



Nuansa
Fajar
Cemerlang



optimal

KUMPULAN BLUEPRINT, SOAL DAN RUBRIK PENILAIAN OSCE

Asmawati, SKp., M.Kep.
Ns. Fitri Wahyuni, M.Kep., Ners.
Ns. Ida Yatun Khomsah, S.Kep., M.Kep.
Hera Hastuti, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom.
Melkisedek Landi, S.Kep., Ns., M.Med.Ed.
Ns. Sinta Fresia, S.Kep., M.Kep.
Ns. Lydia Moji Lautan, M.Kep.
Fitriani Agustina, M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB.
Endang Suartini, S.ST., Ners., M.KM.
Enik Suhariyanti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. I Gusti Ayu Putu Desy Rohana, M.Kep, Sp.Kep.Kom.
Ns. Novi Herawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.
Eva Oktaviani, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An.
Damon Wicaksi, SST., M.Kes.
Martha Meti Kody, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Luluk Eka Meylawati, M.Kep.

KUMPULAN BLUEPRINT, SOAL DAN RUBRIK PENILAIAN OSCE

Penulis:

Asmawati, SKp., M.Kep.
Ns. Fitri Wahyuni, M.Kep., Ners.
Ns. Ida Yatun Khomsah, S.Kep., M.Kep.
Hera Hastuti, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom.
Melkisedek Landi, S.Kep., Ns., M.Med.Ed.
Ns. Sinta Fresia, S.Kep., M.Kep.
Ns. Lydia Moji Lautan, M.Kep.
Fitriani Agustina, M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB.
Endang Suartini, S.ST., Ners., M.KM.
Enik Suhariyanti, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. I Gusti Ayu Putu Desy Rohana, M.Kep, Sp.Kep.Kom.
Ns. Novi Herawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.
Eva Oktaviani, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An.
Damon Wicaksi, SST., M.Kes.
Martha Meti Kody, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Luluk Eka Meylawati, M.Kep.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

KUMPULAN BLUEPRINT, SOAL DAN RUBRIK PENILAIAN OSCE

Penulis: Asmawati, SKp., M.Kep.

Ns. Fitri Wahyuni, M.Kep., Ners.

Ns. Ida Yatun Khomsah, S.Kep., M.Kep.

Hera Hastuti, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom.

Melkisedek Landi, S.Kep., Ns., M.Med.Ed.

Ns. Sinta Fresia, S.Kep., M.Kep.

Ns. Lydia Moji Lautan, M.Kep.

Fitriani Agustina, M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB.

Endang Suartini, S.ST., Ners., M.KM.

Enik Suhariyanti, S.Kep., Ners., M.Kep.

Ns. I Gusti Ayu Putu Desy Rohana, M.Kep, Sp.Kep.Kom.

Ns. Novi Herawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.

Eva Oktaviani, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An.

Damon Wicaksi, SST., M.Kes.

Martha Meti Kody, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Luluk Eka Meylawati, M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-75-7

Cetakan Pertama: September, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PT NUANSA FAJAR CEMERLANG

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunianya sehingga Buku Kumpulan Blueprint, Soal dan Rubrik Penilaian OSCE 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 Blueprint, Soal dan Rubrik Penilaian OSCE 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
DRAFT I BLUE PRINT SOAL OSCE.....	2
DRAFT II BLUE PRINT SOAI OSCE.....	15
DRAFT III BLUE PRINT SOAL OSCE	29
DRAFT IV BLUE PRINT SOAL OSCE.....	42
DRAFT V BLUE PRINT SOAL OSCE.....	54
SIRKULASI.....	67
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE	68
CAIRAN DAN ELEKTROLIT	85
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE	86
NUTRISI.....	101
DRAFT I BLUE PRINT SOAL OSCE.....	102
DRAFT II BLUE PRINT SOAL OSCE	115
AMAN DAN NYAMAN	127
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE	128
PSIKOSOSIAL.....	139
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE	140
ELIMINASI.....	151
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE	152
AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT	165
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE	166
SEKSUAL DAN REPRODUKSI	181
DRAFT I BLUE PRINT SOAL OSCE.....	182
DRAFT II BLUE PRINT SOAL OSCE	195
DRAFT III BLUE PRINT SOAL OSCE	208

