



Nuansa
Fajar
Cemerlang



Optimal

KUMPULAN BLUE PRINT, SOAL, DAN RUBRIK PENILAIAN OSCE DIII KEPERAWATAN

Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Ns. Ni Luh Putu Suardini Yudhawati, M.Kep.
Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep., M.B.
Ns. Lince Siringo ringo, M.Kep., Sp.Kep.An.
Ns. Sisca Pri Andini, M.Kep.
Ns. Fanny Aristi, S.Kep., M.Kep.
Darmayanti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Susanti, S.Kep, Ners., M.Kep.
Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes.
Wijayanti, S.Kep, Ns., M.Kep.
Yasin Wahyurianto, S.Kep., Ns., M.Si.
Ester Radandima, S.Kep., Ns., M.Kep.
Flora Sijabat S.Kep, Ns., MNS.
Yublina Rohi, SST. Keb., M.Kes.
Kartini Pekabanda, SST., M.Kes.
Muhamad Nor Mudhofar, SPd., M.kes.
Femi Serly Tuhumena, A.Kp., M.Kes.



KUMPULAN BLUE PRINT, SOAL, DAN RUBRIK PENILAIAN OSCE DIII KEPERAWATAN

Penulis:

Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

Ns. Ni Luh Putu Suardini Yudhawati, M.Kep.

Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep., M.B.

Ns. Lince Siringo Ringo, M.Kep., Sp.Kep.An.

Ns. Sisca Pri Andini, M.Kep.

Ns. Fanny Aristi, S.Kep., M.Kep.

Darmayanti, S.Kep., Ners., M.Kep.

Susanti, S.Kep, Ners., M.Kep.

Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes.

Wijayanti, S.Kep, Ns., M.Kep.

Yasin Wahyurianto, S.Kep., Ns., M.Si.

Ester Radandima, S.Kep., Ns., M.Kep.

Flora Sijabat S.Kep, Ns., MNS.

Yublina Rohi, SST. Keb., M.Kes.

Kartini Pekabanda, SST., M.Kes.

Muhamad Nor Mudhofar, SPd., M.kes.

Femi Serly Tuhumena, A.Kp., M.Kes.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

KUMPULAN BLUE PRINT, SOAL, DAN RUBRIK PENILAIAN OSCE DIII KEPERAWATAN

Penulis:

Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Ns. Ni Luh Putu Suardini Yudhawati, M.Kep.
Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep., M.B.
Ns. Lince Siringo ringo, M.Kep., Sp.Kep.An.
Ns. Sisca Pri Andini, M.Kep.
Ns. Fanny Aristi, S.Kep., M.Kep.
Darmayanti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Susanti, S.Kep, Ners., M.Kep.
Maria Kareri Hara, S.Kep., Ns., M.Kes.
Wijayanti, S.Kep, Ns., M.Kep.
Yasin Wahyurianto, S.Kep., Ns., M.Si.
Ester Radandima, S.Kep., Ns., M.Kep.
Flora Sijabat S.Kep, Ns., MNS.
Yublina Rohi, SST. Keb., M.Kes.
Kartini Pekabanda, SST., M.Kes.
Muhamad Nor Mudhofar, SPd., M.kes.
Femi Serly Tuhumena, A.Kp., M.Kes.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Qo'is Ali Humam

No. ISBN: 978-623-8549-61-0

Cetakan Pertama: Juli, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Buku "Kumpulan Blue Print, Soal, dan Rubrik Penilaian OSCE DIII Keperawatan" dapat terselesaikan dan terkompilasi dengan baik. Buku ini hadir untuk memberikan gambaran tidak hanya kepada mahasiswa yang sedang menghadapi Ujian OSCE, namun kepada dosen dan penguji untuk memberikan penjelasan dan pemahaman kepada mahasiswa mengenai pelaksanaan ujian OSCE.

Buku ini disusun secara sistematis untuk mencakup berbagai aspek penting yang akan diuji dalam ujian OSCE. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian buku ini. Penulis menyadari banyak kekurangan dalam penyusunan Buku "Kumpulan Blue Print, Soal, dan Rubrik Penilaian OSCE DIII Keperawatan" ini, saran dan kritik membangun sangat kami harapkan. Semoga buku ini dapat bermanfaat buat semua pihak dalam rangka meningkatkan keberhasilan mahasiswa dalam pelaksanaan ujian OSCE Keperawatan.

Juli 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
OKSIGENASI	1
SIRKULASI	65
CAIRAN DAN ELEKTROLIT	91
NUTRISI	115
AMAN DAN NYAMAN	157
ELIMINASI	171
AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT	185
SEKSUAL DAN REPRODUKSI	201

OKSIGENASI

BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes 10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
2	Oksigenasi	Anak	Anak	Ranap	2, 4, 5, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Fisioterapi dada	Perempuan, 18 tahun	Ya, seusia 5 tahun	Ya	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	2
2.	Judul station	Fisioterapi dada pada klien anak di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, Fisioterapi Dada
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang anak perempuan umur 5 tahun dirawat di ruang rawat anak dengan pneumonia, rawatan hari ke-1. Hasil pengkajian: Pasien mengalami batuk berdahak sejak 2 minggu yang lalu dan memberat. Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya. Pasien tampak sesak napas (dispnea), NAPAS: 28x/menit, sputum berwarna kuning, terdengar ronchi di bagian kanan atas paru. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan fisioterapi dada pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang anak perempuan umur 5 tahun dirawat di ruang rawat anak dengan pneumonia, rawatan hari ke-1. Hasil pengkajian:

		Pasien mengalami batuk berdahak sejak 2 minggu yang lalu dan memberat. Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya. Pasien tampak sesak napas (dispnea), napas: 28x/menit, sputum berwarna kuning, terdengar ronchi di bagian kanan atas paru. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan fisioterapi dada pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pengukuran saturasi oksigen pada manekin. Pada saat peserta meletakkan oksimetri pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa saturasi oksigen 95% 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan Pasien mengatakan sesak napas, pasien mengalami batuk berdahak serta pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya. Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak, pasien tampak gelisah, pasien tampak sesak napas, dispnea, napas: 28x/menit, saturasi oksigen 95%, Sputum berwarna kuning dan terdengar ronchi pada bagian kanan atas paru 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam melakukan fisioterapi dada pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa sesak berkurang saat peserta melakukan evaluasi pengeluaran secret pasien setelah dilakukan fisioterapi dada 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, usia 5 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (Pasien mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya. Pasien tampak sesak napas (dispnea), napas: 28x/menit, sputum berwarna kuning, terdengar ronchi di bagian kanan atas paru)</i>

		3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang pertama. 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien kooperatif, dapat beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) 6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien tidak sesak lagi) 7. KS tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk dan miring ke salah satu posisi, menunjukkan sesak, napas dangkal, tarikan dinding dada. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian Manekin yang diperlukan adalah manekin anak usia sekolah, digunakan untuk melakukan fisioterapi dada
10.	Setting Station.	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin anak - Laboran tata letak ruang: 1. Tempat tidur dan manekin anak serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran
11.	Peralatan yang dibutuhkan	Peralatan: a. Stetoskop: 1 b. Handuk: 1 c. Sputum pot: 1 d. Handscoon: sepasang e. Tissue: secukupnya f. Bengkok: 1 g. Oksimetri: 1

		<i>Apabila untuk kasus ini diperlukan laboran, mohon dituliskan Ada/Tidak ada. Bila ADA, mohon jelaskan dengan singkat tugas/fungsi laboran dalam station tersebut yang diperlukan/diperbolehkan</i> <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran mengatur Kembali posisi manekin seperti semula (suspikasi) dan menyelimutinya</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> <i>1. Susanti, S.Kep, Ners, M.Kep</i> <i>2. Prodi Keperawatan Meulaboh Poltekkes Kemenkes Aceh</i>
13.	Referensi	<i>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</i> <i>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</i> <i>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</i> <i>Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</i>

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL FISIOTERAPI DADA

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <i>a. Stetoskop: 1</i> <i>b. Handuk: 1</i> <i>c. Sputum pot: 1</i> <i>d. Handscoon: sepasang</i> <i>e. Tissue: secukupnya</i> <i>f. Bengkok: 1</i> <i>g. Oksimetri : 1</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sd 22 : sistematis)				
	Postural Drainase				
	11. Perawat mencuci tangan, lalu memasang sarung tangan				
	12. Auskultasi area lapang paru untuk menentukan lokasi sekret				
	13. Posisikan pasien pada posisi berikut untuk sekret-sekret di area target segmen/ lobus paru pada:				
	- Bronkus Apikal Lobus Anterior Kanan dan Kiri atas Minta pasien duduk di kursi, bersandar pada bantal				
	- Bronkus Apikal Lobus Posterior Kanan dan Kiri Atas Duduk membungkuk, kedua kaki				

	ditekuk, kedua tangan memeluk tungkai atau bantal				
	- Bronkus Lobus Anterior Kanan dan Kiri Atas Supinasi datar untuk area target di segmen anterior kanan dan kiri atas				
	- Lobus anterior kanan dan kiri bawah Supinasi dengan posisi trendelenburg. Lutut menekuk di atas bantal				
	- Lobus kanan tengah. Supinasi dengan bagian dada kiri/ kanan lebih ditinggikan, dengan posisi trendelenburg (bagian kaki tempat				
	- Lobus kanan tengah. Supinasi dengan bagian dada kiri/ kanan lebih ditinggikan, dengan posisi trendelenburg (bagian kaki tempat tidur di tinggikan)				
	- Lobus tengah anterior. Posisi sim's kanan/ kiri disertai posisi trendelenburg				
	- Lobus bawah anterior. Supinasi datar dan posisi trendelenburg				
	- Lobus bawah posterior. Pronasi datar dengan posisi trendelenburg				
	- Lobus lateral kanan bawah. Miring kiri dengan lengan bagian atas melewati kepala disertai dengan posisi trendelenburg				
	- Lobus lateral kiri bawah. Miring kiri dengan lengan bagian atas melewati kepala disertai dengan posisi Trendelenburg				
	Perkusi (<i>Clapping</i>)				
	14. Letakkan handuk diatas kulit pasien				
	15. Rapatkan jari-jari dan sedikit difleksikan membentuk mangkok tangan				
	16. Lakukan perkusi dengan menggerakkan sendi pergelangan tangan, prosedur benar jika terdengar suara gema pada saat perkusi				
	17. Perkusi seluruh area target, dengan menggunakan pola yang sistematis				
	Vibrasi Dada				
	18. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam dan mengeluarkan napas perlahan-lahan				
	19. Pada saat buang napas, lakukan prosedur vibrasi, dengan teknik: Tangan non dominan				

	berada dibawah tangan dominan, dan diletakkan pada area target.				
	20. Instruksikan untuk menarik nafas dalam				
	21. Pada saat membuang napas, perlahan getarkan tangan dengan cepat tanpa melakukan penekanan berlebihan				
	22. Posisikan pasien untuk dilakukan tindakan batuk efektif				
D	Tahap terminasi				
	23. simpulkan kegiatan				
	24. evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	25. reinforcement positif				
	26. kontrak waktu selanjutnya				
	27. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	28. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pelaksanaan fisioterapi dada meliputi postural drainase, <i>clapping</i> , Vibrasi dada) serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	29. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

FORM PENILAIAN FISIOTERAPI DADA

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN FISIOTERAPI DADA

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian saturasi oksigen pada klien. Peserta meletakkan oksimeter dengan tepat pada ujung ekstremitas manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah fisioterapi dada dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN FISIOTERAPI DADA

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian saturasi oksigen	Peserta melakukan penilaian saturasi oksigen, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian saturasi oksigen dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian saturasi oksigen pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa ujung ekstremitas manekin dengan oksimeter dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam skenario kasus di	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Bersihan Jalan nafas tidak efektif tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, namun data pendukung tidak	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan Pasien mengatakan sesak napas, pasien mengalami batuk berdahak serta pasien	2	

	bagian instruksi penguji		disampaikan dengan adekuat	mengatakan sulit mengeluarkan dahaknya. Pasien tampak batuk dan sulit mengeluarkan dahak, pasien tampak gelisah, pasien tampak sesak napas, dispnea, napas: 28x/menit, saturasi oksigen 95%, Sputum berwarna kuning dan terdengar ronchi pada bagian kanan atas paru		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan fisioterapi dada, namun memberikan modalitas oksigen yang lainnya	Peserta melakukan fosioterapi dada namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan fisioterapi dada namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan fisioterapi dada: Lima prinsip fisioterapi dada diberikan dengan tepat - Siap pasien, siap perawat, siap alat: pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) - hand hygiene - modalitas tepat yang digunakan: fisioterapi dada - Sistematis - Postural Drainase a. Perawat mencuci tangan, lalu memasang sarung tangan	5	

				b. Auskultasi area lapang paru untuk menentukan lokasi secret c. Posisikan pasien pada posisi berikut untuk sekret-sekret di area target segmen/ lobus paru - Perkusi dada (<i>Clapping</i>) a. Letakkan handuk diatas kulit pasien b. Rapatkan jari-jari dan sedikit difleksikan membentuk mangkok tangan c. Lakukan perkusi dengan menggerakkan sendi pergelangan tangan, prosedur benar jika terdengar suara gema pada saat perkusi d. Perkusi seluruh area target, dengan menggunakan pola yang sistematis - Vibrasi Dada a. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam dan		
--	--	--	--	--	--	--

				mengeluarkan napas perlahan-lahan b. Pada saat buang napas, lakukan prosedur vibrasi, dengan teknik: Tangan non dominan berada dibawah tangan dominan, dan diletakkan pada area target. c. Instruksikan untuk menarik nafas dalam d. Pada saat membuang napas, perlahan getarkan tangan dengan cepat tanpa melakukan penekanan berlebihan e. Posisikan pasien untuk dilakukan tindakan batuk efektif - Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode fisioterapi dada) serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
--	--	--	--	---	--	--

Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	2	
----------------------	--	---	--	--	---	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = $\frac{\text{-----}}{30} \times 100 =$

Jakarta,

.....

Penguji:

BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
2	Oksigenasi	Anak	Anak	Poliklinik	2, 3,4,6	Pengkajian, diagnosis perencanaan: Latihan batuk efektif.	Anak usia 6 tahun	Ya, seusia 6 tahun	ya	1	

**SOAL OKSIGENASI
(LATIH BATUK EFEKTIF)**

1.	Nomor station	1
2.	Judul station	OKSIGENASI: LATIHAN BATUK EFEKTIF
3.	Waktu yang dibutuhkan	10 menit
4.	Tujuan station	Membantu meningkatkan pengeluaran dahak (bersihan jalan napas meningkat)
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan Perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku Professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan Elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan Istirahat 9. Seksual dan Reproduksi
7.	Instruksi untuk Peserta Ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang anak laki-laki umur 6 tahun datang di poli klinik dengan Broncho Pneumonia. Hasil pengkajian NAPAS: 35x/mnt, ronchi positif, pasien mengeluh batuk lendir dan sulit mengeluarkan dahak, BB 14 kg, TB 110. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan anamneses pola napas 2. Tegakkan diagnosis keperawatan prioritas dan sampaikan secara lisan kepada penguji 3. Lakukan prosedur Latihan batuk efektif

8.	Instruksi untuk Penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> <u>TUGAS:</u> Seorang anak laki-laki umur 6 tahun datang bersama ibunya di poliklinik dengan keluhan batuk lendir dan sulit mengeluarkan dahak, NAPAS 35 x/mnt, ronchi positif, BB 14 kg, Tb 110 cm 1. Lakukan anamneses pola napas 2. Tegakkan diagnosis keperawatan prioritas dan sampaikan secara lisan kepada penguji 3. Lakukan prosedur Latihan batuk efektif <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Penguji memperhatikan teknik anamnesis Pola Nafas: sesak, batuk lendir atau tidak, lendir bisa keluar atau tidak 2. Penguji menilai diagnosis keperawatan yang disampaikan oleh peserta : bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan lendir, ditandai dengan : batuk lendir, lendir sulit keluar 3. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta dalam melatih batuk efektif berdasarkan lembar penilaian. 4. Penguji menilai komunikasi terapeutik yang disampaikan oleh peserta ujian. 5. Penguji menilai sikap profesionalisme saat melakukan tindakan prosedur oleh peserta ujian. 6. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan
9.	Instruksi untuk klien standar/ manekin	Terdapat pasien standar yang disiapkan untuk latih batuk efektif Riwayat penyakit sekarang • Keluhan utama: batuk lendir dan sulit mengeluarkan dahak • Sejak kapan: 6 hari yang lalu Perjalanan penyakit: Pasien mengatakan pilek sejak 6 hari yang lalu disertai batuk lendir, pasien mengatakan sulit

		mengeluarkan dahak, NAPAS 35x/mnt, Ronchi +. BB 14 kg, Tb 110 cm. • Hal-hal yang memperburuk keluhan: saat batuk • Hal-hal yang mengurangi keluhan: tidur • Riwayat pengobatan sekarang: mendapatkan terapi Riwayat penyakit dahulu: pasien pernah mengalami pilek tapi tidak disertai batuk pada tahun lalu. Riwayat penyakit keluarga: tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien Riwayat kebiasaan sosial: anak sekolah di TK dan sering bermain diluar rumah dengan teman2 seusianya Peran yang harus dilakukan: peran PS digantikan oleh pasien standar
10.	Setting Station:	1. Poliklinik 2. IGD 3. Ruangan rawat inap 4. Ruang keluarga 5. Komunitas
11	Peralatan yang dibutuhkan	1. Sarung tangan bersih 2. Tisu 3. Bengkok dengan cairan desinfektan 4. Suplai oksigen jika perlu 5. Pengalas/ underpad

12.	Penulis	Maria Kareri Hara, S. Kep., Ns., M. Kes. Poltekkes Kemenkes Kupang
13.	Referensi	1. Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1, Jakarta: Graha PPNI 2. Tim Pokja SDKI DPP PPNI

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
LATIHAN BATUK EFEKTIF**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan <i>a. Sarung tangan bersih</i> <i>b. Tisu</i> <i>c. Bengkok dengan cairan desinfektan</i> <i>d. Suplay Oksigen jika perlu</i> <i>e. Pengalas/underpad</i>				
B	Tahap Orientasi				
	3. Menyampaikan salam terapeutik				
	4. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	5. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif dan atau no rekam medis				
	6. Jelaskan tujuan dan Langkah Langkah prosedur serta kontrak waktu				
	7. Memberi kesempatan bertanya				
	8. Memulai tindakan dengan baik				
	9. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja				
	10. Lakukan tangan dengan 6 langkah				
	11. Pasang sarung tangan bersih				
	12. Identifikasi kemampuan batuk				
	13. Atur posisi semi fowler dan fowler				
	14. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik.				

	15. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan hembuskan selama 3 kali				
	16. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke 3				
	17. Kolaborasi pemberian mucolitik/ekspektoran jika perlu				
	18. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	19. Lepaskan sarung tangan				
	20. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	21. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan reStandar Prosedur Operasionaln pasien				
D	Tahap terminasi				
	22. simpulkan kegiatan				
	23. evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	24. reinforcement positif				
	25. kontrak waktu selanjutnya				
	26. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	27. hari_tanggal_jam, kegiatan, pengeluaran lendir) serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	28. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

**FORM PENILAIAN
LATIHAN BATUK EFEKTIF**

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

**RUBRIK PENILAIAN
LATIHAN BATUK EFEKTIF**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus system pernapasan yaitu: sesak, batuk lendir atau tidak, lendir bisa keluar atau tidak , frekwensi pernapasan (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	

2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					2	
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah Latihan batuk efektif dan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					2	

III. Global performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan peserta ujian!

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN OKSIGENASI PADA KLIEN ANAK DI RUANG POLI KLINIK

KOMPETENSI	0	1	2	3	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
					0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan: Melakukan Anamnesisi Status Oksigenasi	Peserta tidak melakukan anamnesis status nutrisi	Peserta melakukan anamnesisi 1 dari 4 status oksigenasi yang meliputi: • Keluhan utama • Riwayat batuk • NAPAS, • Ronhi	Peserta melakukan anamnesisi 2 dari 4 status oksigenasi yang meliputi: • Keluhan utama • Riwayat batuk • NAPAS, • Ronhi	Peserta melakukan anamnesisi status oksigenasi yang meliputi: • Keluhan utama • Riwayat batuk • NAPAS, • Ronhi					2	
2. Diagnosis keperawatan	Peserta tidak menyampaikan diagnosis keperawatan utama atau Menyebutkan diagnosis	Peserta didik hanya menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat. Atau	Peserta menyebutkan masalah keperawatan dan etiologinya dengan tepat	Peserta menyebutkan masalah, etiologi dan data pendukung masalah (					2	

	keperawatan tetapi tidak tepat.	Peserta menyebutkan masalah keperawatan tepat, tetapi etiologi tidak tepat	Tanpa menyebutkan Data pendukung masalah atau menyebutkan tetapi tidak tepat.	DO/DS) dengan tepat						
3. Implementasi : Melakukan tindakan latihan batuk efektif.	Peserta tidak melakukan tindakan poin berikut: Mencuci tangan Pakai hanscon bersih Menyiapkan tisu dan Bengkok yang berisi cairan desinfektan Menyiapkan pengalas.	Peserta melakukan tindakan poin berikut secara tidak tepat Mencuci tangan Pakai hanscon bersih Menyiapkan tisu dan Bengkok yang berisi cairan desinfektan Menyiapkan pengalas	Peserta melakukan tindakan poin berikut: Mencuci tangan Memakai hanscon bersih Menyiapkan tisu dan Bengkok yang berisi cairan desinfektan Menyiapkan Pengalas Tapi tidak sistematis	Peserta melakukan tindakan poin berikut: Mencuci tangan Memakai hanscon bersih Menyiapkan tisu dan Bengkok yang berisi cairan desinfektan Menyiapkan pengalas Secara tepat dan sistematis					4	

Jumlah total skor

Nilai akhir = $\frac{\text{-----}}{30} \times 100 =$

Jakarta,

.....

