. *Med Educ*. 2002;36(11):1042–9.
15. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach*. 2007;29(1):2–19.
16. Martin P, Copley J, Tyack Z. Twelve tips for effective clinical supervision based

on a narrative literature review and expert opinion. *Med Teach*. 2014;36(3):201–7.

17. Boor K, Teunissen PW, Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPM, van de Lande J, Scheele F. Residents' perceptions of the ideal clinical teacher-A qualitative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;140(2):152–7.

18. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: Learning and teaching in the clinical environment. *Br Med J*. 2003;326(7389):591–4.

19. Ambrose S, Waechter D, Hunt D. Student Engagement in Learning. In: Dent J, Harden R, Hunt D, editors. *A Practical Guide for Medical Teachers*. 5th ed. United Kingdom: Elsevier; 2017. p. 339–44.

20. Omid A, Alavi M, Arabshahi SS, Bigdeli S, Haghani F. Medical academia clinical experiences of Ward Round Teaching curriculum. *Adv Biomed Res*. 2014;3(1):50.

21. Sargeant J, Mann K, Manos S, Epstein I, Warren A, Shearer C, et al. R2C2 in Action: Testing an Evidence-Based Model to Facilitate Feedback and Coaching in Residency. *J Grad Med Educ*. 2017;9(2):165–70.

22. Coggins A, Zaklama R, Szabo RA, Diaz-Navarro C, Scalese RJ, Krogh K, et al. Twelve tips for facilitating and implementing clinical debriefing programmes. *Med Teach* [Internet]. 2021;43(5):509–17. Available from: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1817349>