OKSIGENASI

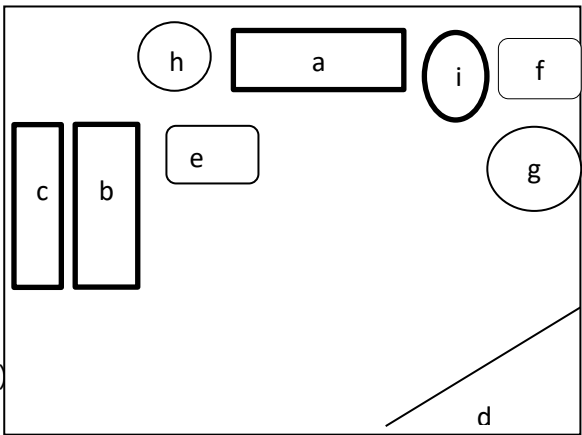
DRAFT I
BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Oksigenasi	Anak	Anak	Ranap	2,3,4,6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Latihan batuk efektif.	Perempuan, 36 tahun	Ya,usia 5 tahun	ya	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan oksigenasi pada pasien anak di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa dan perencanaan keperawatan, melakukan latihan batuk efektif.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa 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 perempuan, umur 5 tahun dirawat di ruang anak dengan pneumonia. Hasil pengkajian didapatkan data anak mengeluh sesak nafas, batuk tidak efektif, napas cepat dan dangkal, retraksi intercostal, Frekuensi napas 44 x/menit, gelisah, fokal fremitus bagian kanan lebih rendah. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus terhadap kebutuhan oksigenasi pada pasien (auskultasi paru) dan tuliskan hasilnya! 2. Rumuskan dan tuliskan Diagnosa Keperawatan yang muncul! 3. Lakukan latihan batuk efektif pada pasien! <i>Bagian ini mencantumkan skenario klinik station serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian secara jelas. Skenario klinik menggambarkan kasus yang dihadapi. Tuliskan informasi yang relevan (misalnya mencantumkan jenis kelamin, umur pasien, lokasi kejadian, permasalahan yang dihadapi). Tuliskan tugas yang harus dilakukan secara jelas, sehingga tidak membingungkan peserta ujian. Bila dianggap perlu, tugas yang tidak perlu dilakukan oleh peserta dapat dicantumkan pula.</i>

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang anak perempuan, umur 5 tahun dirawat di ruang anak dengan pneumonia. Hasil pengkajian didapatkan data anak mengeluh sesak nafas, batuk tidak efektif, napas cepat dan dangkal, retraksi intercostal, Frekuensi napas 44 x/menit, gelisah, fokal fremitus bagian kanan lebih rendah. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus terhadap kebutuhan oksigenasi pada pasien (auskultasi paru) dan tuliskan hasilnya! 2. Rumuskan dan tuliskan diagnosa keperawatan yang muncul! 3. Lakukan tindakan latihan batuk efektif pada pasien! <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Melakukan penilaian kemampuan teruji dalam melakukan pengkajian fokus (auskultasi paru) terdengar suara ronchi pada kedua bronchus apical lobus anterior kanan dan kiri atas 2. Menerima dan menilai kemampuan peserta dalam menegakkan diagnose keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan di buktikan dengan pasien mengeluh sesak napas, batuk tidak efektif, napas cepat dan dangkal, retraksi intercostal, Frekuensi napas 44 x/menit, gelisah, fokal fremitus bagian kanan lebih rendah. 3. Melakukan penilaian kemampuan tindakan latihan batuk efektif 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan <i>Bagian ini mencantumkan kembali skenario klinik serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian. Selanjutnya tugas untuk penguji dituliskan dengan jelas, termasuk hal-hal yang harus maupun tidak boleh dilakukan penguji. Selain itu terdapat pedoman penilaian untuk station tersebut sehingga membantu penguji memahami tujuan station serta memiliki penilaian yang sama. Jika ada pertanyaan yang perlu diujikan maka dicantumkan beserta jawaban dan modalitas nilainya. Informasi tambahan terkait hasil pemeriksaan fisik pasien dicantumkan beserta kapan informasi tersebut diberikan kepada peserta ujian</i>
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Bagian ini mencantumkan instruksi untuk klien standar termasuk bagaimana dia berperan sesuai skenario klinik yang diharapkan pembuat soal. Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (Pasien An. Perempuan, usia 5 tahun) pasien diperagakan dengan menggunakan manekin. Pasien didampingi oleh orang tuanya yaitu ibu.</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien dirawat di RS dengan keluhan sesak napas)</i>