Penguji:

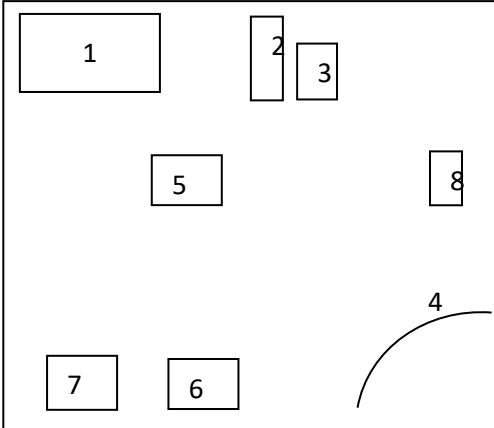
BLUE PRINT

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
2	Oksigenasi	Anak	Anak	Ranap	2, 4, 5, 6	▪ Diagnosis ▪ Pemberian oksigen nasal kanule . ▪ Perilaku profesional	Tidak ada	Anak usia 5 tahun	ya	1	Lince

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan oksigenasi pada klien anak di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemberian oksigen nasal kanule.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	SKENARIO KLINIK: Seorang anak laki-laki umur 5 tahun dengan diagnosis bronkopneumonia dirawat di ruang rawat Inap Anak. Hasil Pengkajian: ibu anak tersebut mengatakan anaknya sulit bernafas, pada pemeriksaan fisik didapatkan data, frekwensi nafas 45 x/menit, Frekwensi nadi 100 x per menit, terdengar \suara mengi (wheezing), ada tarikan dinding dada ke dalam dan terdapat pernafasan cuping hidung TUGAS: 1. Lakukan pengkajian fokus oksigenasi berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan yang ditegakkan sesuai kasus di atas dan rencana tindakan yang akan dilakukan.

		3. Lakukan pemberian terapi oksigen dengan aliran 2 lpm pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang anak laki-laki umur 5 tahun dengan diagnosis bronkopneumonia dirawat di ruang rawat Inap Anak. Hasil Pengkajian: ibu anak tersebut mengatakan anaknya sulit bernafas, pada pemeriksaan fisik didapatkan data, frekwensi nafas 45 x/menit, Frekwensi nadi 100 x per menit, terdengar \suara mengi (wheezing), ada tarikan dinding dada ke dalam dan terdapat pernafasan cuping hidung. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus oksigenasi berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan yang ditegakkan sesuai kasus diatas dan rencana tindakan yang akan dilakukan. 3. Lakukan pemberian terapi oksigen dengan aliran 2 lpm pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni, Pola pernapasan (frekuensi, kedalaman, penggunaan otot bantu napas), warna kulit dan membrane mukosa, adanya sianosis atau distress pernapasan 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengeluh sesak napas, napas cuping hidung, adanya tarikan dinding dada; frekuensi napas 45 kali per menit, frekuensi napas 100 kali per menit. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian terapi oksigen nasal kanule 2 lpm pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa sesak berkurang saat peserta melakukan evaluasi pola napas pasien setekah pemberian terapi oksigen 4. Monitor perilaku profesional peserta

		5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar (tidak menggunakan klien standar)	<i>Manekin yang diperlukan adalah manekin anak 5 tahun, laki – laki, lubang hidung dapat dimasukkan nasal canul sehingga dapat digunakan untuk pemasangan terapi oksigen serta pengukuran saturasi oksigen.</i>
10.	<i>Setting Station.</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Manekin anak - laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin anak 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolly tempat alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Cantumkan semua peralatan dan jumlah yang dibutuhkan untuk semua peserta ujian. Peralatan yang sudah tercantum adalah peralatan dasar yang diperlukan untuk semua station.</i> <i>Peralatan:</i> a) Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral) b) Selang nasal kanul

		c) <i>Flowmeter</i> oksigen d) <i>Humidifier</i> e) Cairan steril f) Stetoskope g) Bengkok <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran meng-0 kan kembali flowmeter oksigen, dan menutup akses sumber oksigen</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. <i>Ns. Lince Siringo ringo, M.Kep., sp Kep.An.</i>
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL**

PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL					
Definisi					
Memberikan tambahan oksigen dengan selang nasal untuk mencegah dan/atau mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan.					
Diagnosis Keperawatan					
– Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif – Gangguan Pertukaran Gas – Penurunan Curah Jantung – Perfusi Perifer Tidak Efektif – Risiko Penurunan Curah Jantung – Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif		– Risiko Syok – Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif – Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif – Risiko Gangguan Sirkulasi Standar Prosedur OperasionalIntan – Intoleransi Aktivitas – Ririko Intoleransi Aktivitas			
Luaran					
– Bersihan Jalan Napas Meningkat – Pertukaran Gas Meningkat – Curah Jantung Meningkat – Perfusi Perifer Meningkat – Perfusi Miokard Meningkat		– Tingkat Syok Menurun – Perfusi Perifer Meningkat – Perfusi Serebral Meningkat – Sirkulasi Standar Prosedur OperasionalIntan Meningkat – Toleransi Aktivitas Meningkat			
Prosedur		Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)					
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur					
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:					
a. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral)					
b. Selang nasal kanul					
c. <i>Flowmeter</i> oksigen					

d. <i>Humidifier</i> e. Cairan steril f. Stetoskope g. Bengkok 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Tuangkan cairan steril <i>Humidifier</i> sesuai batas 6. Pasang <i>flowmeter</i> dan <i>Humidifier</i> ke sumber oksigen 7. Sambungkan selang nasal kanul ke <i>Humidifier</i> 8. Atur aliran oksigen 2-4L/menit sesuai kebutuhan 9. Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul 10. Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung 11. Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya 12. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam 13. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi 14. Pasang tanda "oksigen sedang digunakan" di dinding dibelakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu 15. Bersihkan pasien dan alat-alat yang digunakan 16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 17. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan reStandar Prosedur Operasionalns pasien : a. Metode pemberian oksigen b. Kecepatan oksigen c. ReStandar Prosedur Operasionalns pasien d. Efek samping/merugikan yang terjadi				
Referensi				
PPNI (2021). Standar Prosedur Operasional Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI				

**FORM PENILAIAN
PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL**

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

**RUBRIK PENILAIAN
PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : Pola pernapasan (frekuensi, kedalaman, penggunaan otot bantu napas), warna kulit dan membrane mukosa , adanya sianosis atau distres pernapasan					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan					2	

berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah pemberian oksigen nasal kanule 2 lpm dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PEMBERIAN OKSIGEN DENGAN NASAL KANUL

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan pengkajian: - Pola pernapasan (frekuensi, kedalaman, penggunaan otot bantu napas), - warna kulit dan membrane mukosa, - adanya sianosis atau distres pernapasan	Peserta melakukan penilaian 1 dari 3 pengkajian yang fokus yang perlu dilakun	Peserta melakukan penilaian 2 dari 3 pengkajian yang fokus yang perlu dilakun	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian Peserta tidak melakukanb pengkajian: - Pola pernapasan (frekuensi, kedalaman, penggunaan otot bantu napas), - warna kulit dan membrane mukosa, - adanya sianosis atau distres pernapasan	1	
2. Diagnosis keperawatan	Peserta hanya menuliskan masalah keperawatan, bukan diagnosis lengkap	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Pola Napas Tidak Efektif, tanpa	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif berhubungan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Pola Napas Tidak Efektif bd (berhubungan dengan)	2	

		menyampaikan etiologi serta data pendukung	dengan hambatan upaya napas, namun data pendukung tidak disampaikan.	Hambatan upaya napas d.d (ditandai dengan) sesak napas, penggunaan otot bantu pernapasan, adanya nafas cuping hidung dan tarikan dinding dada ke dalam.		
3. Implementasi keperawatan	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen 25 % dari prosedur yang ditetapkan	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen 50 % dari prosedur yang ditetapkan	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen 75 % dari prosedur yang ditetapkan	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen dengan tepat dan cepat: 1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan: a. Sumber oksigen (tabung oksigen	5	

				atau oksigen sentral) b. Selang nasal kanul c. <i>Flowmeter</i> oksigen d. <i>Humidifier</i> e. Cairan steril f. Stetoskope g. Bengkok 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Tuangkan cairan steril <i>Humidifier</i> sesuai batas 6. Pasang <i>flowmeter</i> dan <i>Humidifier</i> ke sumber oksigen 7. Sambungkan selang nasal kanul ke <i>Humidifier</i> 8. Atur aliran oksigen 2-4L/menit sesuai kebutuhan		
--	--	--	--	--	--	--

				9. Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul 10. Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung 11. Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya 12. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam 13. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi		
--	--	--	--	--	--	--

				14. Pasang tanda "oksigen sedang digunakan" di dinding dibelakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu 15. Bersihkan pasien dan alat-alat yang digunakan 16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 17. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan reStandar Prosedur Operasionalns pasien : a) Metode pemberian oksigen b) Kecepatan oksigen c) ReStandar Prosedur Operasionalns pasien		
--	--	--	--	---	--	--

				d) Efek samping/merugikan yang terjadi		
4. Perilaku profesional	Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

	menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi			
--	---	---	---	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

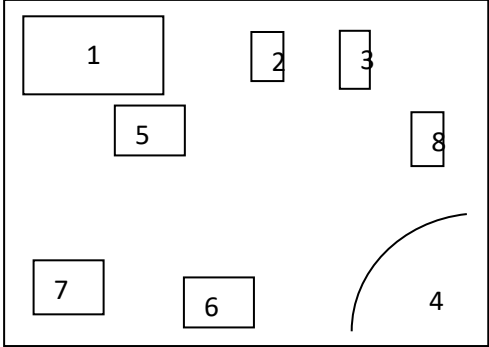
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah Soal	PJ
2	Oksigenasi	Dewasa	KMB	Ranap	2, 4, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Penghisapan jalan napas .	Perempuan, 35 tahun	Ya, usia 68 tahun	ya	1	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan oksigenasi pada klien anak di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, melakukan penghisapan jalan napas.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 68 tahun dirawat di ranap dewasa dengan stroke hemoragic hari ke-2. Hasil pengkajian: pasien tidak sadar, tidak mampu batuk, sputum berlebih, suara napas tambahan <i>wheezing</i>, saturasi oksigen 95%, frekuensi napas 16 kali per menit, tekanan darah 210/100 mmHg. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan penghisapan jalan napas (<i>suction</i>) pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 68 tahun dirawat di ranap dewasa dengan stroke hemoragic hari ke-2, riwayat hipertensi. Hasil pengkajian: pasien tidak sadar, tidak mampu batuk, sputum berlebih, suara napas tambahan <i>wheezing</i>, saturasi oksigen

		95%, frekuensi napas 16 kali per menit, tekanan darah 210/100 mmHg. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan penghisapan jalan napas (suction) pada manekin. <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni sputum berlebih, pemeriksaan suara napas tambahan. Pada saat peserta meletakkan stetoskop pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa suara napas tambahan <i>wheezing</i>. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan tidak mampu batuk, sputum berlebih, suara napas tambahan wheezing, saturasi oksigen 95%, frekuensi napas 16 kali per menit, tekanan darah 210/100 mmHg. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam penghisapan jalan napas (suction) pada manekin. 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 8 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien dengan stroke hemoragic hari ke-2, riwayat hipertensi, masuk rumah sakit karena jatuh tidak sadarkan diri)</i> 3. <i>Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama saat usia 60 tahun.</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</i> 6. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa beraktifitas kembali)</i> 7. <i>KS tiduran di bed, sambil berbaring lateral tidak sadarkan diri. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana</i>

		<i>terdengar bunyi gurgling (ngorok) saat tiduran serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa laki-laki, digunakan untuk penghisapan jalan napas (suction) dan pengukuran saturasi oksigen.</i>
10.	<i>Setting Station:</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin Dewasa - Laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin dewasa serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. <i>Sarung tangan steril (untuk naso-faring, trakea dan ETT) atau sarung tangan bersih (untuk mulut): 1</i> 2. <i>Masker dan google, jika perlu: 1</i> 3. <i>Selang suction, sesuai ukuran: 1 set</i> 4. <i>Selang penyambung: 1 set</i> 5. <i>Mesin suction: 1 set</i> 6. <i>Kom steril berisi cairan steril: 1</i> 7. <i>Tisu: 1</i> 8. <i>Pengalas: 1</i> 9. <i>Sumber oksigen: 1</i> 10. <i>Stetoskop: 1</i> 11. <i>Oksimetri nadi: 1</i> <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i>

		a. Wijayanti, S. Kep., Ns., M.Kep. b. ITS PKU Muhammadiyah Surakarta
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PENGHISAPAN JALAN NAPAS**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <i>a. Sarung tangan steril (untuk naso-faring, trakea dan ETT) atau sarung tangan bersih (untuk mulut)</i> <i>b. Masker dan google, jika perlu</i> <i>c. Selang suction, sesuai ukuran</i> <i>d. Selang penyambung</i> <i>e. Mesin suction</i> <i>f. Kom steril berisi cairan steril</i> <i>g. Tisu</i> <i>h. Pengalas</i> <i>i. Sumber oksigen</i> <i>j. Stetoskop</i> <i>k. Oksimetri nadi</i>				
	3. Mencuci tangan 6 langkah				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sd 30 : sistematis)				
	11. Posisikan semi-fowler				
	12. Auskultasi suara napas				

	13. Pasang oksimetri nadi				
	14. Latakkan pengalas di bawah dagu atau dada				
	15. Hubungkan selang penyambung ke mesin suction				
	16. Hubungkan selang penyambung ke ujung selang suction				
	17. Nyalakan mesin suction dan atur tekanan negative (dewasa 150 mmHg)				
	18. Berikan oksigen 100% minimal 30 detik dengan selang oksigen				
	19. Pasang sarung tangan steril				
	20. Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik				
	21. Lakukan penghisapan pada ETT terlebih dahulu lalu hidung dan terpasang ETT				
	22. Bilas selang suction dengan cairan steril				
	23. Berikan kesempatan bernapas 3-5 kali sebelum penghisapan berikutnya				
	24. Monitor saturasi oksigen selama penghisapan				
	25. Lepas dan buang selang suction				
	26. Matikan mesin suction				
	27. Auskultasi Kembali suara napas				
	28. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	29. Lepaskan sarung tangan				
	30. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
D	Tahap terminasi				
	31. Simpulkan kegiatan				
	32. Evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	33. Reinforcement positif				
	34. Kontrak waktu selanjutnya				

	35. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	36. Dokumentasikan hari_tanggal_jam, kegiatan, warna, jumlah, konsistensi sputum, kemampuan batuk, saturasi oksigen, dan suara napas, serta reStandar Prosedur Operasionalns pasien				
F	Penampilan Profesional				
	37. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif.				

FORM PENILAIAN
PENGHISAPAN JALAN NAPAS DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
PENGHISAPAN JALAN NAPAS DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian sputum berlebih, suara napas tambahan <i>wheezing</i> pada klien. Peserta meletakkan stetoskop dengan tepat pada dada manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta					2	

menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah penghisapan jalan napas dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PENGHISAPAN JALAN NAPAS DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian sputum berlebih, suara napas tambahan wheezing	Peserta melakukan penilaian sputum berlebih, suara napas tambahan wheezing, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian saturasi oksigen dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian sputum berlebih, suara napas tambahan wheezing pada manekin (dengan pengujian menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi pengujian saat peserta memeriksa dada manekin dengan stetoskop dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario:	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: bersihan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: bersihan jalan napas tidak efektif	2	

	tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	pola napas tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan tidak mampu batuk, sputum berlebih, suara napas tambahan wheezing, saturasi oksigen 95%, frekuensi napas 16 kali per menit, tekanan darah 210/100 mmH		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pemberian oksigen nasal kanule, namun memberikan modalitas oksigen yang lainnya	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen dengan tepat: Lima prinsip pemberian nasal kanule diberikan dengan tepat 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat: pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. hand hygiene 3. modalitas tepat yang digunakan: Penghisapan jalan napas	5	

				4. Sistematis (pastikan Posisikan semi-fowler , Auskultasi suara napas, Pasang oksimetri nadi, Letakkan pengalas di bawah dagu atau dada, Hubungkan selang penyambung ke mesin suction, Hubungkan selang penyambung ke ujung selang suction, Nyalakan mesin suction dan atur tekanan negative (dewasa 150 mmHg), Berikan oksigen 100% minimal 30 detik dengan selang oksigen, Pasang sarung tangan steril, Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik, Lakukan penghisapan pada ETT terlebih dahulu lalu hidung dan		
--	--	--	--	---	--	--

				terpasang ETT, Bilas selang suction dengan cairan steril, Berikan kesempatan bernapas 3-5 kali sebelum penghisapan berikutnya, Monitor saturasi oksigen selama penghisapan, Lepas dan buang selang suction, Matikan mesin suction, Auskultasi Kembali suara napas, Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan, Lepaskan sarung tangan, Lakukan kebersihan tangan 6 langkah, monitor setelah penghisapan jalan napas (subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene 5. Dokumentasikan prosedur		
--	--	--	--	--	--	--

				(hari_tanggal_jam, kegiatan, warna, jumlah, konsistensi sputum, kemampuan batuk, saturasi oksigen, dan suara napas, serta reStandar Prosedur Operasionalns pasien		
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1.Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2.Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1.Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2.Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

	3.Melakukan tindakan sesuai prioritas 4.Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5.Menjaga privasi	3.Melakukan tindakan sesuai prioritas 4.Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5.Menjaga privasi	3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi			
--	--	--	---	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

SIRKULASI

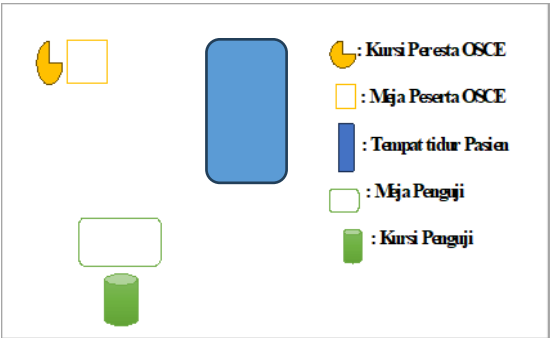
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
3	Sirkulasi	Dewasa	IGD	IGD	2, 3, 6	Pengkajian ABC, Diagnosis	Laki-laki 58 tahun	Ya, Usia dewasa	Ya	1	

SOAL OSCE KEPERAWATAN TENTANG KEBUTUHAN SIRKULASI

1.	Nomor station	...
2.	Judul station	Kebutuhan sirkulasi pada klien dewasa di unit gawat darurat
3.	Waktu yang dibutuhkan	10 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan melakukan pengkajian reStandar Prosedur Operasionaln pasien henti napas dan henti jantung, penegakan diagnosis dan perencanaan serta tindakan Resusitasi Jantung Paru
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki usia 58 tahun tiba di Unit Gawat Darurat dengan keluhan nyeri dada yang hebat disertai sesak napas. Saat dibawa masuk, dan akan dibaringkan di brankar pasien tidak bereStandar Prosedur Operasionaln dan tiba-tiba pasien tersebut mengalami kehilangan kesadaran. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian terhadap reStandar Prosedur Operasionalns, nadi karotis dan pernapasan pasien 2. Lakukan tindakan yang sesuai dengan hasil pengkajian.