		3. Riwayat penyakit dahulu (pasien baru pertama kali dirawat di RS) 4. Riwayat penyakit keluarga (tidak ada riwayat penyakit keluarga) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) 6. Harapan terhadap penyakit (orang tua mengatakan ingin anak segera sembuh dan cepet pulang agar bisa kembali bersekolah) 7. Peran yang harus dilakukan, KS: klien adalah Seorang anak perempuan berumur 5 tahun yang diirawat di RS dengan pneumonia. Saat berhadapan dengan peserta uji, KS posisi tiduran di bed dengan posisi setengah duduk, menunjukkan ekspresi sesak napas, bernafas dengan cepat dan dangkal. jika peserta uji menanyakan keluhan saudara jawab sesak. Selanjutnya ikuti instruksi dari peserta uji untuk pelaksanaan latihan batuk efektif. Orang tua pasien adalah ibu usia 36 tahun yang mendampingi pasien dan membantu perawat selama di lakukan tindakan latihan batuk efektif Manekin yang diperlukan adalah manekin anak usia prasekolah (5 tahun), digunakan untuk latihan batuk efektif.
10.	Setting Station:	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin anak - Laboran Tata letak ruang : - Tempat tidur dan manekin anak - Meja penguji - Kursi penguji - Pintu masuk - Trolley tempat alat - Wastafel - Tempat sampah - Kursi laboran - Kursi ibu (ortu klien) 
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 2. Tisu : 1 3. Bengkok dengan cairan desinfektan : 1 4. Set oksigen: 1 5. Pengalas atau underpad : 1 6. Tempat tidur: 1 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 Laboran ada Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.
12.	Penulis	Fitri Wahyuni, M.kep., Ns. Stikes Kesdam IV/Diponegoro Semarang
13.	Referensi	1. Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI 2. Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. 3. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI 4. Asosiasi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia.2018.Modul Praktika Keperawatan Anak. Jakarta: AIPVIKI

SPO Latihan Batuk Efektif

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengkaji kebutuhan pemasangan nasal kanul				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. <i>Sarung tangan</i> b. <i>Bengkok dengan cairan desinfektan</i> c. <i>Tissue</i> d. <i>Set Oksigen bila perlu</i> e. <i>Pengalas atau underpad</i>				
	3. Mencuci tangan 6 langkah				
B	Tahap Orientasi				
	4. Memberikan salam terapeutik				
	5. Memperkenalkan diri/ Menyampaikan nama perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menjelaskan tujuan dan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya				
	9. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja				
	10. Pasang sarung tangan bersih				
	11. Identifikasi kemampuan batuk				
	12. Atur posisi fowler atau semi fowler				
	13. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mecucu) selama 8 detik				
	14. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan menghembuskan selama 3 kali				
	15. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke 3				
	16. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran (jika perlu)				
	17. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	18. Lepaskan sarung tangan				
	19. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
D	Tahap terminasi				
	20. Evaluasi respon pasien				
	21. Berikan reinforcement positif				
	22. kontrak waktu selanjutnya				
	23. Akhiri dengan salam				

E	Tahap Dokumentasi				
	24. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon klien: a. Prosedur yang telah dilakukan b. Karakteristik sputum c. Respon pasien				
F	Penampilan Profesional				
	25. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Oksigenasi Klien Anak 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. Diagnosa keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Oksigenasi Klien Anak Di Ruang Rawat Inap

I. 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 focus : penilaian auskultasi paru klien. Peserta meletakkan stetoskop dengan tepat, lalu peserta melakukan pembacaan hasil pemeriksaan parunya (sesuai scenario)					1	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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 latihan batuk efektif 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 OSCE KEPERAWATAN STATION: Oksigenasi Klien Anak Di Ruang Rawat Inap

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan pengkajian fokus (auskultasi paru)	Peserta melakukan penilaian auskultasi paru namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penialian auskultasi paru dengan tepat, namun tidak sistematis	Mampu melakukan pengkajian focus berupa penilaian auskultasi paru secara tepat dan sistematis	1	
Diagnosis keperawatan	peserta ujian tidak dapat menentukan diagnosis	Peserta mampu menetapkan diagnosis meliputi problem saja Bersihan jalan napas tidak efektif	Peserta mampu menetapkan diagnosis meliputi problem dan etiologi Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan	Peserta mampu menetapkan diagnosis meliputi problem, etiologi, sign and symptom. (Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan di buktikan dengan pasien mengeluh sesak napas, batuk tidak efektif , napas cepat dan dangkal, retraksi intercostal, Frekuensi napas 44 x/menit, gelisah, fokal fremitus bagian kanan lebih rendah)	2	

Implementasi Keperawatan	Peserta tidak dapat mempraktekkan tindakan fisioterapi dada pada anak	Peserta ujian dapat memperagakan hanya 1-4 langkah dalam melakukan tindakan latihan batuk efektif 1. cuci tangan 2. Pakai sarung tangan bersih 3. Identifikasi kemampuan batuk 4. Atur posisi fowler atau semi fowler 5. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir di bulatkan (mecucu) selama 8 detik 6. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan menghembuskan selama 3 kali	Peserta ujian dapat memperagakan hanya 5-8 langkah dalam melakukan tindakan latihan batuk efektif 1. cuci tangan 2. Pakai sarung tangan bersih 3. Identifikasi kemampuan batuk 4. Atur posisi fowler atau semi fowler 5. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir di bulatkan (mecucu) selama 8 detik 6. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan menghembuskan selama 3 kali	Peserta ujian dapat memperagakan semua langkah dalam melakukan latihan batuk efektif 1. cuci tangan 2. Pakai sarung tangan bersih 3. Identifikasi kemampuan batuk 4. Atur posisi fowler atau semi fowler 5. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir di bulatkan (mecucu) selama 8 detik 6. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan menghembuskan selama 3 kali 7. Anjurkan batuk dengan kuat langsung	5	
--------------------------	---	---	---	--	---	--

		7. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke 3 8. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran (jika perlu) 9. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 10. Lepasakan sarung tangan 11. Cuci tangan 12. Dokumentasikan	7. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke 3 8. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran (jika perlu) 9. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 10. Lepasakan sarung tangan 11. Cuci tangan 12. Dokumentasikan	setelah Tarik napas dalam yang ke 3 8. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran (jika perlu) 9. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 10. Lepasakan sarung tangan 11. Cuci tangan 12. Dokumentasikan		
Perilaku profesional	Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-ppoint 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 point berikut 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 3-4 point 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	2	

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

(Kota),

Penguji :

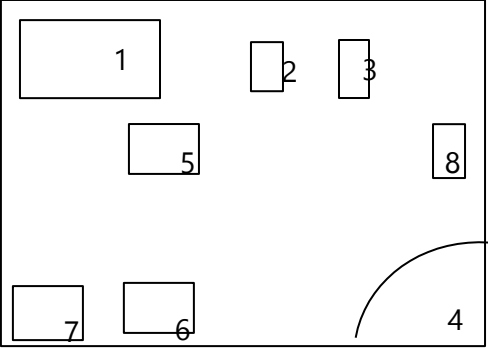
DRAFT II
BLUE PRINT SOAI OSCE

Station	Kategori Kebutuhan Dasar	<i>Lifes10 pan</i>	Kel Keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah Soal	PJ
.....	Oksigenasi	Dewasa	KMB	Rawat Inap	2, 3, 4, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Fisioterapi Dada	Perempuan, 44 tahun	Ya, sesuai	ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Fisioterapi Dada 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 perencanaan keperawatan, fisioterapi dada.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional <i>Pilih beberapa jenis kompetensi yang akan dinilai, minimal 3 kompetensirujuk pada kompetensi untuk jenjang pendidikan (D3 Kep atau Ners)</i>
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 <i>Pilih jenis katagori kebutuhan berdasarkan skenario klinik (kasus) yang diinginkan</i>
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, 44 tahun dirawat di ruang penyakit dalam sejak 3 hari dengan keluhan sesak. Hasil pengkajian : suara ronchi basah di basal paru, sulit mengeluarkan dahak, tidak bisa berbicara, suara serak, TD 130/80 mmHg, frekuensi napas 30x/menit, saat ini pasien mendapat terapi oksigen 3L/menit. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario pada manekin 2. Tuliskan diagnosa keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenarioatas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi fisioterapi dada pada manekin

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, 44 tahun dirawat di ruang penyakit dalam sejak 3 hari dengan keluhan sesak. Hasil pengkajian : suara ronchi basah di basal paru, sulit mengeluarkan dahak, tidak bisa berbicara, suara serak, TD 130/80 mmHg, frekuensi napas 30x/menit, saat ini pasien mendapat terapi oksigen 3L/menit. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario pada manekin 2. Tuliskan diagnosa keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian terapi fisioterapi dada pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian keluhan sesak pada manekin. Pada saat pengkajian peserta mengeluh sesak dan sulit mengeluarkan dahak. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan pasien mengeluh sesak, suara ronchi basah di basal paru, sulit mengeluarkan dahak, tidak bisa berbicara, suara serak, TD 130/80 mmHg, frekuensi napas 30x/menit, saat ini pasien mendapat terapi oksigen 3L/menit. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian fisioterapi dada pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa sesak berkurang saat peserta melakukan evaluasi pernafasan pasien setelah pemberian terapi 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>Bagian ini mencantumkan instruksi untuk pasien standar termasuk bagaimana dia berperan sesuai skenario klinik yang diharapkan pembuat soal. Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, usia 44 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh sesak, suara ronchi basah di basal paru, sulit mengeluarkan dahak, tidak bisa berbicara, suara serak.</i> 3. <i>Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama 1 tahun yang lalu dengan keluhan yang sama.</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga (tidak ada yang mempunyai keluhan yang sama)</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, patuh terhadap program pengobatan)</i> 6. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap kondisinya segera membaik dan sehat, sehingga dapat beraktivitas Kembali sebagai ibu rumah tangga)</i> 7. <i>KS di atas bed, dengan posisi duduk, menunjukkan sesak, sulit</i>