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 58 tahun tiba di Unit Gawat Darurat dengan keluhan nyeri dada yang hebat disertai sesak napas. Saat dibawa masuk, dan akan dibaringkan di brankar pasien tidak bereStandar Prosedur Operasionaln dan tiba-tiba pasien tersebut mengalami kehilangan kesadaran. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian terhadap reStandar Prosedur Operasionalns, nadi karotis dan pernapasan pasien. 2. Lakukan tindakan yang sesuai dengan hasil pengkajian. <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam melakukan pengkajian terhadap reStandar Prosedur Operasionalns, nadi karotis dan pernapasan klien. 2. Menilai kemampuan peserta dalam melakukan resusitasi jantung paru (RJP) secara benar dan sistematis. 3. Menyampaikan kepada peserta bahwa klien tidak mereStandar Prosedur Operasionaln rangsangan/stimulus ketika peserta mengkaji reStandar Prosedur Operasionaln pasien . 4. Saat peserta meraba nadi karotis, sampaikan nadi tidak teraba, dan jika peserta memeriksa pernapasan, sampaikan pernapasan tidak ada 5. Menilai keterampilan peserta dalam melakukan RJP sebanyak 5 siklus (posisi tangan saling menumpu, tegak lurus dan diposisikan di pertengahan dada atau, kedalaman kompresi 5-6 cm dengan kecepatan 100x/menit, rasio kompresi : ventilasi = 30:2, sebanyak 5 siklus selama 2 menit). 6. Setelah peserta ujian melakukan RJP 5 siklus dan melakukan pengecekan nadi dan pernapasan, penguji menyampaikan bahwa nadi telah teraba dan napas belum ada 7. Setelah peserta ujian melakukan ventilasi sebanyak 10x/menit (tiap 6 detik) dan mahasiswa menilai nadi kembali setelah 2 menit, penguji menyampaikan nadinya sudah teraba dan jika mahasiswa menilai pernapasan, sampaikan pernafasan sudah Standar Prosedur Operasionalntan.
----	-------------------------	--

		8. Minta peserta untuk memberikan posisi pemulihan/recovery position.
9.	Instruksi untuk pasien standar dan manekin	1. Masuk ruangan dengan keluhan nyeri dada dan sesak napas sambil memegang dada kiri serta sesak napas, menunjukkan sesak, napas dangkal, tarikan dinding dada. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap 2. Saat tiba di tempat tidur pingsan dan tidak sadarkan diri 3. Saat dipanggil oleh perawat, tidak bereaksi Standar Prosedur Operasional. 4. Manekin dewasa dilengkapi dengan indikator ketepatan ventilasi dan kompresi 5. Diletakkan di atas tempat tidur menggantikan pasien standar
10.	<i>Setting station</i>	Tata Letak Ruangan: 
11	Peralatan yang dibutuhkan	1. Manikin RJP Dewasa 1 buah 2. Tempat tidur 1 buah 3. Bag Valve Mask (BVM) atau Ambu bag 1 set 4. Tabung oksigen/oksigen sentral 1 set 5. Jam tangan 1 bh 6. Stetoskop 1 bh 7. Meja penguji 1 bh 8. Kursi penguji 1 bh 9. Kursi peserta ujian 1 bh 10. Tempat sampah 1 bh 11. Tisu secukupnya 12. Handscoon 2 pasang

		13. Bengkok 1 bh
12	Penulis	Yublina Rohi, SST., Keb., M.Kes. Prodi Keperawatan Waingapu
13	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
		Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI . Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL RESUSITASI JANTUNG PARU

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. Bag Valve Mask (BVM) atau Ambu bag 1 set b. Tabung oksigen/oksigen sentral 1 set c. Jam tangan 1 bh d. Stetoskop 1 bh e. Meja penguji 1 bh f. Kursi penguji 1 bh g. Kursi peserta ujian 1 bh h. Tempat sampah 1 bh i. Tisu secukupnya j. Handscoon 2 pasang k. Bengkok 1 bh				
B	Tahap orientasi -				
C	Tahap Kerja				
	1. Memeriksa reStandar Prosedur Operasionaln pasien dengan memanggil, menepuk bahu dan atau memberikan rangsangan nyeri 2. Mengaktifkan <i>emergency medical system</i> atau berteriak meminta tolong 3. Memasang sarung tangan bersih, jika memungkinkan 4. Mengatur posisi penolong berlutut di samping dada pasien (jika pasien di lantai) atau berdiri disamping dada pasien (jika pasien di tempat tidur) 5. Melakukan pemeriksaan nadi karotis dan nafas secara bersamaan dalam waktu kurang dari 10 detik 6. Melakukan <i>rescue breathing</i> jika nadi karotis teraba tapi tidak ada nafas 7. Melakukan kompresi dada jika nadi karotis tidak teraba: a. Posisikan tumit telapak tangan menumpuk di atas telapak tangan yang lain tegak lurus pada pertengahan dada atau seperdua bawah sternum				

	b. Lakukan kompresi dada dengan kecepatan 100 -120 kali/menit dan kedalaman 5-6 cm 8. Membuka dan membersihkan jalan nafas dengan teknik <i>head till-chin lift</i> atau <i>jaw thrust</i> (jika curiga cedera servikal) 9. Memberikan bantuan nafas (ventilasi) 2 kali dengan menggunakan BVM melakukan kompresi dan ventilasi dengan kombinasi 30:2 sebanyak 5 siklus atau sekitar 2 menit 10. Memeriksa nadi karotis dan napas setiap 2 menit atau 5 siklus a. Melakukan RJP kembali jika nadi karotis belum teraba b. Melakukan rescue breathing 10 – 12 kali /menit jika nadi karotis teraba dan napas tidak ada 11. Memberikan posisi pemulihan (<i>recovery position</i>) jika nadi karotis dan napas ada namun belum sadar yaitu posisi sim atau miring jika pasien di lantai atau setengah duduk jika pasien di tempat tidur. 12. Melepas sarung tangan Mencuci tangan dengan 6 langkah				
D.	Tahap terminasi 1. Simpulkan kegiatan 2. Evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif) 3. Reinforcement posirif 4. Kontrak waktu selanjutnya 5. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap dokumentasi Mendokumentasikan tindakan dalam catatan implementasi keperawatan yaitu hari_tanggal_jam, kegiatan ataun tindakan yang diberikan serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional 1. Aman, 2. Nyaman, 3. Teliti, 4. Cermat, 5. Tepat, 6. ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

FORM PENILAIAN
SIRKULASI PASIEN DEWASA DI UNIT GAWAT DARURAT

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S x B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
KEBUTUHAN SIRKULASI PASIEN DEWASA DI UNIT GAWAT DARURAT

II. RUBRIK

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S x B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus: mengkaji reStandar Prosedur Operasionalns pasien dengan memanggil nama pasien dan memberikan rangsangan pada tubuh pasien, memeriksa denyut nadi karotis dengan meraba nadi karotis dengan tepat serta mengkaji pernapasan (hasil dijawab oleh penguji sesuai skenario)					1	
2. Diagnosis Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario					2	

3. Implementasi Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah melakukan resusitasi jantung paru dengan tepat dan sistematis yaitu memposisikan tangan dengan benar pada tengah dada (1/3 tulang dada), kedua lengan lurus menumpu berat badan, kedalaman kompresi 5-6 cm, kompresi dada 30x : Ventilasi 2x, melakukan <i>rescue breathing</i> setiap 6 detik selama 2 menit dan evaluasi setelah 2 menit					5	
4. Perilaku profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien, melakukan tindakan sesuai prioritas, menunjukkan sikap empati dan menghargai serta menjaga privasi pasien					2	

III. GLOBAL PERFORMANCE

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan peserta ujian!

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN KEBUTUHAN SIRKULASI PASIEN DEWASA DI UNIT GAWAT DARURAT

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S x B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian	Peserta tidak melakukan pengkajian reStandar Prosedur Operasionaln pasien, nadi karotis dan pernapasan	Peserta melakukan salah satu tindakan di bawah ini: 1. Mengecek reStandar Prosedur Operasionalns pasien 2. Mengecek nadi karotis dan pernapasan	Peserta melakukan semua tindakan di bawah ini tetapi belum tepat: 1. Mengecek reStandar Prosedur Operasionalns pasien 2. Mengecek nadi karotis dan pernapasan	Peserta melakukan semua tindakan di bawah ini dengan tepat dan sistematis: 1. Mengecek reStandar Prosedur Operasionalns pasien 2. Mengecek nadi karotis dan pernapasan	1	
2. Menetapkan diagnosis	Peserta tidak mampu menetapkan diagnosis	-	-	Peserta mampu menetapkan diagnosis dengan tepat dan benar	2	

3. Implementasi RJP	Peserta tidak mengimplemen tasi tindakan RJP sesuai prosedur	Peserta melakukan sebagian tindakan di bawah ini: 1. Posisi tangan di tengah dada 2. Kedua lengan lurus menumpu berat badan 3. Kedalaman kompresi 5-6 cm 4. Kompresi dada 30x : Ventilasi 2x. 5. Melakukan <i>rescue breathing</i> setiap 6 detik selama 2 menit 6. Evaluasi setelah 2 menit	Peserta melakukan semua tindakan di bawah ini tetapi belum tepat: 1. Posisi tangan di tengah dada 2. Kedua lengan lurus menumpu berat badan 3. Kedalaman kompresi 5-6 cm 4. Kompresi dada 30x : Ventilasi 2x. 5. Melakukan <i>rescue breathing</i> setiap 6 detik selama 2 menit 6. Evaluasi setelah 2 menit	Peserta melakukan semua tindakan di bawah ini dengan tepat dan sistematis: 1. Posisi tangan di tengah dada 2. Kedua lengan lurus menumpu berat badan 3. Kedalaman kompresi 5-6 cm 4. Kompresi dada 30x : Ventilasi 2x. 5. Melakukan <i>rescue breathing</i> setiap 6 detik selama 2 menit 6. Evaluasi setelah 2 menit	5	
---------------------	--	--	--	---	---	--

4. Perilaku profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan hal berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati dan menghargai.	Meminta izin secara lisan dan melakukan 1-2 hal berikut : 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati dan menghargai.	Meminta izin secara lisan dan melakukan 3 hal berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati dan menghargai	Meminta izin secara lisan dan melakukan hal di bawah ini secara lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati dan menghargai	2	
-------------------------	--	---	---	---	---	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = $\frac{\text{-----}}{30} \times 100 =$

Jakarta,

.....
Penguji :

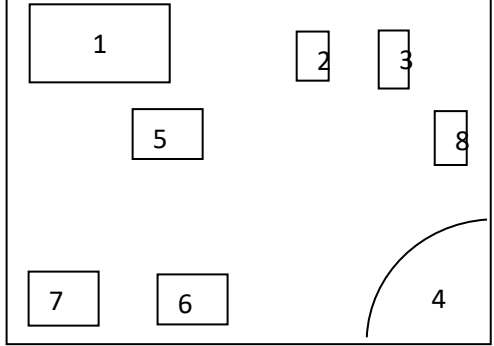
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
3	Sirkulasi	Dewasa	IGD	IGD	4, 5, 6	Pengkajian ABC, Diagnosis	Laki-laki, 21 tahun	Ya, seusia 21 tahun	ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Sirkulasi pada kegawatdarutaran dewasa di IGD
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan Sirkulasi , mengevaluasi hasil Tindakan RJP
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang usia 21 tahun di bawa ke IGD akibat terjadi laka dengan tidak sadarkan diri tidak terdengar denyut nadi. Terdengar suara napas grok grok. <u>TUGAS:</u> 1. Rencanakan Tindakan dan tuliskan pada dokumen yang disiapkan 2. Lakukan Tindakan RJP pada manekin 3. Lakukan evaluasi airway, breathing dan sirkulasi pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang usia 21 tahun di bawa ke IGD akibat terjadi laka dengan tidak sadarkan diri tidak terdengar denyut nadi. Terdengar suara napas grok grok. <u>TUGAS:</u> 1. Rencanakan Tindakan keperawatan 2. Lakukan Tindakan RJP pada manekin 3. Lakukan evaluasi airway, breathing dan sirkulasi pada manekin

		<u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> <u>Instruksi Umum</u> 1. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik. 2. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi berupa pertanyaan, maupun reStandar Prosedur Operasionaln non verbal/gerakan kepada peserta selain yang ditentukan. 3. Penguji menilai kemampuan peserta uji dalam melakukan RJP secara benar dan sistematis. <u>Instruksi Khusus</u> 1. Penguji menilai rencana tindakan keperawatan yang di tegakan oleh Peserta <i>Melakukan RJP</i> 2. Pada saat peserta melakukan inspeksi dada pasien penguji menyampaikan nafas cepat 50x/menit 3. Pada saat peserta melakukan auskultasi dada klien, penguji menyampaikan terdengar suara grok grok. 4. Menilai keterampilan peserta uji dalam melakukan postural drainage meliputi perkusi dan fibrasi. 5. Setelah peserta uji melakukan perkusi dan fibrasi, penguji menyampaikan terdengar suara grok grok di trachea 6. Setelah peserta uji melakukan pengeluaran dahak pada klien, penguji menyampaikan sekretnya telah keluar. 7. Penguji menilai kemampuan peserta dalam mengevaluasi airway, breathing dan sirkulasi Ketika peserta mendengarkan suara nafas, sampaikan suara nafas bersih, ketika memeriksa pernafasan sampaikan frekuensi pernafasan 32 x/menit dan ventilasi adekuat.
9.	Instruksi untuk klien standar dan manekin	Nama : Tn. X Usia : 21 tahun Jenis Kelamin : Laki-laki Harapan Keluarga : Pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat. Peran yang dilakukan : KS tiduran di bed, sambil posisi diam terkulai lemah tidak sadarkan diri, menunjukkan nafas cepat, napas dangkal, tarikan dinding dada. Manekin Dewasa yang digunakan untuk Tindakan RJP
10.	Setting Station.	Ruangan IGD - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa - laboran

		<i>Tata letak ruang:</i> - Tempat tidur dan manekin dewasa serta KS - Meja penguji - Kursi penguji - Pintu masuk - Trolley t4 alat - Wastafel - Tempat sampah - Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> - Manekin dewasa: 1 set - Kursi: 1 - Handuk: 1 - Bengkak: 1 - Tissue dalam kom: 1 - Air minum hangat: 1 - Stetoskop: 1 - Tabung oksigen siap pakai ukuran kecil: 1 <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</i>
12.	Penulis	- Muhamad Nor Mudhofar, SPd., MKes - Poltekkes Kemenkes Semarang Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Blora
13.	Referensi	Smeltzer, S.C & Bare, B.G (2000). <i>Textbook of medical surgical nursing</i>. Philadelphia: JB. Lippincott Zimetbaum, P. J , M.D. 2003. Use of the Electrocardiogram in Acute Myocardial Infarction. <i>nejm</i>, 348:933-40 Boston, MA. 2006. Environ Health Perspect. <i>bmj</i>, 115:53-57 Aesculapius, M. 2000. Infark miokard Akut. <i>Kapita Selekt Kedokteran</i>. 437-440 Wiknjosastro H, SaifuddinAB, Rachimhadi T. Tindakan Operatif Dalam Kala Uri. Dalam: Ilmu Bedah Kebidanan. Edisi 3. Jakarta: YBP-SP. 2002.

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
TINDAKAN SIRKULASI (RJP)**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. <i>Manekin dewasa</i> b. <i>Kursi</i> c. <i>Handuk</i> d. <i>Bengkak</i> e. <i>Tissue dalam kom</i> f. <i>Air minum hangat</i> g. <i>Stetoskop</i> h. <i>Tabung oksigen sipa pakai ukuran kecil</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sd 19 : sistematis)				
	11. Slap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	12. hand hygiene				
	13. modalitas tepat yang digunakan : posisi (dasar instruksi skenario)				
	14. mengkaji kesadaran (memanggil nama,menepuk bahu, palpasi, nadi karotis)				
	15. posisi tangan di Tengah dada				
	16. kedua lengan lurus menumpu berat badan				
	17. kedalaman kompresi 5 cm				
	18. lampu indicator kompresi dan ventilasi tepat				
	19. kompresi 30X, ventilasi 2X tiupan				
D	Tahap terminasi				
	20. simpulkan kegiatan				

	21. evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	22. reinforcement positif				
	23. kontrak waktu selanjutnya				
	24. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	25. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	26. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

**FORM PENILAIAN
SIRKULASI (RJP) DI RUANG IGD**

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Implementasi Keperawatan					5	
2. Evaluasi					3	
3. Perilaku Profesional					2	

**RUBRIK PENILAIAN
SIRKULASI (RJP) DI RUANG IGD**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Implementasi Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud: penilaian tindakan RJP dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performe untuk masing-masing skor (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					5	
2. Evaluasi Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan tindakan , menilai perform selama tindakan yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					3	

3. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	
--	--	--	--	--	---	--

III. Global Performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN SIRKULASI (RJP) DI RUANG IGD

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan implementasi sesuai prosedur RJP 1. Mengkaji kesadaran (memanggil nama, menepuk bahu, palpasi nadi karotis) 2. Posisi tangan di tengah dada 3. Kedua lengan lurus menumpu berat badan 4. Kedalaman kompresi 5 cm 5. Lampu indikator kompresi dan ventilasi tepat	Peserta melakukan Tindakan RJP, namun hanya memenuhi 1-2-5 dari 7 prinsip dengan tepat: 1. Mengkaji kesadaran (memanggil nama, menepuk bahu, palpasi nadi karotis) 2. Posisi tangan di tengah dada 3. Kedua lengan lurus menumpu berat badan 4. Kedalaman kompresi 5 cm 5. Lampu indikator kompresi dan ventilasi tepat 6. Kompresi 30x : Ventilasi 2x	Peserta melakukan Tindakan RJP, namun hanya 3-4-6-7 dari 7 prinsip dengan tepat: 1. Mengkaji kesadaran (memanggil nama, menepuk bahu, palpasi nadi karotis) 2. Posisi tangan di tengah dada 3. Kedua lengan lurus menumpu berat badan 4. Kedalaman kompresi 5 cm 5. Lampu indikator kompresi dan ventilasi tepat 6. Kompresi 30x : Ventilasi 2x sebanyak	Peserta melakukan semua poin dibawah ini dengan tepat dan sistematis : 1. Mengkaji kesadaran (memanggil nama, menepuk bahu, palpasi nadi karotis) 2. Posisi tangan di tengah dada 3. Kedua lengan lurus menumpu berat badan 4. Kedalaman kompresi 5 cm 5. Lampu indikator kompresi dan ventilasi tepat	5	

	6. Kompresi 30x : Ventilasi 2x sebanyak 5 siklus selama 2 menit. 7. Evaluasi akhir siklus	sebanyak 5 siklus selama 2 menit. 7. Evaluasi akhir siklus	5 siklus selama 2 menit. 7. Evaluasi akhir siklus	6. Kompresi 30x : Ventilasi 2x sebanyak 5 siklus selama 2 menit. 7. Evaluasi akhir siklus		
Evaluasi tanda-tanda kegawatan	Peserta tidak melakukan implementasi: 1. Airway 2. Breathing 3. sirkulasi	Peserta melakukan hanya 1 poin yang benar: 1. Airway 2. Breathing 3. sirkulasi	Peserta melakukan hanya 2 poin: 1. Airway 2. Breathing 3. sirkulasi	Peserta melakukan semua poin dibawah ini dengan tepat dan sistematis : 1. Airway 2. Breathing 3. sirkulasi	3	
Perilaku profesional	Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	2	

	kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi klien	3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi klien	4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi klien	3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi klien		
--	--	--	--	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji :

CAIRAN DAN ELEKTROLIT

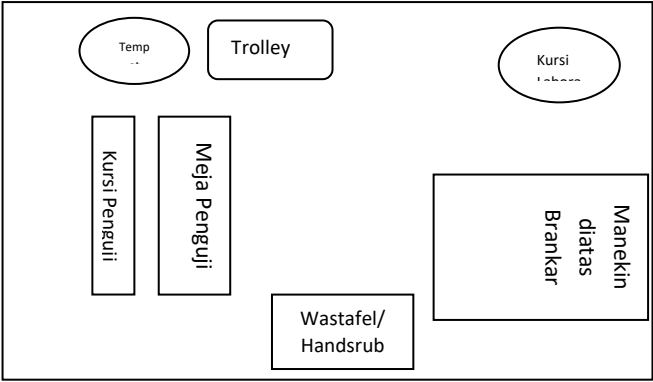
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
4	Cairan dan elektrolit	Dewasa	KMB	Ranap	2, 3,4, 6	Pengkajian, diagnosis dan perencanaan, implementasi Pemasangan infus, perilaku profesional	Laki-laki, 28 tahun	Ya, manekin lengan	Ya	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	3
2.	Judul station	Kebutuhan cairan pada klien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan menegakkan diagnosis keperawatan, melakukan tindakan pemasangan infus , melakukan evaluasi keperawatan dengan memperhatikan perilaku profesional
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan Perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku Professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan Elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan Istirahat 9. Seksual dan Reproduksi
7.	Instruksi untuk Peserta Uji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki usia 47 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis DHF. Pada saat pengkajian pasien mengeluh lemah, turgor kulit kurang elastis. Hasil pemeriksaan fisik tekanan darah 90/60 mmHg, frekuensi nadi 105 x/menit, cepat dan lemah. Hasil pemeriksaan laboratorium: trombosit 90.000/ul, Ht 47% <u>TUGAS PESERTA:</u> 1. Lakukan pengkajian riwayat kesehatan pada pasien 2. Tegakkan diagnosis keperawatan dan tuliskan pada dokumen yang disiapkan 3. Lakukan tindakan pemasangan infus pada manekin
8.	Instruksi untuk Penguji	<u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> <u>Instruksi Umum</u> 1. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik. 2. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi berupa pertanyaan, maupun reStandar Prosedur Operasionaln non verbal/gerakan kepada peserta selain yang ditentukan.

		3. Penguji menilai kemampuan peserta uji dalam melakukan pemasangan infus secara benar dan sistematis. Instruksi Khusus 1. Penguji menilai masalah keperawatan yang ditegakkan oleh peserta <i>Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan membran kapiler dibuktikan dengan DS: Pasien mengatakan demam, lemas, DO: tekanan darah 90/60 mmHg, frekuensi nadi 105 x/menit, cepat dan lemah, turgor kulit kurang elastis, Ht 47%</i> 2. Menilai keterampilan peserta uji dalam melakukan pemasangan infus (<i>menentukan vena yang akan ditusuk, melakukan desinfeksi, memasang torniket, menusukkan kateter intravena ke dalam vena yang dipilih, menyambungkan kateter intravena dengan selang infus, memeriksa kelancaran aliran infus</i>).
9.	Instruksi untuk klien standar dan manekin	Nama : Tn. A Usia : 28 tahun Jenis kelamin : Perempuan Pekerjaan : Karyawan swasta Status : Menikah Pendidikan terakhir : S1 Riwayat penyakit sekarang • Keluhan utama: Demam, lemas • Sejak kapan: 2 hari sebelum masuk RS • Perjalanan penyakit: Demam naik turun sejak 2 hari sebelum masuk RS • Keluhan lain terkait keluhan utama: tidak ada • Tidak ada alergi • Tidak pernah periksa laboratorium sebelumnya • Di lingkungan rumah pasien ada yang sakit DBD Riwayat penyakit dahulu • Tidak ada Riwayat penyakit keluarga • Tidak ada Riwayat kebiasaan sosial • Olah raga: Tidak pernah • Riwayat lingkungan dan kebiasaan sehari-hari: Tinggal di daerah yang padat dan tinggal bersama dengan keluarga yang lain

		Pasien dan keluarga punya kebiasaan menggantung pakaian dan jarang membersihkan bak mandi
10.	Setting station	1. Poliklinik 2. Unit Gawat Darurat 3. Ruang Rawat Inap 4. Ruang Keluarga 5. Komunitas 
11.	Peralatan yang dibutuhkan	Manekin Dewasa/Phantom 1 buah Infus set 1 buah Abocath no.20 1 buah Alcohol swab Torniket NaCl 0,9% 500 ml 1 buah Bengkok 1 buah Sarung tangan bersih 1 buah
12.	Penulis Reviewer	Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep., M.B.
13.	Institusi / Bagian	Prodi D3 Ilmu Keperawatan Akademi Keperawatan Pasar Rebo
14.	Referensi	1. Black, M.J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Vol. 3. Rizal Ashari Nampira, dkk. Alih Bahasa. Singapore: Elsevier. 2. Potter, P. A., & Penapasy, A. G. (2005). Fundamentals of nursing: concept, process, and practice. Mosby: Year Book Inc. 3. Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2017). Text Book of Medical and Surgical Nursing. 11 edition. Lippincot: Philadelphia. 4. Sudoyo, A. W., Sutiyohadi, B., Alwi, A., Sunadibrata, M., Setoiati, S. (2015). Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMASANGAN INFUS**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)				
2	Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur				
3	Siapkan alat dan bahan yang diperlukan a. Sarung tangan, jika perlu b. Torniket c. Kateter intravena sesuai ukuran (lihat tabel dibawah) d. Alkohol swab e. Balutan transparan (transparent dressing) atau kasa f. Plester g. Set infus atau injection plug h. Cairan infus, jika perlu i. Pengalas j. Bengkok				
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
5	Siapkan cairan infus (jika akan diberikan terapi cairan: a. Sambungkan set infus dengan wadah cairan b. Pastikan rol klem terkunci dan isi setengah bilik (chamber) infus dengan cairan infus c. Alirkan cairan infus hingga seluruh selang terisi cairan infus d. Pastikan tidak ada gelembung udara di sepanjang selang infus				
6	Atur posisi senyaman mungkin				
7	Pilih vena yang akan diinsersi. a. Prioritaskan memasang infus pada vena di ekstremitas non dominan (bila dominan tangan kanan, maka pasang infus ditangan kiri), b. Cari vena yang lurus, cukup besar, dapat dipalpasi, dan jauh dari persendian. c. Hindari memasang vena pada ekstremitas yang kontraindikasi seperti ada luka, fistula, untuk dialisis, riwayat mastektomi.				
8	Letakkan pengalas di bawah lengan pasien				
9	Pasang sarung tangan bersih				

10	Rangsang vena yang akan ditusuk a. Dilatasi vena dengan memasang torkinet 15-20 cm diatas vena yang akan ditusuk b. Posisikan area yang akan ditusuk lebih rendah dari jantung c. Minta pasien untuk mengepalkan telapak tangan d. Masase vena yang akan ditusuk dari arah distal (bawah) ke proksimal (atas) e. Kompres hangat pada area yang akan ditusuk				
11	Bersihkan daerah yang akan ditusuk dengan menggunakan alkohol swab				
12	Regangkan kulit dibawah vena yang akan ditusuk dengan menggunakan tangan yang tidak dominan				
13	Inserikan/tusuk kateter infus pada vena dengan sudut 10-30° dengan tangan dominan				
14	Rendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada ruang kateter dan Tarik sedikit stilet-nya				
15	Dorong kateter hingga mencapai pangkalnya				
16	Lepaskan torniket				
17	Tekan ujung kateter yang berada didalam vena dan lepaskan stilet dari kateter				
18	Sambungkan kateter infus dengan set infus atau injection plug yang telah disiapkan sebelumnya				
19	Pasang balutan transparan pada area insersi				
20	Berikan label pada balutan transparan dan tuliskan tanggal dan waktu pemasangan				
21	Rapikan pasien dan peralatan yang digunakan				
22	Lepaskan sarung tangan				
23	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
24	Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan reStandar Prosedur Operasionalns pasien				

FORM PENILAIAN
CAIRAN DAN ELEKTROLIT DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					2	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					4	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
CAIRAN DAN ELEKTROLIT DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus: pengkajian riwayat kesehatan masa lalu riwayat kesehatan saat ini, riwayat minum obat, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					2	

2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah pemasangan infus dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					4	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

II. Global Performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN KEBUTUHAN CAIRAN PADA KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	SKOR (S)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan	Peserta tidak melakukan pengkajian riwayat kesehatan atau pengkajian tidak tepat	Peserta melakukan pengkajian salah satu dari pengkajian berikut: riwayat kesehatan masa lalu riwayat kesehatan saat ini riwayat minum obat	Peserta melakukan 2 jenis pengkajian dari pengkajian berikut: pengkajian riwayat kesehatan masa lalu riwayat kesehatan saat ini riwayat minum obat	Peserta melakukan seluruh pengkajian dengan tepat	2	
2. Diagnosis Keperawatan	Peserta tidak menuliskan masalah keperawatan atau masalah keperawatan salah Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan membran kapiler dibuktikan dengan DS: Pasien mengatakan demam, lema, DO: tekanan darah 90/60 mmHg, frekuensi nadi 105 x/menit, cepat	Peserta hanya menuliskan masalah keperawatan saja atau data pendukung saja Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan membran kapiler dibuktikan dengan DS: Pasien mengatakan demam, lemas, DO: tekanan darah 90/60 mmHg, frekuensi nadi 105 x/menit, cepat dan lemah,	Peserta menuliskan masalah keperawatan dengan tepat namun data pendukung kurang Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan membran kapiler dibuktikan dengan DS: Pasien mengatakan demam, lemas, DO: tekanan darah 90/60 mmHg,	Peserta menyebutkan masalah keperawatan yang disertai dengan data pendukung dengan tepat Hipovolemia berhubungan dengan peningkatan membran kapiler dibuktikan dengan DS: Pasien mengatakan demam, lemas, DO: tekanan darah 90/60	2	

	dan lemah, turgor kulit kurang elastis, Ht 47%	turgor kulit kurang elastis, Ht 47%	frekuensi nadi 105 x/menit, cepat dan lemah, turgor kulit kurang elastis, Ht 47%	mmHg, frekuensi nadi 105 x/menit, cepat dan lemah, turgor kulit kurang elastis, Ht 47%		
3.Implementasi: Melakukan pemasangan infus	Peserta tidak melakukan implementasi sesuai prosedur pemasangan infus	Peserta hanya melakukan 1-2 langkah di bawah ini secara tepat 1. <i>menentukan vena yang akan ditusuk</i> 2. <i>memasang torniket,</i> 3. <i>melakukan desinfeksi,</i> 4. <i>menusukkan kateter intravena ke dalam vena yang dipilih,</i> 5. <i>menyambungkan kateter intravena dengan selang infus,</i> 6. <i>memeriksa kelancaran aliran infus</i>	Peserta hanya melakukan 3-4 langkah di bawah ini secara tepat 1. <i>menentukan vena yang akan ditusuk</i> 2. <i>memasang torniket,</i> 3. <i>melakukan desinfeksi,</i> 4. <i>menusukkan kateter intravena ke dalam vena yang dipilih,</i> 5. <i>menyambungkan kateter intravena dengan selang infus,</i> 6. <i>memeriksa kelancaran aliran infus</i>	Peserta melakukan semua teknik secara tepat dan sistematis. 1. <i>menentukan vena yang akan ditusuk</i> 2. <i>memasang torniket,</i> 3. <i>melakukan desinfeksi,</i> 4. <i>menusukkan kateter intravena ke dalam vena yang dipilih,</i> 5. <i>menyambungkan kateter intravena dengan selang infus,</i> 6. <i>memeriksa kelancaran aliran infus</i>	4	
4.Perilaku profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan	Meminta izin secara lisan dan melakukan 1-2 poin berikut :	Meminta izin secara lisan dan melakukan 3-4 poin berikut:	Meminta izin secara lisan dan melakukan	2	

	dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Menunjukkan sikap empati, menghargai, 4. Menjaga privasi klien	1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai 5. Menjaga privasi klien	1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai 5. Menjaga privasi klien	<i>semua poin</i> di bawah ini secara lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai 5. Menjaga privasi klien		
--	---	--	--	---	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji :

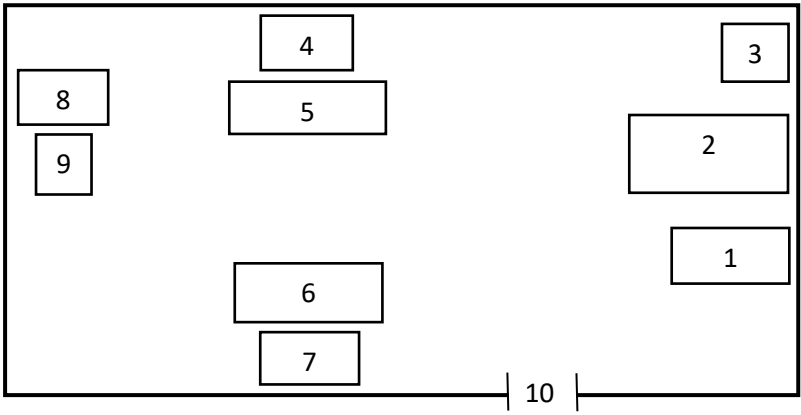
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
4	Cairan dan elektrolit	Dewasa	IGD	IGD	2, 4, 5, 6	Pengkajian tanda dehidrasi, Pemasangan infus, evaluasi tetesan infus		Ya, Manekin lengan atas	Ya		

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan cairan: melakukan tindakan pemasangan infus pada pasien dewasa di ruang UGD
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, melakukan tindakan pemasangan infus dan mengamati perilaku professional dalam mengerjakan Tindakan
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 35 tahun diantar keluarganya ke UGD dengan luka bakar pada daerah dada grade 3 luas 10 %, pasien mengeluh nyeri pada dadanya dan pasien tampak lemah, rencana akan dipasang IV line <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan anamnesis untuk memastikan Riwayat penyakit dan lakukan pengkajian fisik tentang luka, pada pasien serta laporkan hasilnya ke penguji secara lisan 2. Lakukan pemasangan infus
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 35 tahun diantar keluarganya ke UGD dengan luka bakar pada daerah dada grade 3 luas 10 %, pasien mengeluh nyeri pada dadanya dan pasien tampak lemah, rencana akan dipasang IV line, Pasien akan dilakukan pemasangan infus Perawat harus menyiapkan alat, pasien, dan lingkungan. Persiapan alat yang diperlukan adalah set perangkat pemasangan infus.

		TUGAS: 1. Lakukan anamnesis untuk pengkajian kondisi kulit daerah yang akan dipasang infus pada pasien serta laporkan hasilnya ke penguji secara lisan 2. Lakukan pemasangan infus INSTRUKSI PENGUJI: 1. Penguji mengamati dan menilai peserta dalam pengkajian kulit 2. Penguji mengamati dan menilai peserta dalam melakukan pengkajian daerah pemasangan infus. 3. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta melakukan pemasangan infus. (ketepatan pemasangan alat) berdasarkan rubrik penilaian.
9.	Instruksi untuk manekin	Identitas Manekin Nama : Tn.(Nama A) Umur : 35 tahun Jenis Kelamin : Laki-laki Pekerjaan : Buruh Pabrik Pendidikan terakhir : SMK Mesin Peran yang harus dilakukan: • Penampilan: terdapat luka bakar di dada, ditutup dengan kasa steril, dan mengeluh kesakitan • Menerima instruksi yang diberikan peserta ujian
10.	<i>Setting Station:</i>	1. Manekin orang dewasa 2. <i>Bed</i> Pasien 3. <i>Trolley</i>/Meja Pasien 4. Kursi Peserta Uji 5. Meja Peserta Uji 6. Meja Penguji 7. Kursi Penguji 8. Wastafel 9. Tempat Sampah 10. Pintu Masuk

		
11.	Peralatan yang dibutuhkan	Manekin laki-laki untuk memasang infus Set perawatan luka: Persiapan Alat • Infus set • Abocat/IV line • Alkohol swab • Jam tangan • plester • Dermafix • bengkok • cairan infus: RL
12.	Penulis	a. <i>Yasin Wahyuriyanto, S. Kep., Ns., M.Si.</i> b. <i>Poltekkes Kemenkes Surabaya</i>
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN INFUS

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan a. Handscoon bersih b. Turniket c. IV cath sesuai ukuran d. Swab alkohol e. Transparent dressing atau kasa f. Plester g. Set infus h. Cairan infus (RL) i. Pengalas j. Bengkok				
	3. Lakukan hand hygiene 6 langkah				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama lengkap/tanggal lahir/no RM)				
	7. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sd 19 : sistematis)				
	11. Siapkan cairan infus a. Sambungkan set infus dengan wadah cairan infus b. Pastikan rol klem terkunci dan isi setengah chamber infus dengan cairan infus c. Alirkan cairan infus hingga seluruh selang terisi cairan infus d. Pastikan tidak ada gelembung udara di sepanjang selang infus				
	12. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan				

	tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	13. Pilih vena yang akan diinsersi a. Vena pada ekstremitas non-dominan, kecuali kontraindikasi (seperti terdapat luka, fistula, untuk dialysis, riwayat mastektomi) b. Vena yang lurus, cukup besar, dapat dipalpasi, dan jauh dari persendian				
	14. Letakkan pengalas di bawah lengan pasien				
	15. Pasang handscoon bersih				
	16. Dilatasi vena dengan memasang turniket 15 – 20 cm di atas vena yang akan diinsersi, dan/atau beberapa metode ini a. Posisikan area insersi lebih rendah dari jantung b. Kepalkan telapak tangan c. Ketuk-ketuk dengan lembut menggunakan ujung jari d. Masase dari arah distal ke proksimal di bawah vena yang akan diinsersi				
	17. Bersihkan daerah yang akan diinsersi dengan menggunakan swab alkohol				
	18. Regangkan kulit di bawah vena yang akan diinsersi menggunakan tangan yang tidak dominan				
	19. Insersikan IV cath pada vena dengan sudut 10° – 30° dengan tangan dominan				
	20. Rendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada ruang IV cath dan tarik sedikit stilet				
	21. Dorong IV cath hingga mencapai pangkalnya				
	22. Lepaskan tourniquet				
	23. Tekan ujung kateter yang berada di dalam vena dan lepaskan stilet dari kateter				
	24. Sambungkan IV cath dengan selang infus				
	25. Pasang transparent dressing pada area insersi				
	26. Atur tetesan infus sesuai advis dokter				
	27. Berikan label pada dressing dan tuliskan tanggal dan waktu pemasangan				
D	Tahap terminasi				

	28.Rapikan pasien dan peralatan yang telah digunakan				
	29.Lepaskan handscoon				
	30.Lakukan hand hygiene 6 langkah				
	31.Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan reStandar Prosedur Operasionalns pasien				
	32.Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	33.Hari tanggal_jam, kegiatan, jumlah tetesan infus per menit serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	34.Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, dan ReStandar Prosedur Operasionalnsif.				

**FORM PENILAIAN
KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT
PEMASANGAN INFUS PASIEN DEWASA DI RUANG UGD**

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

**RUBRIK PENILAIAN
KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT
PEMASANGAN INFUS PASIEN DEWASA DI RUANG UGD**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : Peserta melakukan anamnesis secara lengkap dan Pengkajian area vena pemasangan infus dengan tepat dan sistematis .					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

3. Implementasi Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Peserta ujian wajib melakukan seluruh prinsip pemasangan infus: Persiapan alat secara lengkap, Prosedur pemasangan infus secara tepat dan tuntas, Sistematis, Patient Safety. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal, diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT PEMASANGAN INFUS PASIEN DEWASA DI RUANG UGD

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian	Peserta tidak melakukan anamnesis dan Pengkajian area vena pemasangan infus	Peserta melakukan anamnesis dan Pengkajian area vena pemasangan infus tidak tepat	Peserta melakukan anamnesis dan Pengkajian area vena pemasangan infus dengan tepat namun tidak sistematis.	Peserta melakukan anamnesis secara lengkap dan Pengkajian area vena pemasangan infus dengan tepat dan sistematis	3	
2. Implementasi: Pemasangan infus	Peserta ujian tidak melakukan pemasangan infus.	Peserta ujian tidak mampu menyiapkan 1. Persiapan alat secara lengkap, 2. Prosedur pemasangan infus kurang tepat dan tuntas 3. Kurang Sistematis 4. Kurang Patient Safety	Peserta ujian wajib mempertahankan 1-2 prinsip pemasangan infus: 1. Persiapan alat secara lengkap, 2. Prosedur pemasangan infus secara tepat dan tuntas 3. Kurang Sistematis 4. Patient Safety	Peserta ujian wajib melakukan seluruh prinsip pemasangan infus: 1. Persiapan alat secara lengkap, 2. Prosedur pemasangan infus secara tepat dan tuntas 3. Sistematis 4. Patient Safety	5	

3. Perilaku Profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan Klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan Klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada Klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik.	Meminta izin secara lisan dan 1-2 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan Klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan Klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada Klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik	Meminta izin secara lisan dan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan Klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan Klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada Klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan Klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan Klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada Klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik	2	
--------------------------------	--	---	---	--	----------	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

NUTRISI

BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
6	Nutrisi	Dewasa	KMB	Ranap	2, 3, 4	Pengkajian, Diagnosis dan Perencanaan pemasangan NGT, Implementasi	Laki-laki.40 Tahun	Ya, seusia 40 tahun	Ya	3	

SOAL NUTRISI (PELEPASAN NGT) OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	1
2.	Judul station	PELEPASAN NGT
3.	Waktu yang dibutuhkan	10 menit
4.	Tujuan station	Untuk melepaskan NGT dari lambung
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan Perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku Professional
6.	Kategori	1. Nutrisi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan Elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan Istirahat 9. Seksual dan Reproduksi
7.	Instruksi untuk Peserta Ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 40 tahun sedang di rawat di ruangan bedah dengan diagnosis medis carsinoma mulut. Hasil pemeriksaan pasien sedang terpasang NGT, instruksi dokter untuk melepaskan NGT. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan anamneses kemampuan makan peroral 2. Tegakkan diagnosis keperawatan prioritas dan sampaikan secara lisan kepada penguji 3. Lakukan prosedur pelepasan NGT
8.	Instruksi untuk Penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> <u>TUGAS:</u> Seorang laki-laki umur 40 tahun sedang dirawat di ruangan bedah dengan diagnosis medis carsinoma mulut. Hasil pemeriksaan pasien sedang terpasang NGT, instruksi dokter untuk melepaskan NGT. 1. Lakukan anamneses kemampuan makan peroral 2. Tegakkan diagnosis keperawatan prioritas dan sampaikan secara lisan kepada penguji 3. Lakukan prosedur pelepasan NGT