		<i>mengeluarkan dahak, tidak bisa bicara, suara serak</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin berjenis kelamin perempuan usia dewasa, yang akan dilakukan pemeriksaan keluhan sesak, sulit mengeluarkan dahak dan fisioterapi dada.</i> <i>Jika tidak memerlukan Klien Standar dan prosedur menggunakan Manekin, maka tuliskan kondisi spesifik dari manekin yang dibutuhkan.</i>
10.	Setting Station.	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa - laboran <i>tata letak ruang:</i> 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	<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. Pakaian atau handuk tipis b. Stetoskop c. Perlak+alas d. Tissue e. Pot sputum dengan larutan disinfektan f. Bantal g. Air minum hangat h. Baki+ alas atau troli i. Handscoon bersih j. Bengkok k. Kom+tutup <i>Apabila untuk kasus ini diperlukan laboran, mohon dituliskan</i>

		<i>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 memeriksa kelengkapan dan kebersihan alat.</i>
12.	Penulis	<i>Ns. Ida Yatun Khomsah, M.Kep.</i> <i>Akademi Keperawatan Bunda Delima</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>. 1stedn. 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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

SPO PEMBERIAN FISIOTERAPI DADA

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Persiapan Alat				
	a. Pakaian atau handuk tipis b. Stetoskop c. Perlak+alas d. Tissue e. Pot sputum dengan larutan disinfektan f. Bantal g. Air minum hangat h. Baki+ alas atau troli i. Handscoon bersih j. Bengkok k. Kom+tutup				
B	Tahap Orientasi				
	3. Menyampaikan salam terapeutik				
	4. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	5. Mengecek identitas pasien, minimal nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medik)				
	6. Menjelaskan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	7. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya				
	8. Menjaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 9 sd 21 : sistematis)				
	9. Memastikan kesipan pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, dan kesiapan alat sesuai kebutuhan.				
	10. Mencucui tangan (6 langkah)				
	11. Perawat menggunakan APD: hanscoon, masker				
	12. Lakukan auskultasi pada daerah toraks				
	13. Lakukan fisioterapi dada :				
	a. <i>Postural Drainase</i> • Miringkan tubuh klien kearah kanan (untuk membersihkan paru bagian kiri). • Miringkan tubuh klien kearah kiri (untuk membersihkan paru bagian kanan). • Miringkan tubuh klien ke kiri dan tubuh bagian belakang kanan disokong dengan satu bantal (untuk membersihkan bagian lobus tengah). • Lakukan <i>postural drainase</i> kurang lebih 10-15 menit, lakukan hingga lendir bersih.				
	b. <i>Perkusi/Clapping</i> • Atur posisi klien sesuai dengan kondisi (klien tidak sadar dengan posisi SIM/miring, klien sadar dengan posisi duduk).				

	• Letakkan handuk atau kain tipis/ klien menggunakan kain tipis pada daerah yang akan diperkusi. • Tangan perawat ditelungkupkan seperti mangkuk (cupping hand) • Menepuk-nepuk <i>cupping hand</i> pada punggung klien secara bergantian untuk merangsang terjadinya batuk. Lakukan gerakan cupping hand 1-2 menit pada klien dengan tingkat secret ringan, 3-5 menit untuk secret berat. Tindakan ini diulang beberapa kali sehari. • Jika klien sudah batuk, berhenti sebentar dan anjurkan untuk menampung pada pot sputum. • Anjurkan klien menarik napas dalam secara perlahan-lahan. • Lakukan hingga lender bersih lalu lakukan vibrasi.				
	c. Vibrasi/<i>Vibrating</i> • Atur posisi klien sesuai dengan kondisi (klien tidak sadar dengan posisi SIM/miring, klien sadar dengan posisi duduk). • Lakukan vibrasi dengan cara anjurkan klien untuk menarik nafas dalam dan mengeluarkannya secara perlahan (jika klien sadar). Letakkan kedua tangan di bagian yang akan dilakukan vibrasi kemudian getaran secara perlahan, lakukan berkali-kali hingga klien terbatuk. • Jika klien sudah terbatuk, berhenti sebentar dan anjurkan untuk menampungnya pada pot sputum. Lakukan hingga lender bersih. • Minta klien untuk minum air. Ulangi <i>postural</i> drainase, perkusi, dan vibrasi sampai area yang tersumbat telah terdrainase. Setiap tindakan tidak boleh lebih dari 30-60 menit. • Jika tidak ada suara abnormal, posisikan klien pada posisi semula dan berikan minuman hangat pada klien untuk membantu mengencerkan secret. • Jika masih ada suara abnormal, berikan posisi istirahat atau klien tidur dalam posisi <i>postural</i> drainase.				
	14. Memantau respon pasien				
	15. Merapihkan pasien dan alat alat yang digunakan				
	16. Lepaskan sarung tangan dan masker				
	17. Mencucui tangan (6 langkah)				
D	Tahap terminasi				
	18. Evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	19. Reinforcement positif				
	20. Kontrak waktu selanjutnya				
	21. Akhiri tindakan dengan baik				

E	Tahap Dokumentasi				
	22. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan dan respon pasien.				
F	Penampilan Profesional				
	23. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Kompres Hangat Pasien 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. Diagnosa keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Kompres Hangat Pasien Dewasa Di Ruang Rawat Inap

I. 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 keluhan sesak pada klien. Peserta melakukan pengkajian keluhan sesak, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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 pemberian 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					2	

dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
--	--	--	--	--	--	--

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 OSCE KEPERAWATAN STATION: Kompres Hangat Pasien Dewasa Di Ruang Rawat Inap

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan Pengkajian keluhan sesak	Peserta melakukan pengkajian keluhan sesak namun tidak lengkap	Peserta melakukan pengkajian keluhan sesak dengan lengkap namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa pengkajian keluhan sesak pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengkajian sesuai instruksi penguji saat peserta melakukan pengkajian keluhan sesak dengan tepat, menjaga privasi pasien.	1	
Diagnosis keperawatan	Peserta menuliskan masalah, namun tidak sesuai dengan skenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: bersihan jalan nafas tidak efektif, tetapi tidak dilengkapi dengan etiologi dan data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, tetapi tidak dilengkapi dengan data pendukung.	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan pasien mengeluh sesak, suara ronchi basah di basal paru, sulit mengeluarkan dahak, tidak bisa berbicara, suara serak, TD 130/80 mmHg, frekuensi napas 30x/menit, saat ini pasien mendapat terapi oksigen 3L/menit.	2	

Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pemberian fisioterapi dada, namun memberikan modalitas fisioterpi dada yang lainnya	Peserta melakukan pemberian fisioterapi dada, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemberian fisioterapi dada, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemberian fisioterpi dada dengan tepat dengan memperhatikan Lima prinsip pemberian fisioterapi dada: 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat: pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. Mencuci tangan 3. Modalitas tepat yang digunakan : fisioterapi dada 4. Sistematis (Memastikan kesiapan pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, dan kesiapan alat sesuai kebutuhan.mencuci tangan, menggunakan APD, lakukan aukultasi daerah thoraks, lakukan fisioterapi dada (<i>postural drainase, perkusi/ clapping, vibrasi/ vibrating</i>), Merapihkan pasien dan alat alat yang digunakan, lepaskan sarung tangan dan masker, dan Mencuci tangan (6 langkah) 5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian fisioterapi dada) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien, jika ada.	5	
Perilaku profesional	Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut 1. Melakukan	Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut: Melakukan setiap	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	

	berikut ini : 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan dirisendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati Menjaga privasi	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 Menjaga privasi	tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan dirisendiri 1. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 2. Melakukan tindakan sesuai prioritas 3. Menunjukkan sikap menghargai, Empati Menjaga privasi	2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati, Menjaga privasi		
--	--	---	---	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = $\frac{\text{Jumlah total skor}}{30} \times 100 =$

(Kota),

.....

Penguji :

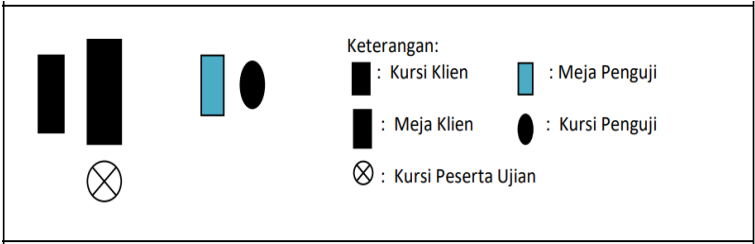
DRAFT III
BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Oksigenasi	Lansia	Keluarga	Komunitas	2, 4, 5, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Latihan Batuk Efektif.	Laki-laki, 65 tahun	Tidak ada	ya	1	

TEMPLATE OSCE STATION KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Oksigenasi pada klien Lansia di rumah (keluarga)
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan tindakan Latihan batuk efektif
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa 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 perawat melakukan kunjungan ke keluargabinaan Lansia laki-laki usia 65 tahun. Saat dikaji terdapat keluhan batuk sejak seminggu yang lalu, sulit mengeluarkan dahak, nafas agak sesak, dada bagian kanan tidak nyaman. Klien mengatakan tidak bisa tidur karena batuk. Klien memiliki riwayat penyakit bronkitis kronis. Saat dikaji klien terlihat lemas, dan lelah. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian RR dan Suara nafas. 2. Lakukan latihan batuk efektif
8.	Instruksi untuk Penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perawat melakukan kunjungan ke keluargabinaan Lansia laki-laki usia 65 tahun. Saat dikaji terdapat keluhan batuk sejak seminggu yang lalu, sulit mengeluarkan dahak, nafas agak sesak, dada bagian kanan tidak nyaman. Klien mengatakan tidak bisa tidur karena batuk. Klien memiliki riwayat penyakit bronkitis kronis. Saat dikaji klien terlihat lemas, dan lelah. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian RR dan Suara nafas.