		INSTRUKSI PENGUJI: 1. Penguji memperhatikan teknik anamnesis kemampuan makan peroral: Apakah pasien mampu membuka mulut, mampu menelan, dimana letak benjolan/luka 2. Penguji menilai diagnosis keperawatan yang disampaikan oleh peserta : Deficit nutrisi b/d ca.mulut 3. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta dalam pelepasan NGT 4. Penguji menilai komunikasi terapeutik yang disampaikan oleh peserta ujian. 5. Penguji menilai sikap profesionalisme saat melakukan tindakan prosedur oleh peserta ujian. 6. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan
9.	Instruksi untuk klien standar/ manekin	Terdapat pasien standar yang disiapkan untuk pelepasan NGT Riwayat penyakit sekarang • Keluhan utama: ca.mulut • Sejak kapan: 2 tahun yang lalu Perjalanan penyakit: Pasien mengatakan keluhan dirasakan sejak 2 tahun yang lalu timbulnya benjolan pada mulut, awalnya benjolan kecil, lama kelamaan semakin membesar sehingga menyebabkan saya sulit membuka mulut dan menelan makanan. • Hal-hal yang memperburuk keluhan: saat makan dan minum • Hal-hal yang mengurangi keluhan: tidur • Riwayat pengobatan sekarang: mendapatkan terapi Riwayat penyakit dahulu: pasien sering mengalami sariawan dan perdarahan dimulut sejak 1 tahun yang lalu Riwayat penyakit keluarga: tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien Riwayat kebiasaan sosial: pasien bekerja sebagai pegawai dan bergaul baik dengan teman kerja Peran yang harus dilakukan: peran PS digantikan oleh pasien standar
10.	<i>Setting Station:</i>	1. Poliklinik 2. IGD 3. Ruang rawat inap 4. Ruang keluarga 5. Komunitas

11	Peralatan yang dibutuhkan	1. Sarung tangan bersih 2. Klem 3. Tisu 4. Bengkok 5. Alkohol swab
12.	Penulis	Kartini Pekabanda, SST., M.Kes. Poltekkes Kemenkes Kupang Kampus Waingapu
13.	Referensi	1. Penapasy, A. G., & Potter, P. A. (2017). Clinical Nursing Skills & Techniques (9th ed.). Elsevier. 2. American Association of Critical-Care Nurses. (2016). AACN Procedure Manual for High Acuity, Progressive, and Critical Care (7th ed.). Elsevier. 3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition (Clinical guideline [CG32]). Retrieved from https://www.nice.org.uk/guidance/cg32 4. Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2019). Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Care (9th ed.). Wolters Kluwer. 5. Tim Pokja SDKI DPP PPNI

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PELEPASAN NGT

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan a. Sarung tangan bersih b. Klem c. Tisu d. Bengkok dengan cairan desinfektan e. Alkohol swab				
B	Tahap Orientasi				
	3. Menyampaikan salam terapeutik				
	4. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	5. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif dan atau no rekam medis				
	6. Jelaskan tujuan dan Langkah Langkah prosedur serta kontrak waktu				
	7. Memberi kesempatan bertanya				
	8. Memulai tindakan dengan baik				
	9. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja				
	10. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah				
	11. Pasang sarung tangan bersih				
	12. Identifikasi keadaan pasien				
	13. Atur posisi yang nyaman				
	14. Anjurkan pasien untuk rileks				
	15. Klem ujung NGT				
	16. Gunakan tissue di bawah hidung pasien untuk menahan cairan atau residu yang keluar saat NGT dikeluarkan				
	17. Buang dengan hati-hati perekat atau pengikat yang mengikat NGT pada hidung atau wajah pasien				
	18. Tarik NGT secara perlahan-lahan, sambil memastikan bahwa tidak ada hambatan atau rintangan yang menghalangi proses penarikan				
	19. Masukkan NGT kedalam bengkok				
	20. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	21. Lepaskan sarung tangan				

	22. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	23. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan reStandar Prosedur Operasionaln pasien				
D	Tahap terminasi				
	24. Simpulkan kegiatan				
	25. Evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	26. Reinforcement positif				
	27. Kontrak waktu selanjutnya				
	28. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	29. Hari_tanggal_jam, kegiatan, keluhan serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	30. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

**FORM PENILAIAN
PELEPASAN NGT DI RUANG RAWAT INAP**

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

**RUBRIK PENILAIAN
PELEPASAN NGT DI RUANG RAWAT INAP**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : Kemampuan pasien membuka mulut, mampu menelan dan letak benjolan/luka. Peserta melakukan pemasangan NGT (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					2	

3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah pemberian kompres dingin dan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan peserta ujian!

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PELEPASAN NGT DI RUANG RAWAT INAP

KOMPETENSI	0	1	2	3	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
					0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan: Melakukan Anamnesisi Status Nutrisi	Peserta tidak melakukan anamnesis status nutrisi	Peserta melakukan anamnesisi 1 dari 3 status nutrisi yang meliputi: • Keluhan utama • Riwayat makan minum • Kemampuan menelan	Peserta melakukan anamnesisi 2 dari 3 status nutrisi yang meliputi: • Keluhan utama • Riwayat makan minum • Kemampuan menelan	Peserta melakukan anamnesisi 1 sampai 3 status nutrisi yang meliputi: • Keluhan utama • Riwayat makan minum • Kemampuan menelan					2	
2. Diagnosis keperawatan	Peserta tidak menyampaikan diagnosis keperawatan utama atau Menyebutkan diagnosis keperawatan tetapi tidak tepat.	Peserta didik hanya menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat. Atau Peserta menyebutkan masalah keperawatan	Peserta menyebutkan masalah keperawatan dan etiologinya dengan tepat Tanpa menyebutkan Data pendukung masalah atau menyebutkan	Peserta menyebutkan masalah, etiologi dan data pendukung masalah (DO/DS) dengan tepat					2	

		tepat, tetapi etiologi tidak tepat	tetapi tidak tepat.							
3. Implementasi : Melakukan tindakan pelepasan NGT	Peserta tidak melakukan tindakan poin berikut: 1. Menyiapkan alat dengan lengkap 2. Pra interaksi dengan lengkap 3. Melakukan tahap kerja dengan lengkap 4. Melakukan tahap terminasi dengan lengkap 5. Melakukan dokumentasi dengan lengkap	Peserta melakukan tindakan poin berikut secara tidak tepat 1. Melakukan tahap kerja dengan lengkap 2. Melakukan tahap terminasi dengan lengkap 3. Melakukan dokumentasi dengan lengkap	Peserta melakukan tindakan poin berikut: 1. Menyiapkan alat dengan lengkap 2. Pra interaksi dengan lengkap 3. Melakukan tahap kerja dengan lengkap 4. Melakukan tahap terminasi dengan lengkap	Peserta melakukan tindakan poin berikut: 1. Menyiapkan alat dengan lengkap 2. Pra interaksi dengan lengkap 3. Melakukan tahap kerja dengan lengkap 4. Melakukan tahap terminasi dengan lengkap 5. Melakukan dokumentasi dengan lengkap					4	

4. Perilaku professional	Peserta ujian tidak meminta ijin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan	Meminta ijin secara lisan dan 1-2 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien	Meminta ijin secara lisan dan melakukan 3 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada	Meminta ijin secara lisan dan melakukan poin berikut secara lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien						2	
--------------------------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	----------	--

	an rasa hormat kepada pasien		pasien							
--	---------------------------------------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

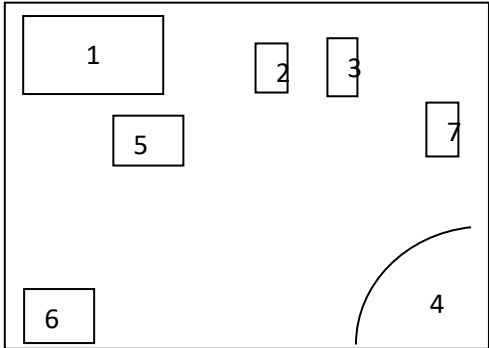
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah Soal	PJ
6	Nutrisi	Dewasa	KMB	Ranap	3, 4, 5, 6	Diagnosis dan implementasi Pemasangan NGT, evaluasi dan perilaku profesional	Laki-laki	55 tahun	Ya	4	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Nutrisi
3.	Waktu yang dibutuhkan	25 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan, implementasi, evaluasi dan perilaku profesional
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki 55 tahun dirawat di ruang stroke selama 2 minggu dengan diagnosis stroke. Hasil pengkajian pasien mengalami kelamahan fungsi menelan dan terpasang Naso Gastrik Stroke (NGT). Bagian luar dan insersi NGT terlihat kotor dan fiksasi terlepas. Pasien mendapatkan diit cair 6x200cc setiap hari. <u>TUGAS:</u> 1. Tegakkan diagnosis keperawatan 2. Tulis dan laporkan diagnosis keperawatan klien laki laki kepada penguji 3. Lakukan pemasangan NGT pada klien 4. Evaluasi ketepatan pemasangan NGT pada klien dengan menggunakan 3 cara 5. Laporkan secara lisan hasil evaluasi kepada penguji
	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki 55 tahun dirawat di ruang stroke selama 2 minggu dengan diagnosis stroke. Hasil pengkajian pasien mengalami kelamahan fungsi menelan dan terpasang Naso Gastrik Stroke (NGT). Bagian luar dan insersi NGT terlihat kotor

		dan fiksasi terlepas. Pasien mendapatkan diit cair 7x200cc setiap hari. <u>TUGAS:</u> 1. Tegakkan diagnosis keperawatan 2. Tulis dan laporkan diagnosis keperawatan klien laki laki kepada penguji 3. Lakukan pemasangan NGT pada klien 4. Evaluasi ketepatan pemasangan NGT pada klien dengan menggunakan 3 cara 5. Laporkan secara lisan hasil evaluasi kepada penguji <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Jawab sapaan, salam atau pertanyaan peserta ujian pada manikin 2. Terima laporan tertulis diagnosis keperawatan klien dari peserta ujian 3. Nilai ketepatan diagnosis keperawatan pada klien, Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan 4. Nilai prosedur pemasangan NGT (lihat rubrik) 5. Nilai laporan lisan hasil evaluasi ketepatan pemasangan NGT dari peserta ujian (lihat rubrik)
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 55 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien mengalami kelemahan fungsi menelan dan terpasang NGT)</i> 3. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera bisa menelan kembali)</i> 4. <i>KS tiduran di bed, lakukan pengecekan terhadap kepatenan letak NGT, lakukan perawatan NGT dan lakukan pemberian makanan cair melalui NGT.</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manikin yang bias digunakan untuk pemberian makan melalui NGT dengan NGT yang sudah terpasang di hidung manikin sebelah kanan. NGT bagian luar kotor, fiksasi terlepas.</i>
10.	<i>Setting Station.</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin yang bisa digunakan untuk pemberian makanan

		- laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin yang bisa digunakan untuk pemberian makanan serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolly tempat alat 6. Tempat sampah 7. Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. Sarung tangan bersih 2. Selang nasogastric sesuai ukuran 3. Jeli 4. Catheter tip atau spuit sesuai kebutuhan 5. Stetoskop 6. Plester 7. Tisu 8. Bengkok 9. Pengalas 10. Kertas Ph, jika perlu 11. Gunting plester <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. Ns. Fanny Aristi, S. Kep., M. Kep. b. Akademi Keperawatan Sri Bunga Tanjung

13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI
-----	-----------	--

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OKSIGEN NASAL KANULE

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <i>a. Sarung tangan bersih</i> <i>b. Selang nasogastric sesuai ukuran</i> <i>c. Jeli</i> <i>d. Catheter tip atau spuit sesuai kebutuhan</i> <i>e. Stetoskop</i> <i>f. Plester</i> <i>g. Tisu</i> <i>h. Bengkok</i> <i>i. Pengalas</i> <i>j. Kertas Ph, jika perlu</i> <i>k. Gunting plester</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11sd 25 : sistematis)				
	11. Pasang sarung tangan bersih				
	12. Posisikan semi fowler				
	13. Letakkan pengalas di dada pasien				
	14. pastikan jalan napas atas paten				
	15. Tentukan Panjang selang nasogastric dengan mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus				
	16. Tandai Panjang selang yang telah di ukur				
	17. Periksa kepatenan lubang hidung				
	18. Lumasi ujung selang nasogastric sekitar 10 cm dengan jeli				
	19. Masukkan selang perlahan tapi tegas melalui lubang hidung sampai batas yang telah diukur				

	20. Anjurkan pasien menundukkan kepala saat selang nasogastric mencapai nasofaring				
	21. Anjurkan menelan saat selang nasogastric dimasukkan				
	22. Periksa posisi ujung selang dengan cara • Memasukkan Mengaspirasi cairan lambung • Mengauskultasi udara masuk di lambung dengan stetoskop • Merendam ujung selang NGT kedalam air dan melihat ada tidak gelembung udara				
	23. Fiksasi selang nasogastric pada hidung dengan plester				
	24. Rapihan pasien dan bereskan alat-alat yang digunakan				
	25. Lepaskan sarung tangan				
D	Tahap terminasi				
	26. simpulkan kegiatan				
	27. evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	28. reinforcement positif				
	29. kontrak waktu selanjutnya				
	30. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	31. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	32. Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

FORM PENILAIAN
NUTRISI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Diagnosis keperawatan					2	
2. Implementasi: Keperawatan					4	
3. Evaluasi					2	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
NUTRISI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	
2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah pemberian makanan cair melalui NGT.					4	

3. Evaluasi Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan					2	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beri tanda (✓) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN NUTRISI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : Defisit Nutrisi, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan pasien mengalami kelemahan fungsi menelan dan terpasang NGT, bagian luar dan insersi NGT terlihat kotor, fiksasi terlepas	2	
Implementasi keperawatan	Tidak melakukan dengan benar 7 tindakan penting pemasangan NGT	Melakukan dengan benar 3 dari 7 tindakan penting pemasangan NGT	Melakukan dengan benar 5 dari 7 tindakan penting pemasangan NGT	Melakukan • mengatur posisi klien • memakai handscoon	4	

				• mengukur Panjang tube yang akan dimasukkan • mengoleskan jelly pada tube • memasukkan tube melalui nasal ke lambung • mengecek ketepatan pemasangan NGT dengan menggunakan spuit atau air dalam kom kecil • mengklem tube		
Evaluasi Keperawatan	Tidak melaporkan hasil evaluasi ketepatan pemasangan NGT dengan benar	Melaporkan 1 dari 3 hasil evaluasi ketepatan pemasangan NGT dengan benar	Melaporkan 2 dari 3 hasil evaluasi ketepatan pemasangan NGT dengan benar	Melaporkan evaluasi dengan benar, yaitu selang NGT terpasang dengan benar dari nasal ke lambung dengan 3 cara: • Pemeriksaan dengan stetoskop pada lambung terdengar bunyi	2	

				udara yang dimasukkan menggunakan spuit • Pemeriksaan menggunakan air dalam kom kecil, tidak terdapat gelembung udara pada air • Menarik cairan lambung dengan spuit 10cc, hasilnya terdapat cairan lambung dalam tube		
Perilaku profesional	Tidak menampilkan perilaku professional sama sekali	Menampilkan 2 dari 5 perilaku profesional	Menampilkan 4 dari 5 perilaku profesional	Menampilkan perilaku profesional • mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan • memberi salam • menjelaskan tujuan tindakan	2	

				• mencuci tangan setelah melakukan tindakan • menjaga privasi klien		
--	--	--	--	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

BLUE PRINT SOAL

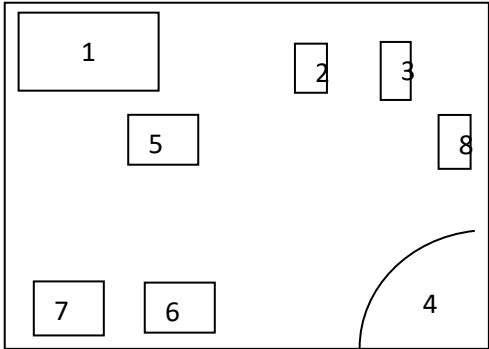
Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
6	Nutrisi	Dewasa	KMB	Ranap	3, 4, 5,6	Diagnosis dan implementas, Menghitung IMT (Indeks Masa Tubuh) evaluasi	Perempuan, Umur 30-40 tahun	Dewasa	ya	3	yudha

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Nutrisi pada klien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	20 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, penghitungan IMT (Indeks Masa Tubuh).
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan Ny. SA ,umur 42 tahun dirawat di ranap dewasa dengan Diabetes Militus hari ke-2. Hasil pengkajian: Ibu mengeluh lemes,napsu makan menurun, mual ,wajah pucat setelah weaning bantuan Infus, post 6 jam yang lalu ; mukosa bibir kering dan pucat, postur tubuh kurus,rambut kering dan rontok, bising usus 14 kali/mt,TD 90/60 MmHg,BB sekarang = 40 kg dan TB =156 CM. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan penghitungan IMT pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan Ny. SA ,umur 42 tahun dirawat di ranap dewasa dengan Diabetes Militus hari ke-2. Hasil pengkajian: Ibu mengeluh lemes,napsu makan menurun, mual , wajah

	pucat, setelah weaning bantuan Infus, post 6 jam yang lalu ; mukosa bibir kering dan pucat, postur tubuh kurus, rambut kering dan rontok, bising usus 14 kali/mt, TD 90/60 MmHg, BB awal 54 kg, BB sekarang = 40 kg dan TB = 156 CM <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan penghitungan IMT pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni menghitung IMT pada manekin. Pada saat peserta meletakkan Alat ukur TB pada manekin dengan tepat penguji menyampaikan bahwa TB 156 cm, BB 40 kg dan menghitung Indeks Masa Tubuh 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan klien mengeluh lemes, napsu makan menurun, mual, wajah pucat, mukosa bibir kering dan pucat, postur tubuh kurus, rambut kering dan rontok, bising usus 14 kali/mt, TD 90/60 MmHg, BB sekarang = 42 kg dan TB = 156 CM 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam mengukur Tinggi Badan dan Berat badan serta menghitung IMT pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa penghitungan Indeks Masa Tubuh menunjukkan hasil mengetahui nilai Indeks masa tubuh dan nilai batas ambang untuk orang dewasa 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
--	--

9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> <i>1. Identitas pasien sesuai kasus (wanita 42 tahun)</i> <i>2. Riwayat penyakit sekarang (mengeluh lemes,nafsu makan menurun , mual,setelah weaning bantuan Infus, post 6 jam yang lalu ;, mukosa bibir kering dan pucat, postur tubuh kurus, wajah pucat ,rambut kering dan rontok, bising usus 14 kali/mt, TD 90/60 MmHg, BB = 40 kg dan TB =156 CM.</i> <i>3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama saat 2 bulan yang lalu</i> <i>4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga ada yang mengalami keluhan yang sama orang tua pasien)</i> <i>5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</i> <i>6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berherap segera membaik sehat, pasien berharap bisa masuk berkumpul lagi dengan keluarga)</i> <i>7. Ny. SA, tampak tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk dan miring ke salah satu posisi, menunjukan wajah pucat, mukosa bibir kering, badan lemas. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk,raut muka/ekpnapasesi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa, digunakan untuk penghitungan Indeks Masa Tubuh. Bila memungkinkan dapat menggunakan KS usia dewasa (20-30 tahun)</i>
----	-------------------------------	---

10.	<i>Setting Station:</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa - laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin atau KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolly t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. <i>Sarung Tangan:1 pasang</i> 2. <i>Alat Tulis kertas</i> 3. <i>Alat Hitung:1</i> 4. <i>Bengkok:1</i> Laboran ada <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran mengecek Kembali alat alat perlengkapannya dan alat hitung apakah sudah valid.</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. <i>Ns. Ni Luh Putu Suardini Yudhawati, M.Kes., M.Kep.</i> b. <i>STIKES Kesdam IX/Udayana Denpasar Bali</i>
13.	Referensi	Susetyowati, Kandarina, farah.2019"Peranan Gizi dalam Upaya pencegahan penyakit tidak menular" Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.

		Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI
--	--	--

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PENGHITUNGAN IMT (INDEKS MASA TUBUH)**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. <i>Sarung Tangan</i> b. <i>Alat Tulis</i> c. <i>Alat hitung</i> d. <i>Bengkok</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan klien bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d 19 : sistematis)				
	11. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tgl lahir, /nomer rekam medis)				
	12. Siapkan pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siapkan alat, memastikan alat siap semuanya didekat pasien				
	13. Hand hygiene				
	14. modalitas tepat yang digunakan: alat hitung dan kelengkapan dokumentasi (dasar instruksi skenario)				
	15. Pastikan pasien tetap nyaman dan aman				
	16. Pastikan Kembali nilai BB dan TB verifikasi Kembali kepada pasien				

	17. Menghitung IMT dengan rumus yang ada: $IMT = BB / TB^2$ (meter ²)				
	18. Klasifikasikan hasil yang didapat a. Kurus -Kekurangan berat badan Tingkat berat < 17,0 b. Normal -Bila nilai menunjukkan > 18.5 -25,0 c. Gemuk Kelebihan berat badan Tingkat ringan >25,0 -27,0 -Kelebihan berat badan Tingkat berat > 27,0				
	19. Catat hasil dan informasikan hasil skrining status gizi				
D	Tahap terminasi				
	20. Simpulkan kegiatan				
	21. Evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	22. Reinforcement positif				
	23. Kontrak waktu selanjutnya				
	24. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	25. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan (hari_tanggal_jam, kegiatan, hasil yang didapat dan menganalisis nilai IMT) serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	26. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

FORM PENILAIAN
PENGHITUNGAN IMT (INDEKS MASA TUBUH) KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
PENGHITUNGAN IMT (INDEKS MASA TUBUH) KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian Pengukuran Tinggi Badan dan Berat Badan serta penentuan IMT pada manekin /klien , lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien.					2	

Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.tindakan yang dimaksud adalah penghitungan IMT(Indeks Masa Tubuh) dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beri tanda (✓) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PENGHITUNGAN IMT (INDEKS MASA TUBUH) KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penghitungan nilai IMT ((Indeks Masa Tubuh)	Peserta melakukan penilaian, menghitung IMT ((Indeks Masa Tubuh) namun posisi pengukuran tidak tepat	Peserta melakukan penghitungan, penilaian, IMT ((Indeks Masa Tubuh) dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian penghitungan IMT ((Indeks Masa Tubuh) pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta pengitungan dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan penghitungan dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama,	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: defisit nutrisi, tanpa menyampaikan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: defisit nutrisi berhubungan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan	2	

	selaian yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	etiologi serta data pendukung	dengan ketidak mampuan menelan makanan, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	menelan makanan ditandai dengan klien mengeluh lemes, napsu makan menurun, mual, wajah pucat, mukosa bibir kering dan pucat, postur tubuh kurus, rambut kering dan rontok, bising usus 14 kali/mt, TD 90/60 Mmhg, BB sekarang = 40 kg dan TB = 156 CM		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan berupa penghitungan IMT namun memberikan modalitas pengukuran antropometri yang lainnya	Peserta melakukan penghitungan IMT, namun hanya memenuhi 1- 2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan penghitungan IMT (Indeks Masa Tubuh), namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan penghitungan IMT (Indeks Masa Tubuh) dengan tepat: Lima prinsip penghitungan IMT (indeks Masa Tubuh) dengan tepat 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat: pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. hand hygiene 3. modalitas tepat yang digunakan:	5	

				Sarung tangan, alat tulis. alat hitung. 4. Sistematis (pastikan penghitungan dengan tepat sesuai dengan ketentuan: - Siapkan pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siapkan alat, memastikan alat siap semuanya didekat pasien - Hand hygiene - modalitas tepat yang digunakan: alat hitung dan kelengkapan dokumentasi (dasar instruksi skenario) - -Pastikan pasien tetap nyaman dan aman - -Pastikan Kembali Nilai BB dan TB verifikasi Kembali kepada pasien		
--	--	--	--	--	--	--

				- Menghitung IMT dengan rumus yang ada: $IMT = \frac{BB}{TB^2}$ (meter²) - Klasifikasikan hasil yang didapat a. Kurus Kekurangan berat badan Tingkat berat < 17,0 b. Normal Bila nilai menunjukkan > 18.5 -25,0 c. Gemuk Kelebihan berat badan Tingkat ringan >25,0 -27,0 -Kelebihan berat badan Tingkat berat > 27,0 -Catat hasil dan informasikan hasil skrining status gizi		
--	--	--	--	--	--	--

				5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode penghitungan IMT) serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

	4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi			
--	---	---	---	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

AMAN DAN NYAMAN

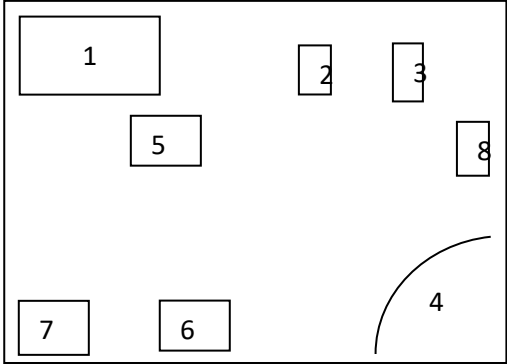
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
1	Aman nyaman	Dewasa	KMB	Ranap	2, 3, 4	Pengkajian, diagnosis dan perencanaan pemberian kompres dingin, Implementasi	Laki-laki 40 Tahun	Ya, seusia 40 tahun	Ya	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman pada klien Dewas di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis, perencanaan keperawatan dan Melakukan pemberian kompres dingin.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang Laki-laki usia 40 tahun, baru saja menjalani operasi abdomen besar karena perforasi usus diruang rawat nginap. Setelah operasi, klien mengalami peningkatan suhu badan yang signifikan. Hasil Pengkajian Suhu 39,8°C, tampak kelelahan, lesu, serta mengalami kebingungan. Mengeluhkan sakit kepala yang hebat dan haus yang berlebihan. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan Tindakan memberikan kompres dingin

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang Laki-laki usia 40 tahun, baru saja menjalani operasi abdomen besar karena perforasi usus diruang rawat nginap. Setelah operasi, klien mengalami peningkatan suhu badan yang signifikan. Hasil Pengkajian: Suhu 39,8°C, tampak kelelahan, lesu, serta mengalami kebingungan. Mengeluhkan sakit kepala yang hebat dan haus yang berlebihan. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan Tindakan Memberikan Kompres Hangat <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus yakni pengukuran tanda-tanda vital 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: Hipertermi berhubungan dengan Proses Penyakit 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian kompres dingin pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa panas atau suhu tubuh menurun apabila saat peserta melakukan evaluasi pada pasien setelah pemberian kompres dingin 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> <i>1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 40 tahun)</i> <i>2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh panas,sakit kepala,haus berlebihan ,pasien rawat inap hari ke -3,masuk rumah sakit karena perforasi usus)</i> <i>3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -1.</i> <i>4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidakn ada yang mengalami keluhan yang sama)</i> <i>5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit)</i> <i>6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa beraktivitas seperti biasa)</i> <i>7. KS tiduran di bed, sambil posisi semi fowler posisi, menunjukan kelelahan, lesu, kebingungan, haus berlebihan.</i>

		<i>Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa laki-laki, digunakan untuk tinadakan memberikan kompres Hangat.</i>
10.	<i>Setting Station:</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa - laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin dewasa dan KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	Cantumkan semua peralatan dan jumlah yang dibutuhkan untuk semua peserta ujian. Peralatan yang sudah tercantum adalah peralatan dasar yang diperlukan untuk semua station. Peralatan: 1. Sarung Tangan bersih: 1 pasang 2. Alat kompres dingin: 1 3. Kain penutup kompres: 1 <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian</i>

12.	Penulis	Tulislah dengan lengkap a. Ester Radandima, S.Kep., Ns., M.Kep. b. Poltekkes Kemenkes Kupang Prodi keperawatan Waingapu
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMBERIAN KOMPRES DINGIN**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <i>a. Sarung Tangan bersih</i> <i>b. Alat kompres dingin</i> <i>c. Kain penutup kompres</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No. 11 sd 19: sistematis)				
	11. Pilih alat kompres yang nyaman dan mudah di dapat (seperti kemasan gel beku, kain atau handuk)				
	12. Periksa suhu alat kompres				
	13. Mencuci tangan dengan prinsip 6 langkah				
	14. Gunakan sarung tangan bersih				
	15. Pilih lokasi kompres				
	16. Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung jika perlu				
	17. Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi				
	18. Rapiakan pasien dan alat-alat yang di gunakan				
	19. Melepaskan sarung tangan				
	20. Mencuci tangan dengan prinsip 6 langkah				
D	Tahap terminasi				
	21. Simpulkan kegiatan				
	22. Evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	23. Reinforcement positif				

	24. Kontrak waktu selanjutnya				
	25. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	26. Hari_tanggal_jam, kegiatan, serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	27. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

FORM PENILAIAN
RASA AMAN DAN NYAMAN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
RASA AMAN DAN NYAMAN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : pengukuran suhu tubuh pada klien. Peserta meletakkan thermometer aksila, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan					2	

berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.						
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah pemberian kompres dingin dan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beri tanda (✓) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN RASA AMAN DAN NYAMAN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Rubrik

KOMPETENSI	URAIAN SKOR				SKOR (S)	BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3			
Komunikasi, edukasi dan konseling	-	-	-	-			
1. Pengkajian Keperawatan	Peserta ujian sama sekali TIDAK mampu melakukan pengkajian keperawatan pemenuhan masalah rasa aman dan nyaman	Peserta ujian, hanya melakukan 1 poin dari beberapa hal berikut: 1. Menentukan data fokus 2. Mengklasifikasikan data subyektif 3. Mengklasifikasikan data obyektif	Peserta ujian, dapat melakukan minimal 2 poin dari beberapa hal seperti berikut: 1. Menentukan data fokus 2. Mengklasifikasikan data subyektif 3. Mengklasifikasikan data obyektif	Peserta ujian MAMPU melakukan pengkajian keperawatan pemenuhan masalah eliminasi akibat patologis pada sistem genitourinaria dengan tepat: 1. Menentukan data fokus 2. Mengklasifikasikan data subyektif	2		

				3. Mengklasifikasikan data obyektif			
2. Diagnosis keperawatan	Peserta ujian sama sekali TIDAK mampu menegakkan diagnosis keperawatan.	Peserta ujian, hanya melakukan 1 poin dari beberapa hal berikut: 1. Menentukan masalah keperawatan 2. Menentukan penyebab/etiologi 3. Menentukan prioritas diagnosis keperawatan	Peserta ujian, dapat melakukan minimal 2 poin dari seperti beberapa hal berikut seperti berikut: 1. Menentukan masalah keperawatan 2. Menentukan penyebab/etiologi 3. Menentukan prioritas diagnosis keperawatan	Peserta ujian MAMPU menegakkan diagnosis keperawatan dengan tepat dengan uraian: 1. Menentukan masalah keperawatan 2. Menentukan penyebab/etiologi 3. Menentukan prioritas diagnosis keperawatan	3		
3. Implementasi: Keperawatan	Peserta TIDAK mampu melakukan satupun dari semua pelaksanaan prosedur	Peserta hanya mampu melakukan 1-3 poin dari semua pelaksanaan prosedur memasang kateter antara lain:	Peserta hanya mampu melakukan 4-7 poin dari semua pelaksanaan prosedur memasang	Peserta mampu melakukan semua pelaksanaan prosedur memasang kateter antara lain: 1. Mengidentifikasi pasien	5		

	memberikan kompres dingin antara lain: 1. Mengidentifikasi asi pasien 2. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Menyiapkan alat dan bahan 4. Menjaga privasi 5. Mengatur posisi 6. Melakukan kompres dingin dengan teliti dan hati-hati sesuai SOP 7. Merapikan pasien dan alat yang telah digunakan	1. Mengidentifikasi pasien 2. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Menyiapkan alat dan bahan 4. Menjaga privasi 5. Mengatur posisi 6. Melakukan kompres dingin dengan teliti dan hati-hati sesuai SOP 7. Merapikan pasien dan alat yang telah digunakan 8. Mendokumentasikan tindakan	kateter antara lain: 1. Mengidentifikasi pasien 2. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Menyiapkan alat dan bahan 4. Menjaga privasi 5. Mengatur posisi 6. Melakukan kompres dingin dengan teliti dan hati-hati sesuai SOP 7. Merapikan pasien dan alat yang telah digunakan 8. Mendokumentasikan tindakan	2. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Menyiapkan alat dan bahan 4. Menjaga privasi 5. Mengatur posisi 6. Melakukan kompres dingin dengan teliti dan hati-hati sesuai SOP 7. Merapikan pasien dan alat yang telah digunakan 8. Mendokumentasikan tindakan			
--	---	--	--	--	--	--	--

	8. Mendokumentasikan tindakan						
4. Evaluasi Keperawatan	-	-	-	-	-	-	-
5. Perilaku Profesional	-	-	-	-	-	-	-

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta ,

Penguji:

ELIMINASI

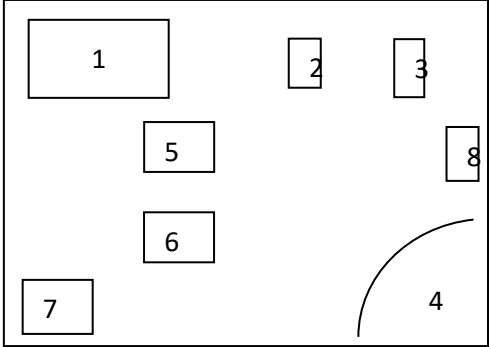
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manekin	Laboran	Jumlah soal	PJ
8	Eliminasi	Dewasa	KMB	Ranap	2, 3, 4, 6	Pengkajian tanda dan gejala infeksi, Penentuan diagnosis resiko infeksi, perawatan kateter urine. Perilaku profesional	Laki-laki 58 tahun	Manekin usia dewasa	ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan eliminasi pada klien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan implementasi keperawatan perawatan kateter urine
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 58 tahun dirawat di RS dengan Hiperglikemia. Klien mengalami penurunan kesadaran. Hasil pengkajian: KGD 450 mg/dl, klien terpasang kateter hari ke-2, selang kateter urine tertekuk dan belum dilakukan perawatan perineal. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan perawatan kateter urine
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 58 tahun dirawat di RS dengan Hiperglikemia. Klien mengalami penurunan kesadaran. Hasil pengkajian: KGD 450 mg/dl klien terpasang kateter hari ke-2, selang kateter urine tertekuk dan belum dilakukan perawatan perineal.

		<u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan perawatan kateter urine pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian yakni memonitor tanda dan gejala infeksi. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan kateter terpasang hari ke-2, selang kateter tertekuk, dan belum dilakukan perineal hygiene. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam perawatan kateter urine. Sampaikan kepada peserta bahwa infeksi saluran kemih tidak terjadi jika peserta melakukan perawatan kateter urine dengan tepat/baik. 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 58 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien dengan Hiperglikemia dan mengalami penurunan kesadaran, terpasang kateter urine hari ke-2)</i> 3. <i>Rawat inap saat ini adalah rawat inap ke -2. Rawat inap pertama saat pasien usia 50 tahun.</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga ada yang mengalami Diabetes Melitus)</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</i> 6. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa melakukan aktivitas sehari-hari)</i> 7. <i>KS tiduran di bed, posisi terlentang dan terpasang kateter urine. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</i>

10.	<i>Setting Station:</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. <i>Sarung tangan bersih: 1 pasang</i> 2. <i>Bengkok: 1</i> 3. <i>Kapas antiseptik</i> <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> <i>Flora Sijabat, S. Kep., Ns., MNS.</i>
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PERAWATAN KATETER URINE

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. Sarung tangan bersih b. Kapas Antiseptik c. Bengkok				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan				
	8. Memulai tindakan dengan baik				
	9. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja				
	10. Slap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	11. Lakukan Kebersihan tangan 6 langkah				
	12. Pasang sarung tangan				
	13. Jaga Privasi Pasien				
	14. Bebaskan area genitalia dari pakaian				
	15. Monitor tanda dan gejala Infeksi Saluran Kemih				
	16. Monitor tanda dan gejala obstruksi aliran urine				
	17. Pastikan selang Kateter dan Kantung Urine tidak tertekuk				
	18. Pastikan kantong urine di letakkan dibawah kantong kemih dan tidak di lantai				
	19. Lakukan perawatan perineal 1 kali sehari				
	20. Kosongkan kantong urine jika telah terisi setengah				
	21. Ganti Kateter dan kantong urine secara rutin sesuai protocol atau indikasi				
	22. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				

D	Tahap terminasi				
	23. simpulkan kegiatan				
	24. evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (obyektif)				
	25. reinforcement positif				
	26. kontrak waktu selanjutnya pada keluarga				
	27. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	28. hari, tanggal, jam kegiatan, tanda dan gejala infeksi saluran kemih jika ada di temukan, apakah ada di temukan adanya obstruksi aliran urine. Kondisi selang kateter dan kantong urine, kondisi kebersihan daerah perineal, penggantian kateter bila diperlukan, jumlah urine yang di keluarkan dari kantong urine serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	29. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

**FORM PENILAIAN
ELIMINASI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP**

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

**RUBRIK PENILAIAN
ELIMINASI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian tanda dan gejala infeksi salura kemih, tanda dan gejala obstruksi aliran urine. Peserta memonitor selang kateter dan kantong urine bocor, tertekuk atau tidak, memonitor posisi kantung urine dan mengobservasi kebersihan perineal.					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan					2	

dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario: Resiko Infeksi. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah Perawatan Kateter urine dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beri tanda (✓) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

**RUBRIK PENILAIAN
ELIMINASI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP**

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian tanda dan gejala infeksi dan perawatan kateter urine	Peserta melakukan penilaian tanda dan gejala infeksi, monitor kebocoran selang kateter dan kantong urine saturasi oksigen, namun tidak memperhatikan posisi kantong urine dengan tepat	Peserta melakukan penilaian tanda dan gejala infeksi, memonitor tanda dan gejala obstruksi aliran urines, monitor kebocoran elang kateter dan kantong urine serta melakukan perawatan perineal namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian tanda dan gejala infeksi, memonitor tanda dan gejala obstruksi aliran urines, monitor kebocoran selang kateter dan kantong urine serta melakukan perawatan perineal, dan menjaga privasi pasien, memastikan posisi kateter dan kantong urine dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Resiko infeksi tanpa	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Resiko infeksi	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Resiko infeksi berhubungan	2	

	masalah utama, selain yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	menyampaikan etiologi serta data pendukung	berhubungan dengan efek tindakan invasif (pemasangan kateter), namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	dengan efek tindakan invasif ditandai dengan terpasang kateter hari ke-2, selang kateter tertekuk dan belum dilakukan perineal hygiene		
Implementasi keperawatan	Peserta Melakukan Perawatan Kateter, Namun Hanya Memenuhi 2-3 Dari 15 Prosedur Dengan Tepat	Peserta Melakukan Perawatan Kateter, Namun Hanya Memenuhi 4-7 Dari 15 Prosedur Dengan Tepat	Peserta melakukan perawatan kateter urine, namun hanya 8-10 dari 15 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan perawatan kateter dengan tepat yaitu: Lima prinsip pemberian nasal kanule diberikan dengan tepat 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat: pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. Menjelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur 3. Hand hygiene 4. Memasang sarung tangan 5. Menjaga privasi	5	

				6. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7. Monitor tanda dan gejala obstruksi aliran kemih 8. Monitor kebocoran kateter, selang dan kantung urine 9. Pastikan bahwa selang dan kantung urine tidak tertekuk 10. Pastikan posisi kantung urine tidak di lantai 11. Lakukan perawatan perineal setiap hari 12. Kosongkan kantung urine jika terisi setengahnya 13. Ganti kateter dan kantung urine sesuai indikasi 14. Rapihan alat, hand hygiene 15. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam,		
--	--	--	--	---	--	--

				kegiatan, langkah-langkah perawatan kateter urine, serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati	2	

	4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi		5. Menjaga privasi	5. Menjaga privasi		
--	---	--	--------------------	--------------------	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT

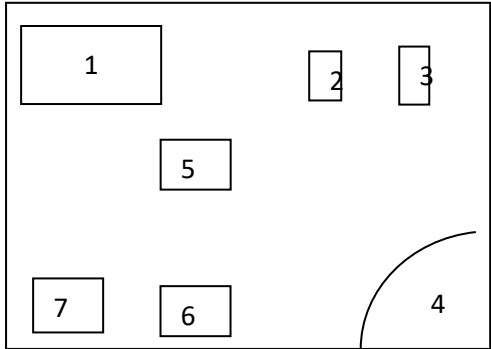
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
9	Aktivitas dan istirahat	Lansia	Komunitas	Komunitas	1, 3, 5, 6	penentuan diagnosis, Edukasi ambulasi (pemberian ROM aktif), Evaluasi post edukasi	Laki-laki, 64 tahun	Ya. Usia Dewasa	ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Aktivitas & Istirahat
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian terhadap kekuatan otot klien, serta melakukan implementasi edukasi tehnik ambulasi.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dankonseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 64 tahun tinggal di Griya Lansia di Karawang. Klien mengeluh lemah pada kaki sebelah kiri post Stroke. Aktivitas sehari hari klien di bantu oleh pengasuh griya lansia, klien belum mengetahui cara menggerakkan bagian extremitas yang lemah <u>TUGAS:</u> 1. Sampaikan kepada penguji hasil pengkajian kekuatan otot ekstremitas bawah lutut dan pergelangan kaki. 2. Edukasi Tehnik Ambulasi
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki umur 64 tahun tinggal di Griya Lansia di Karawang. Klien mengeluh lemah pada kaki sebelah kiri post Stroke. Aktivitas sehari hari klien di bantu oleh pengasuh griya lansia, klien belum mengetahui cara menggerakkan ekstremitas yag lemah.