		2. Lakukan latihan batuk efektif <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> <u>Instruksi Umum:</u> 1. Pastikan identitas peserta ujian sesuai dengan daftar nilai 2. Tulislah nama peserta ujian pada lembar nilai tulis 3. Amati peserta dan berilah skor (0/1/2/3) pada lembar nilai terhadap tugas yang dikerjakan sesuai rubrik 4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi berupa pertanyaan, maupun respon <i>nonverbal</i>/gerakan kepada peserta ujian selain yang ditentukan 5. Taatilah peraturan dan laksanakan tugas sebagai penguji <u>Instruksi Khusus:</u> 1. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik penilaian pengkajian RR dengan hasil RR ≥ 22 x/ menit dan suara nafas ronki pada ICS 2 kanan sesuai rubrik. 2. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik penilaian latihan batuk efektif. 3. Penguji mengamati, menilai, dan memastikan keamanan dan kenyamanan klien pada saat peserta ujian melakukan pengkajian, dan Latihan batuk efektif sesuai rubrik.
9.	Instruksi untuk klien standar/ manekin	Nama : Bpk. (sesuai nama KS) Usia : 65 tahun Jenis kelamin : Laki-laki Pekerjaan : Kerja serabutan Status : Menikah Pendidikan terakhir : SD <u>Riwayat penyakit sekarang:</u> • Keluhan utama : batuk berdahak dan sulit untuk dikeluarkan • Sejak kapan : Seminggu lalu • Perjalanan penyakit : memiliki Riwayat merokok dan penyakit Bronkritis kronis • Hal-hal yang memperburuk keluhan: makin terasa sesak saat klien tidur • Hal-hal yang mengurangi keluhan: pada saat sesak klien akan mengambil sikap duduk untuk mengurangi sesak. • Riwayat pengobatan sekarang: minum obat batuk yang dibeli di warung. <u>Riwayat penyakit dahulu:</u> pernah mengalami TB Paru saat masih remaja dan sudah sembuh. <u>Riwayat penyakit keluarga:</u> Tidak ada penyakit keturunan dan tidak ada penyakit yang sama.

		Riwayat kebiasaan sosial: merokok sejak usia dewasa awal sampai usia 60 tahun. Peran yang harus dilakukan: • Seorang lansia laki-laki, dengan keluhan batuk dan sulit mengeluarkan dahak sejak seminggu yang lalu, sesak, dan rasa tidak nyaman pada dada sebelah kanan. • Klien terlihat Lelah, lemas dan terbatuk-batuk • Saat dilakukan pengkajian RR dan auskultasi paru, KS mengikuti arahan peserta ujian. • Saat ditanya oleh peserta ujian tentang keluhan sesak: KS menjawab “batuk dan sesak sampai mengganggu tidur, sehingga klien perlu duduk untuk mengurangi rasa sesak”. • Saat peserta ujian melakukan latihan batuk efektif, KS mengikuti dan memperagakan sesuai arahan.
10.	<i>Setting Station:</i>	1. Poliklinik 2. Unit Gawat Darurat 3. Ruang Rawat Inap 4. Ruang Keluarga 5. Komunitas  Keterangan: ■ : Kursi Klien ■ : Meja Klien ⊗ : Kursi Peserta Ujian ■ : Meja Penguji ● : Kursi Penguji
11	Peralatan yang dibutuhkan	- Sarung tangan bersih 1 pasang - Hand Sanitizer 1 buah - Sputum pot dengan cairan desinfektan 1 buah - Handuk kecil 1 buah - Air minum untuk kumur 1 gelas - Tissue 1 kotak - Ballpoint dan kertas 1 set
12.	Penulis	Hera Hastuti, MKep., Ns. Sp.Kep.Kom
13.	Referensi	1. Hidayat, A. A & Uliyah, M. (2016). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta. Salemba Medika 2. Potter, P.A. & Perry, A.G. (2020). Fundamentals of nursing, 9 th edition .Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.

		3. TIM Pokja SPO DPP PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan 4. Rosyidi & Wulansari. (2013). Prosedur Praktik Keperawatan Jilid 1. Jakarta: CV Trans Info Media
--	--	---

Standar Prosedur Operasional Latihan Batuk Efektif
(Sumber: Pedoman SPO PPNI, 2021)

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. Sarung tangan bersih b. Hand Sanitizer c. Sputum pot dengan cairan desinfektan d. Handuk kecil e. Air minum untuk kumur f. Tisu				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, nama usia dan keluhan yang dialami				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sd 19 : sistematis)				
	9. Siapkan peralatan yang sesuai				
	10. Lakukan cuci tangan 6 langkah				
	11. Pasang sarung tangan bersih				
	12. Identifikasi kemampuan batuk				
	13. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, posisi semi fowler atau fowler.				
	14. Anjurkan klien 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 dalam dan menghembuskan napas selama 3 kali				
	16. Anjurkan batuk dengan kuat, langsung setelah menarik napas dalam yang ke-3				
	17. Kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran, jika perlu				
	18. Rapihkan klien dan peralatan yang digunakan				
	19. Lepaskan sarung tangan				
	20. Lakukan cuci tangan 6 langkah				
	21. Catat hasil prosedur tindakan				