		<u>TUGAS:</u> 1. Sampaikan kepada penguji hasil pengkajian kekuatan otot ekstremitas bawah lutut dan pergelangan kaki. 2. Edukasi Teknik Ambulasi <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Penguji menilai komunikasi terapeutik & sikap peserta dengan klien. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menentukan pengkajian kekuatan otot ekstremitas bawah (hasil pengkajian didapatkan kekuatan otot kaki sebelah kanan 5,5 dan kaki kiri 3,4 3. Penguji mengamati dan menilai kemampuan peserta dan mengajarkan Edukasi Teknik Ambulasi (prosedur ambulasi, anjurkan memakai alas kaki, anjurkan menggunakan sabuk pengaman, indentifikasi kemampuan ambulasi, ajarkan duduk di sisi tempat tidur, meposisikan diri selama transfer, ajarkan berdiri dan ambulasi, demonstrasi cara ambulasi dengan alat bantu dan tanpa alat bantu) 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 64 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh lemah pada kaki sebelah kiri post stroke)</i> 3. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</i> 4. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan griya lansiat, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</i> 5. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berherap segera membaik sehat)</i> 6. <i>KS tiduran di bed, supine, ekstremitas bawah kiri lemah dapat melakukan ROM (Range of motion) tidak dapat menahan tahanan ringan, (skala 4). & bisa melawan gravitasi (skala3) dengan cara menaikkan kaki kiri dan KS dapat menahan pada ketinggian tertentu.</i> <i>Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekpnapasesi serta peran yang</i>

		<i>harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa, extremitas bawah digunakan untuk pemeriksaan kekuatan otot.</i>
10.	Setting Station:	Ruangan di Griya Lansia - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin dewasa serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolly t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. Kruk: 1 2. Spingnomnometer: 1 3. Stetoskop: 1
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. <i>Ns. Sisca Pri Andini, M.Kep.</i> b. <i>STIKES Bhakti Husada Cikarang</i>
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

		Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI
--	--	---

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
EDUKASI TEHNIK AMBULASI**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. <i>Media pembelajaran penggunaan kruk</i> b. <i>Kruk</i> c. <i>Spignomanometer</i> d. <i>stetoskop</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sd 26 : sistematis)				
	Observasi				
	11. Indentifikasi kesiapan & kemampuan menerima informasi				
	12. Monitor kemajuan pasien dalam ambulasi				
	13. Terapeutik				
	14. Sediakan Materi, media dan alat bantu (misalnya kruk)				
	15. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan				
	16. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya				
	Edukasi				
	17. Jelaskan prosedur & tujuan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu				
	18. Anjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera				
	19.				
	20. Anjurkan menggunakan sabuk pengaman saat transfer dan ambulasi, jika di perlukan				
	21. Ajarkan cara mengidentifikasi sarana & prasarana yang mendukung untuk ambulasi di rumah				

	22. Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan ambulasi (mis. Kekuatan otot, rentang gerak).				
	23. Ajarkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai), atau di kursi sesuai dengan toleransi.				
	24. Ajarkan memposisikan diri dengan tepat selama tranfer				
	25. Ajarkan teknik ambulasi yang aman				
	26. Ajarkan berdiri dan ambulasi dalam jarak tertentu				
	27. Demonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan				
	28. Demonstrasikan cara ambulasi dengan alat bantu (misal: kruk)				
D	Tahap terminasi				
	29. simpulkan kegiatan				
	30. evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	31. reinforcement positif				
	32. kontrak waktu selanjutnya				
	33. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	34. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	35. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

FORM PENILAIAN
EDUKASI TEHNIK AMBULASI KLIEN DI GRIYA LANSIA

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
EDUKASI TEHNIK AMBULASI KLIEN DI GRIYA LANSIA

II. RUBRIK

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian kekuatan otot pada klien. Peserta melakukan pemeriksaan kekuatan otot pada ekstremitas bawah dengan tepat pada ekstremitas bawah manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	

2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah edukasi teknik ambulasi dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beritanda (✓) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN EDUKASI TEHNIK AMBULASI KLIEN DI GRIYA LANSIA

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian kekuatan otot	Peserta melakukan penilaian kekuatan otot, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian kekuatan otot dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian kekuatan otot pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa ujung ekstremitas manekin dengan dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenari: Gangguan Mobilitas	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Gangguan mobilitas	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Gangguan mobilitas fisik	2	

	yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	Fisik, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot , namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan Edukasi tehnik Ambulasi, namun memberikan Pemantauan aktivitas lainnya	Peserta melakukan Edukasi tehnik Ambulasi, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan Edukasi tehnik Ambulasi, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Eserta melakukan edukasi tehnik ambulasi dengan benar Lima prinsip edukasi tehnik ambulasi diberikan dengan tepat: 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat: pasien safety (clear indenifikasi minimal, nama & tanggal lahir) 2. Hand hygiene 3. Modalitas tepat yang di gunakan: media pebelajaran, kruk 4. Sistematis (prosedur ambulasi, anjurkan memakai alas kaki, anjurkan menggunakan sabuk	5	

				pengaman, indentifikasi kemampuan ambulasi, ajarkan duduk di sisi tempat tidur, meposisikan diri selama transfer, ajarkan berdiri dan ambulasi, demonstrasi cara ambulasi dengan alat bantu dan tanpa alat bantu 5. Dokumentasikan prosedur (hari, tanggal, jam, kegiatan, metoda pemberian edukasi teknik ambulasi serta reStandar Prosedur Operasional dan kemungkinannya efek lain yang dirasakan pasien jika ada.		
--	--	--	--	---	--	--

Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 5. Menjaga privasi	2	
-----------------------------	--	---	--	--	---	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

SEKSUAL DAN REPRODUKSI

BLUE PRINT SOAL

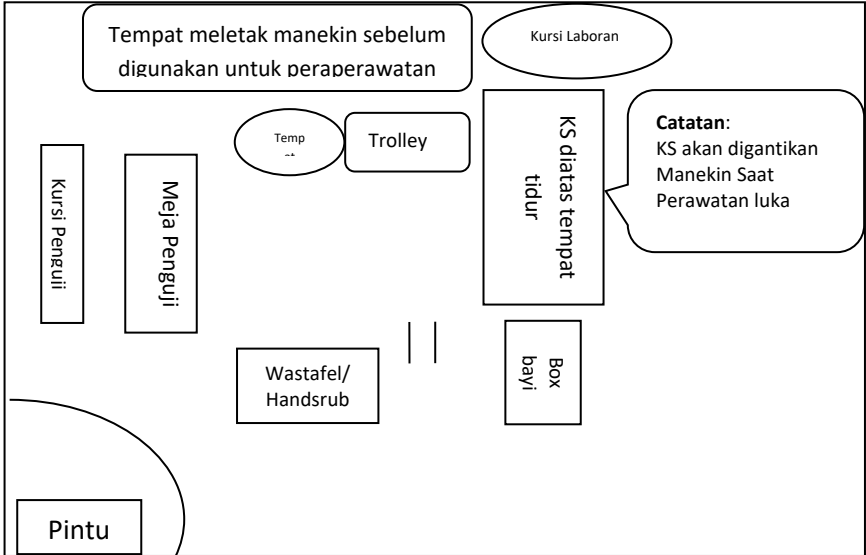
Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
10	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	1, 2, 4, 6	Komunikasi, edukasi dan konseling, pengkajian serta perawatan perineum	Perempuan, 23 tahun	Panggul Perawatan luka	ya	1	Darmayanti

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	2
2.	Judul station	Kebutuhan Aman dan Nyaman pada klien dewasa di Ruang Perawatan Nifas
3.	Waktu yang dibutuhkan	20 menit
4.	Tujuan station	1. Menilai kemampuan pengkajian Nyeri menggunakan metode PQRST 2. Menilai Kemampuan Pendidikan Kesehatan tentang vulva Hygiene 3. Menilai kemampuan melakukan perawatan perineum
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk Peserta Uji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan P1A0 usia 23 tahun dirawat diruang perawatan nifas sejak 6 jam lalu. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri luka jahitan di jalan lahir, dan pasien mengatakan belum mengetahui tentang cara membersihkan kemaluannya. <u>TUGAS PESERTA:</u> 1. Lakukan pengkajian nyeri dengan menggunakan metode PQRST 2. Berikan edukasi cara vulva hygiene 3. Lakukan tindakan perawatan perineum pada manikin
8.	Instruksi untuk Penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan P1A0 usia 23 tahun dirawat diruang perawatan nifas sejak 6 jam lalu. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri luka jahitan di jalan lahir, dan pasien mengatakan belum mengetahui tentang cara membersihkan kemaluannya.

	<u>TUGAS PESERTA:</u> 1. Lakukan pengkajian nyeri dengan menggunakan metode PQRST 2. Berikan edukasi cara cara vulva hygiene 3. Lakukan tindakan perawatan perineum pada manikin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> <u>Instruksi Umum</u> 1. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik. 2. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi berupa pertanyaan, maupun reStandar Prosedur Operasionaln non verbal/gerakan kepada peserta selain yang ditentukan. 3. Penguji menilai kemampuan peserta uji dalam pengkajian nyeri, Pendidikan kesehatan, dan perawatan perineum secara benar dan sistematis. <u>Instruksi Khusus</u> 1. Penguji menilai hasil pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh Peserta <i>P: Provokatif dan Paliatif (Nyeri luka jahitan, bertambah jika bergerak dan berkurang saat pasien tiduran)</i> <i>Q: Kualitas (Nyerinya seperti disayat-sayat)</i> <i>R: Region (Nyeri dirasakan disekitar luka jahitan)</i> <i>S: Scale (Gunakan Numeric Rating Scale) → Nyeri sedang (4-6)</i> <i>T: Timing (nyeri dirasakan tidak menentu)</i> 2. Menilai keterampilan peserta uji dalam melakukan, pendidikan kesehatan perawatan luka perineum <i>(peserta menyebutkan langkah-langkah perawatan luka perineum, 1) bersihkan area perineum secara teratur, 3-4 kali sehari, menjaga perineum bersih dan kering, membersihkan perineum dengan air bersih dan mengalir dari depan ke belakang, mengganti pembalut setelah BAK dan BAB), ajarkan mengenali tanda abnormal pada perineum (seperti infeksi, kemerahan dan pengeluaran cairan abnormal)</i> 3. Menilai keterampilan peserta uji dalam melakukan perawatan luka perineum <i>(melakukan kebersihan tangan, jaga privasi pasien, mengatur posisi litotomi, meminta dan membantu pasien membuka pakaian bagian bawah, membuang pembalut ke tempat sampah, memasang perlak dan piStandar Prosedur Operasionalt, mengidentifikasi kondisi vulva, pasang sarung tangan, guyur genetalia luar dengan air bersih, buka vulva dengan ibu jari dan telunjuk kiri, bersihkan vulva mulai dari labia mayora kanan dan kiri, labia manira</i>
--	---

		<i>kanan dan kiri, vestibulum, perineum dengan arah dari klitoris ke anus dengan kapas DTT, pasang pembalut dan celana dalam, rapikan pasien dan alat yang digunakan, lepaskan sarung tangan, mencuci tangan).</i>
9.	Instruksi untuk klien standar dan manekin	Pasien 1 : KS Nama : Ny S Rentang usia : 23 tahun Jenis kelamin : Perempuan Pekerjaan : Ibu Rumah TAngga Pendidikan terakhir : SMA Peran yang dilakukan : Mengeluh nyeri di luka jahitan, Ketika ditanya apa yang memperingan dan memperberat dari keluhan : nyeri bertambah jika bergerak dan berkurang saat tiduran), nyerinya seperti apa? Nyerinya seperti disayat-sayat, Nyerinya di area mana apakah menjalar? Nyeri dirasakan disekitar luka jahitan, Peserta uji bertanya jika ada angka 1-10 dengan kriteria (1-3 : nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-10 nyeri berat) pasien berada di rentang mana? (Nyeri sedang diangka 5), kapan nyeri dirasakannya?(nyeri dirasakan tidak menentu), <u>KS tampak</u> mengempit kemaluan dengan paha, wajah tampak meringis, dan, setelah pengkajian KS bertanya kepada peserta bagaimana cara membersihkan kemaluannya?, KS diharapkan Mengikuti instruksi peserta ujian Manekin dilengkapi dengan adanya luka perineum

10.	Setting station	1. Poliklinik 2. Unit Gawat Darurat 3. Ruang Rawat Inap 4. Ruang Keluarga 5. Komunitas 																								
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<table><tr><td>Set Manikin Panggul Wanita dengan Luka perineum</td><td>1 set</td></tr><tr><td>Tempat Tidur pasien</td><td>1 buah</td></tr><tr><td>Meja Pasien</td><td>1 buah</td></tr><tr><td>Baki alas tutup</td><td>1 buah</td></tr><tr><td>Bak instrument (berisi hand skoen)</td><td>1 pasang</td></tr><tr><td>Kom tutup (berisi kapas DTT (10 buah)</td><td>10 buah</td></tr><tr><td>Perlak</td><td>1 buah</td></tr><tr><td>PiStandar Prosedur Operasionalt</td><td>1 buah</td></tr><tr><td>Botol cebok</td><td>1 buah</td></tr><tr><td>Pembalut dan celana dalam</td><td>1 set</td></tr><tr><td>Bengkok</td><td>1 buah</td></tr><tr><td>Tempat sampah medis</td><td>1 tbuah</td></tr></table>	Set Manikin Panggul Wanita dengan Luka perineum	1 set	Tempat Tidur pasien	1 buah	Meja Pasien	1 buah	Baki alas tutup	1 buah	Bak instrument (berisi hand skoen)	1 pasang	Kom tutup (berisi kapas DTT (10 buah)	10 buah	Perlak	1 buah	PiStandar Prosedur Operasionalt	1 buah	Botol cebok	1 buah	Pembalut dan celana dalam	1 set	Bengkok	1 buah	Tempat sampah medis	1 tbuah
Set Manikin Panggul Wanita dengan Luka perineum	1 set																									
Tempat Tidur pasien	1 buah																									
Meja Pasien	1 buah																									
Baki alas tutup	1 buah																									
Bak instrument (berisi hand skoen)	1 pasang																									
Kom tutup (berisi kapas DTT (10 buah)	10 buah																									
Perlak	1 buah																									
PiStandar Prosedur Operasionalt	1 buah																									
Botol cebok	1 buah																									
Pembalut dan celana dalam	1 set																									
Bengkok	1 buah																									
Tempat sampah medis	1 tbuah																									
12.	Penulis Reviewer	Bhekti Imansari Darmayanti																								
13.	Institusi / Bagian	D III/Ners																								
14.	Referensi	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan PPNI																								

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PERAWATAN LUKA PERINEUM**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <i>a. Perlak dan pengalas</i> <i>b. Selimut mandi</i> <i>c. Hand schoon 1 pasang</i> <i>d. Bengkok 2 buah</i> <i>e. Tas plastik 2 buah</i> <i>f. Kom berisi kapas DTT</i> <i>g. Celana dalam dan pembalut</i> <i>h. PiStandar Prosedur Operasional</i> <i>i. Botol cebok berisi air dingin</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d 19 : sistematis)				
	11. Memasang sampiran / menjaga Privacy				
	12. Memasang selimut mandi				

	13. Mengatur posisi pasien Litotomi				
	14. Memasang alas dan perlak di bawah pantat				
	15. Celana dan pembalut dilepas bersamaan dengan pemasangan piStandar Prosedur Operasional, sambil memperhatikan lochea. Celana dan pembalut dimasukkan dalam tas plastik yang berbeda				
	16. Pasien disuruh BAB / BAK				
	17. Perawat memakai sarung tangan				
	18. Mengguyur vulva dengan air dingin menggunakan botol cebok				
	19. Menyingkirkan piStandar Prosedur Operasional				
	20. Mendekatkan bengkok ke dekat pasien				
	21. Perhatikan keadaan perineum, bila ada jahitan perhatikan tanda-tanda REEDA. Membersihkan luka jahitan dengan kapas basah				
	22. Mengambil kapas basah, membuka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk kiri				
	23. Membersihkan vulva mulai dari labia mayora kiri, labia mayora kanan, labia minora kiri, labia minora kanan, vestibulum, perineum. Arah dari atas ke bawah dengan kapas basah (1 kapas 1 kali usap)				
	24. Memasang celana dalam dan pembalut				
	25. Mengambil alas perlak, bengkok				
	26. Merapikan pasien, mengambil selimut mandi dan memakaikan selimut pasien				
D	Tahap terminasi				
	27. Menyimpulkan kegiatan				
	28. Evaluasi reStandar Prosedur Operasional (subyektif dan obyektif)				
	29. Reinforcement positif				

	30. Kontrak waktu selanjutnya				
	31. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	32. Hari_tanggal_jam, kegiatan, Perawatan Luka perineum, kondisi luka perineum dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	33. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

FORM PENILAIAN
PERAWATAN LUKA PERINEUM PADA PASIEN DI RUANG PERAWATAN NIFAS

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					2	
2. Edukasi, Komunikasi dan Konseling					2	
3. Implementasi: Keperawatan					4	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
PERAWATAN LUKA PERINEUM PADA PASIEN DI RUANG PERAWATAN NIFAS

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengkaji nyeri menggunakan metode PQRST: P : Problem, Provokatif dan Paliatif Q : Kualitas R : Region S : Scale T : Timing					2	

2. Komunikasi Edukasi dan Konseling Aspek Menilai keterampilan peserta uji dalam melakukan, pendidikan kesehatan perawatan luka perineum pada pasien dengan menggunakan tehnik komunikasi yang terapeutik					2	
3. Implementasi: Keperawatan Aspek iMenilai keterampilan peserta uji dalam melakukan perawatan luka perineum dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					4	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. GLOBAL PERFORMANCE

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan peserta ujian!

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN SEKSUAL DAN REPRODUKSI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	SKOR (S)
	0	1	2	3		
1. Komunikasi, edukasi, dan konseling	Peserta tidak dapat menyampaikan Pendidikan kesehatan dan komunikasi tidak terapeutik	Peserta melakukan komunikasi terapeutik dan memberikan pendidikan kesehatan namun tidak lengkap (50%)	Peserta melakukan komunikasi terapeutik dan melakukan Pendidikan kesehatan, namun tidak lengkap (75%)	Peserta melakukan komunikasi terapeutik dan melakukan Pendidikan kesehatan dengan lengkap tentang	2	
2. Pengkajian	Peserta tidak dapat melakukan pengkajian	Peserta hanya melakukan 2 dari 5 pengkajian	Peserta hanya melakukan 3-4 dari 5 pengkajian	Peserta melakukan semua Pengkajian dengan tepat	2	

3. Implementasi: Melakukan Perawatan Luka Perineum.	Peserta tidak melakukan implementasi sesuai prosedur perawatan luka perineum secara tepat dan sistematis.	Peserta hanya melakukan 50-70% perawatan luka perineum, dengan kriteria: 1. Melaksanakan tindakan universal precaution (cuci tangan dan menggunakan APD) 2. Tindakan dilakukan secara tepat dan sistematis 3. Mempertahankan teknik steril 4. Menggunakan alat dan bahan sesuai dengan kebutuhan	Peserta melakukan semua poin dibawah ini dengan sistematis , tetapi hanya 75-85% teknik tepat: 1. Melaksanakan tindakan universal precaution (cuci tangan dan menggunakan APD) 2. Tindakan dilakukan secara tepat dan sistematis 3. Mempertahankan teknik steril 4. Menggunakan alat dan bahan sesuai dengan kebutuhan	Peserta melakukan semua poin dibawah ini dengan tepat dan sistematis : 8. Melaksanakan tindakan universal precaution (cuci tangan dan menggunakan APD) 9. Tindakan dilakukan secara tepat dan sistematis 10. Mempertahankan teknik steril 11. Menggunakan alat dan bahan sesuai dengan kebutuhan	4	
4. Perilaku profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut:	Meminta izin secara lisan dan 1-2 poin berikut : 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak	Meminta izin secara lisan dan 3 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan	2	

	1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Menunjukkan sikap empati, menghargai, 4. Menjaga privasi klien	membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai 5. Menjaga privasi klien	membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai 5. Menjaga privasi klien	teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai 5. Menjaga privasi klien		
--	---	---	---	---	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

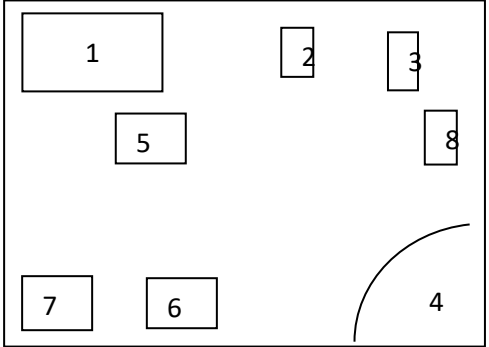
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori Kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
10	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 4, 5,6,9	Pengkajian payudara, Diagnosis	Perempuan, 28 tahun	manakin	ya	3	Suryani Hartati

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Seksualitas /Perawatan payudara pada ibu post partum
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, melakukan perawatan Payudara dan perilaku profesional pada ibu post partum
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang Perempuan umur 28 tahun P2A0 post partum Standar Prosedur Operasional Intan hari ke 2 dirawat di ruang nifas. Hasil pengkajian: ibu mengeluh payudaranya terasa nyeri dan bengkak, skala nyeri 5, tampak puting susu menonjol/ekserted, ASI (-), Bayi tampak rewel karena belum menyusui, suhu: 37,5. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pemeriksaan fisik inspeksi dan palpasi pada payudara dan laporkan hasilnya ke penguji secara lisan. 2. Lakukan pengkajian fokus area payudara berdasarkan skenario tersebut pada manekin dan laporkan hasilnya ke penguji secara lisan 3. Lakukan perawatan payudara pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, 28 tahun P2A0 post partum Standar Prosedur Operasional Intan hari ke 2 dirawat di ruang nifas. Hasil

		Hasil pengkajian: payudara tampak bengkak, putting susu menonjol/ exverted, ASI (-), Bayi tampak rewel karena belum menyusu, suhu ibu 37,5C, rencana kan dilakukan perawatan payudara <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pemeriksaan fisik inspeksi dan palpasi pada payudara dan laporkan hasilnya ke penguji secara lisan. 2. Lakukan pengkajian fokus area payudara berdasarkan skenario tersebut pada manekin dan laporkan hasilnya ke penguji secara lisan 3. Lakukan perawatan payudara pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam melakukan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi dan palpasi pada payudara manekin. Pada saat peserta melihat kesimentrisan, pembengkakan, palpasi teraba hangat dan benjolan pada kedua payudara manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa kondisi payudara ibu nyeri 2. Menilai kemampuan peserta dalam mengkaji kondisi payudara baik subyektif maupun obyektif dan dilaporkan secara lisan 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam perawatan payudara pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa nyeri berkurang, ASI mulai keluar setelah perawatan payudara 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, usia 28 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh mengeluh nyeri pada kedua payudaranya dan bengkak, pasien rawat inap hari ke-2, karena habis melahirkan anak ke 2)</i> 3. <i>Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama saat melahirkan anak pertama.</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga (tidak ada penyakit keturunan)</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada masalah yang bermakna)</i>

		6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik ibu dan bayinya) 7. KS tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk dan miring ke salah satu posisi, menunjukkan nyeri dan bengkak pada payudara. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin payudara.</i>
10.	<i>Setting Station:</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin payudara - laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin payudara serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. 2 buah kom (berisi air hangat dan air dingin) 2. 2 buah handuk kecil/waslap 3. 1 buah handuk besar 4. 1 buah Baby oil/minyak kelapa 5. Kapas (untuk membersihkan puting susu) 6. Sarung tangan bersih (untuk perawat) 7. Bengkok: 1 <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. <i>Ns. Suryani Hartati, M.Kep., Sp.Kep.Mat.</i>

		<i>b. Institut Kesehatan Hermina</i>
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PERAWATAN PAYUDARA**

No.	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. 2 buah kom (berisi air hangat dan air dingin) b. 2 buah handuk kecil/waslap c. 1 buah handuk besar d. 1 buah Baby oil/minyak kelapa e. Kapas (untuk membersihkan puting susu) f. Sarung tangan bersih (untuk perawat) g. Bengkok : 1				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sd 19 : sistematis)				
	11. Slap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, posisi duduk, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	12. Jaga privasi pasien selama tindakan dengan menutup pintu dan tirai				
	13. hand hygiene				
	14. Buka pakaian bagian atas dan bra kemudian anjurkan pasien untuk duduk dengan posisi senyaman mungkin kemudian letakkan handuk besar dipangkuan pasien serta kaji kondisi payudara pasien (ada pembengkakan / lecet pada puting payudara / puting susu menonjol atau tidak)				
	15. Bersihkan puting susu dengan kapas dan baby oil untuk mencegah adanya sumbatan pada				

	lubang puting susu, jika puting masuk ajarkan <i>nipple puller</i>				
	16. Tuangkan baby oil ditelapak tangan secukupnya dan ratakan pada kedua telapak tangan				
	17. Lakukan pengurutan pada kedua payudara secara melingkar mulai dari tengah payudara, keatas, samping kiri/kanan lalu kebawah kemudian angkat payudara dan lepaskan. Lakukan hal tersebut sebanyak 15 (lima belas) kali.				
	18. Sokong payudara kiri dengan tangan kiri dan lakukan massage payudara kearah puting susu dengan menggunakan sisi jari kelingking tangan kanan sebanyak 15 kali. Lakukan tindakan yang sama pada payudara kanan sebanyak 15 kali				
	19. Posisikan pasien duduk dikursi dan lipat tangan pasien diatas meja / diatas kasur / pada sandaran kursi dengan posisi kepala menyandar diatas tangan dan payudara dibiarkan menggantung, sementara peserta melakukan pijatan didaerah punggung pasien dengan cara : kedua ibu jari memberi tekanan memutar disepanjang tulang belakang (mulai dari leher sampai punggung) kearah bawah selama 3 (tiga) menit.				
	20. Kompres kedua payudara dengan handuk kecil air hangat dan dingin secara bergantian selama 5 (lima) menit, tujuannya untuk merangsang keluarnya ASI serta untuk mengurangi nyeri saat dilakukan massage agar payudara lebih lunak (bila payudara teraba bengkak).				
	21. Anjurkan pasien untuk melakukan / mencoba setiap tahapan gerakan perawatan payudara				
	22. Rapikan pasien dan alat-alat yang sudah di pakai kemudian cuci tangan				
	23. Observasi reStandar Prosedur Operasionaln pasien selama tindakan dilakukan				
	24. Dokumentasi				
D	Tahap terminasi				
	25. simpulkan kegiatan				
	26. evaluasi reStandar Prosedur Operasionaln (subyektif dan obyektif)				
	27. reinforcement positif				
	28. kontrak waktu selanjutnya				

	29. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	30. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode perawatan payudara serta reStandar Prosedur Operasionaln yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	31. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasionalnsif				

FORM PENILAIAN
PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU POSTPARTUM DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU POSTPARTUM DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus yaitu data subyektif dan obyektif: penilaian pada kondisi payudara ibu. Peserta meletakkan alat alat yang dibutuhkan dengan tepat pada payudara manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta					2	

menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah pemberian oksigen nasal kanule 2 lpm dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU POSTPARTUM DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan tidak melakukan pemeriksaan fisik (peserta ujian diam)	Peserta ujian melakukan seluruh tehnik pengkajian 1 poin dari: 1. Kondisi Payudara 2. Pengkajian nyeri 3. Pembengkakan payudara, adanya luka dll	Peserta ujian melakukan seluruh tehnik pengkajian 2 poin dari: 1. Kondisi Payudara 2. Pengkajian nyeri 3. Pembengkakan payudara, adanya luka dll	Peserta ujian melakukan seluruh tehnik pengkajian secara lengkap dan sistematis 1. Kondisi Payudara 2. Pengkajian nyeri 3. Pembengkakan payudara, adanya luka dll	1	

Diagnosis keperawatan	peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengeluh sesak, penggunaan otot bantu napas tambahan, napas dangkal, frekuensi napas 33 kali/menit, saturasi oksigen 95%		
Implementasi keperawatan : Perawatan payudara	Peserta tidak melakukan tindakan perawatan payudara	Peserta ujian tidak mampu mempertahankan kenyamanan namun dapat melakukan salah satu ataupun semua tindakan sebagai berikut : 1. Menganjurkan ibu duduk 2. Membuka pakaian atas	Peserta ujian wajib mempertahankan kenyamanan dan melakukan 1-2 prinsip sebagai berikut: 1. Menganjurkan ibu duduk 2. Membuka pakaian atas 3. Tutup area dengan handuk	Peserta ujian wajib mempertahankan kenyamanan dan melakukan Seluruh prinsip perawatan payudara berikut: 1. Menganjurkan ibu duduk 2. Membuka pakaian atas 3. Tutup area dengan handuk	5	

		3. Tutup area dengan handuk 4. Kaji Kondisi Payudara (pembengkakan dan luka pada kedua payudara) 5. Kebersihan pada kedua puting 6. Mengompres hangat dan dingin selama 2 menit 7. Melakukan tindakan dengan hati hati 8. Melakukan tindakan masase payudara secara berurutan dengan menggunakan baby oil 9. Membersihkan area payudara dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk	4. Kaji Kondisi Payudara (pembengkakan dan luka pada kedua payudara) 5. Kebersihan pada kedua puting 6. Mengompres hangat dan dingin selama 2 menit 7. Melakukan tindakan dengan hati hati 8. Melakukan tindakan masase payudara secara berurutan dengan menggunakan baby oil 9. Membersihkan area payudara dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk	4. Kaji Kondisi Payudara (pembengkakan dan luka pada kedua payudara) 5. Kebersihan pada kedua puting 6. Mengompres hangat dan dingin selama 2 menit 7. Melakukan tindakan dengan hati hati 8. Melakukan tindakan masase payudara secara berurutan dengan menggunakan baby oil 9. Membersihkan area payudara dengan waslap basah		
--	--	---	--	--	--	--

				dan keringkan dengan handuk		
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji:

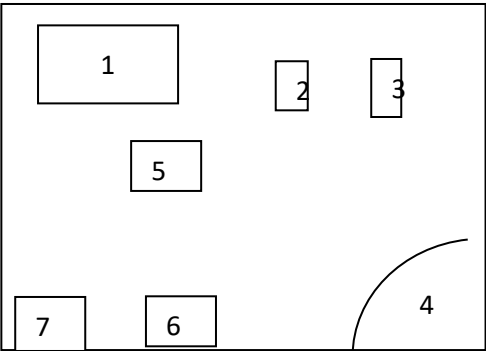
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
10	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 4, 6	Pengkajian, Diagnosis, perencanaan pengukuran denyut jantung janin menggunakan doppler	Perempuan, 25 tahun	Ya	Tidak	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan seksual dan reproduksi pada ibu hamil di ruang bersalin
3.	Waktu yang dibutuhkan	10 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemeriksaan denyut jantung janin dengan doppler.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	SKENARIO KLINIK: Seorang perempuan umur 26 tahun masuk ruang bersalin dengan keluhan nyeri dibagian punggung dan keluar cairan pada vagina. Hasil pemeriksaan diperoleh usia kehamilan 38 minggu, TD 110/70 mmHg, frekuensi napas 24 kali/menit, TFU 30 cm, kepala sudah masuk PAP, pembukaan serviks 4 cm, selaput ketuban masih utuh. TUGAS: 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemeriksaan denyut jantung janin menggunakan doppler

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan umur 26 tahun masuk ruang bersalin dengan keluhan nyeri dibagian punggung dan keluar cairan pada vagina. Hasil pemeriksaan diperoleh usia kehamilan 38 minggu, TD 110/70 mmHg, frekuensi napas 24 kali/menit, TFU 30 cm, kepala sudah masuk PAP, pembukaan serviks 4 cm, selaput ketuban masih utuh. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemeriksaan denyut jantung janin menggunakan doppler <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus yakni pengukuran denyut jantung janin pada manekin. Pada saat peserta meletakkan dopler pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa hasil pengukuran denyut jantung janin 120 kali/menit 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: Resiko cedera pada janin 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pengukuran denyut jantung janin menggunakan doppler pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa hasil pengukuran akan tepat jika meletakkan doppler dengan tepat sesuai hasil pemeriksaan Leopold dua. 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien wanita, usia 25 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh perutna mulas-mulas, nyeri pada daerah perut sampai pinggang, berkeriang, masuk rumah sakit karena mau melahirkan)</i> 3. <i>Persalinan ini merupakan persalinan yang pertama.</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami penyakit keturunan)</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan ruang bersalin, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</i> 6. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik, persalinan berlangsung dengan aman, bayi dan ibu sehat)</i> 7. <i>KS tiduran di bed, dengan posisi tidur mering ke salah satu posisi.</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin kehamilan, digunakan untuk pengukuran denyut jantung janin menggunakan doppler.</i>

10.	Setting Station.	Ruangan bersalin - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin kehamilan tata letak ruang: 1. Tempat tidur dan manekin serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan yang sudah tercantum adalah peralatan dasar yang diperlukan untuk semua station.</i> <i>Peralatan:</i> 1. Doppler 2. Jam tangan atau pengukur waktu 3. Jeli 4. Tisu <i>Laboran tidak ada</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. Femi Serly Tuhumena, A.Kp., M.Kes. b. Poltekkes Kemenkes Maluku Prodi Keperawatan Masohi
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Tim Pokja Pedoman STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMERIKSAAN DENYUT JANTUNG JANIN (DJJ) DENGAN DOPPLER**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra Interaksi				
	1. Identifikasi pasien				
	2. Menyiapkan alat dan bahan IV. <i>Doplper</i> V. <i>Jam atau pengukur waktu</i> VI. <i>Jeli</i> VII. <i>Tisu</i>				
	3. Mencuci tangan 6 langkah				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien				
	7. Mengidentifikasi status obstetric ibu				
	8. Mengidentifikasi Riwayat obstetric ibu				
	9. Mengidentifikasi adanya penggunaan obat, diet dan merokok				
	10. Mengidentifikasi pemeriksaan kehamilan sebelumnya				
	11. Menyampaikan tujuan kegiatan yang akan dilakukan				
	12. Memberi kesempatan bertanya				
	13. Memulai tindakan dengan baik				
	14. Menjaga privasi				
C	Tahap Kerja				
	15. Anjurkan ibu berbaring dengan posisi terlentang				
	16. Buka pakaian pada bagian perut ibu				
	17. Lakukan manuver leopold untuk menentukan posisi janin				
	18. Tentukan punctum maksimum				
	19. Berikan jeli pada perut ibu				
	20. Tempelkan Doppler pada perut ibu pada posisi punctum maksimum				

	21. Hitung denyut jantung janin selama 1 menit				
	22. Bersihkan perut ibu menggunakan tisu				
D	Tahap Terminasi				
	23. Informasikan hasil pemantauan denyut jantung janin				
	24. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	25. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
E	Tahap Dokumentasi				
	26. Dokumentasikan hasil pemeriksaan denyut jantung janin				
F	Penampilan Profesional				
	27. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, ReStandar Prosedur Operasional Insif				

FORM PENILAIAN
PENGUKURAN DENYUT JANTUNG JANIN DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
PENGUKURAN DENYUT JANTUNG JANIN DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : pengukuran denyut jantung pada janin. Peserta meletakkan doppler dengan tepat pada perut ibu pada posisi punctum maksimum. Mendengar denyut jantung janin, lalu peserta menghitung hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah pengukuran denyut jantung janin dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

II. Global Performance

Beri tanda (√) pada kolom yang disediakan sesuai dengan penilaian Anda secara umum terhadap kemampuan Peserta Ujian

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN
PENGUKURAN DENYUT JANTUNG JANIN DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skore (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan pengukuran denyut jantung janin	Peserta melakukan pengukuran denyut jantung janin, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan pengukuran denyut jantung janin dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa pengukuran denyut jantung janin pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta mendengar denyut jantung janin pada manekin menggunakan Doppler dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Resiko cedera pada janin, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: resiko cedera pada janin berhubungan dengan malposisi janin, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: resiko cedera pada janin berhubungan dengan malposisi janin ditandai dengan ketuban pecah sebelum waktunya, masalah kontraksi	2	
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pengukuran denyut	Peserta melakukan pengukuran denyut jantung janin, namun	Peserta melakukan pengukuran denyut jantung janin, namun	Peserta melakukan pengukuran denyut jantung janin dengan tepat:	5	

	jantung janin, namun memberikan tindakan lain	hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Lima prinsip pengukuran denyut jantung janin diberikan dengan tepat 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat: pasien safety (clear identitas minimal nama dan umur) 2. Cuci tangan 3. Modalitas yang digunakan: Doppler 4. Sistematis (pastikan posisi ibu aman, atur posisi ibu terlentang, lakukan pemeriksaan leopold, tentukan punctum maksimal, oles jeli pada perut ibu, letakan doppler pada perut dengan posisi pada punctum mksimum, dengarkan denyut jantung janin selama 1 menit, bersihkan jeli dengan tisu, rapikan alat, cuci tangan 5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, teknik pengukuran denyut jantung janin, serta reStandar Prosedur Operasionaln dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada)		
--	---	--	---------------------------------------	--	--	--

Perilaku profesional	Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini : 6. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 7. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 8. Melakukan tindakan sesuai prioritas 9. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 10. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut 6. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 7. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 8. Melakukan tindakan sesuai prioritas 9. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 10. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 point berikut: 6. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 7. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 8. Melakukan tindakan sesuai prioritas 9. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 10. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan intervensi di bawah ini dengan lengkap: 6. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 7. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 8. Melakukan tindakan sesuai prioritas 9. Menunjukkan sikap menghatgai, Empati 10. Menjaga privasi	2	
-----------------------------	--	---	--	--	---	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = $\frac{\text{-----}}{30} \times 100 =$

Jakarta,

.....

Penguji:

SINOPSIS

Buku "Kumpulan Blue Print, Soal, dan Rubrik Penilaian OSCE DIII Keperawatan" adalah buku yang dirancang dalam mempersiapkan diri menghadapi Ujian Praktik Klinis berbasis OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Buku ini dapat membantu baik dosen, penguji, serta mahasiswa dalam mengetahui dan memahami pelaksanaan OSCE. Buku ini terdiri dari Blueprint, Soal, dan Rubrik Penilaian yang membahas secara mendalam terhadap OSCE Keperawatan.

Buku ini disusun secara sistematis untuk mencakup berbagai aspek penting yang akan diuji dalam ujian OSCE. Dengan gaya penulisan yang jelas dan mudah dipahami, buku ini memberikann gambaran tentang apa yang diharapkan dalam ujian OSCE, tetapi juga memberikan strategi dan tips untuk menghadapi ujian OSCE. Setiap skenario disertai dengan penjelasan rinci tentang poin-poin penting yang perlu diperhatikan.

Buku "Kumpulan Blue Print, Soal, dan Rubrik Penilaian OSCE DIII Keperawatan" tidak hanya berguna sebagai panduan persiapan ujian, tetapi juga sebagai sumber rujukan yang berharga bagi para bidan yang ingin memperdalam pemahaman mereka tentang praktik klinis yang berkualitas dalam bidang keperawatan.

Buku “Kumpulan Blue Print, Soal, dan Rubrik Penilaian OSCE DIII Keperawatan” adalah buku yang dirancang dalam mempersiapkan diri menghadapi Ujian Praktik Klinis berbasis OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Buku ini dapat membantu baik dosen, penguji, serta mahasiswa dalam mengetahui dan memahami pelaksanaan OSCE. Buku ini terdiri dari Blueprint, Soal, dan Rubrik Penilaian yang membahas secara mendalam terhadap OSCE Keperawatan.

Buku ini disusun secara sistematis untuk mencakup berbagai aspek penting yang akan diuji dalam ujian OSCE. Dengan gaya penulisan yang jelas dan mudah dipahami, buku ini memberikan gambaran tentang apa yang diharapkan dalam ujian OSCE, tetapi juga memberikan strategi dan tips untuk menghadapi ujian OSCE. Setiap skenario disertai dengan penjelasan rinci tentang poin-poin penting yang perlu diperhatikan.

Buku “Kumpulan Blue Print, Soal, dan Rubrik Penilaian OSCE DIII Keperawatan” tidak hanya berguna sebagai panduan persiapan ujian, tetapi juga sebagai sumber rujukan yang berharga bagi para bidan yang ingin memperdalam pemahaman mereka tentang praktik klinis yang berkualitas dalam bidang keperawatan.

ISBN 978-623-8549-61-0



Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919