D	Tahap terminasi				
	22. Evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	23. Reinforcement positif pada kerjasama klien				
	24. Kontrak waktu selanjutnya				
	25. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	26. Hari_tanggal_jam, kegiatan, Latihan batuk efektif serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	27. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Kebutuhan Oksigenasi: Latihan Batuk Efektif Pada Klien Lansia
Di Rumah

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Kebutuhan Oksigenasi: Latihan Batuk Efektif Pada Klien Lansia
Di Rumah

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Komunikasi Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan teknik komunikasi terapeutik kepada lansia. Penggunaan kalimat sederhana, jelas, singkat dan mudah dipahami merupakan Teknik komunikasi yang dapat digunakan perawat keluarga di rumah lansia. Lansia akan menyampaikan apa yang dirasakannya jika komunikasi efektif diberikan oleh perawat keluarga.					2	
2. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : pengkajian RR dan suara napas klien. Peserta menghitung jumlah frekwensi napas klien dengan meminta klien meletakkan tangan diatas dada klien dan tidak mengajak klien berbicara selama satu menit. Peserta meletakkan stetoskop pada area paru kanan dan kiri secara bergantian untuk mendengarkan adanya suara ronki pada ICS 2-5, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dilaporkan kepada penguji sesuai scenario).					2	

3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan tindakan keperawatan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan klien. Tindakan yang dimaksud adalah latihan batuk efektif 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

RUBRIK PENILAIAN OSCE
STATION: KEBUTUHAN OKSIGENASI: LATIHAN BATUK EFEKTIF PADA KLIEN LANSIA DIRUMAH

I. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Komunikasi, edukasi dan konseling	Peserta ujian sama sekali tidak melakukan prinsip komunikasi	Peserta ujian menunjukkan kemampuan 1-3 prinsip komunikasi meliputi: 1. Mengucapkan salam 2. Menanyakan kondisi klien 3. Menggunakan bahasa yang sederhana 4. Memberi informasi secara singkat tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan 5. Memberikan kesempatan klien/ keluarga untuk bertanya 6. Melakukan evaluasi 7. Menyampaikan kontrak yang akan datang	Peserta ujian menunjukkan kemampuan 4-6 prinsip komunikasi meliputi: 1. Mengucapkan salam 2. Menanyakan kondisi klien 3. Menggunakan bahasa yang sederhana 4. Memberi informasi secara singkat tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan 5. Memberikan kesempatan klien/ keluarga untuk bertanya 6. Melakukan evaluasi 7. Menyampaikan kontrak yang akan datang	Peserta ujian menunjukkan kemampuan seluruh prinsip komunikasi meliputi: 1. Mengucapkan salam 2. Menanyakan kondisi klien 3. Menggunakan bahasa yang sederhana 4. Memberi informasi secara singkat tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan 5. Memberikan kesempatan klien/ keluarga untuk bertanya 6. Melakukan evaluasi 7. Menyampaikan kontrak yang akan datang	2	

2. Pengkajian	Peserta ujian tidak melakukan pengkajian RR dan suara nafas.	Peserta ujian melakukan pemeriksaan RR dan suara nafas namun Langkah-langkah tidak tepat meliputi: 1. Tidak mengajak klien bicara saat pengkajian 2. Menggunakan Langkah yang tepat pada saat melakukan pengkajian	Peserta ujian melakukan pemeriksaan RR dan suara nafas secara tepat namun tidak sistematis , meliputi: 1. Tidak mengajak klien bicara saat pengkajian 2. Menggunakan Langkah yang tepat pada saat melakukan pengkajian	Peserta ujian melakukan pemeriksaan RR dan suara nafas secara tepat dan sistematis , meliputi: 1. Tidak mengajak klien bicara saat pengkajian 2. Menggunakan Langkah yang tepat pada saat melakukan pengkajian	2	
3. Implementasi Keperawatan: Latihan batuk efektif	Peserta Ujian tidak melakukan Tindakan Latihan batuk efektif.	Peserta Ujian melakukan kurang dari 4 langkah tindakan dengan: 1. Mencuci tangan 2. Menyiapkan alat: handuk kecil, sputum pot, tissue, air utk berkumur. 3. Mengatur posisi klien: duduk 4. Meletakkan tangan diatas abdomen 5. Melakukan Tarik napas dalam lalu mengeluarkan melalui mulut lakukan sebanyak 3 kali 6. Pada Tarik napas dalam yang ke 4, lalu tahan napas selama 3 hitungan lalu batukkan dari bronkus	Peserta Ujian melakukan 4 langkah tindakan dengan tepat: 1. Mencuci tangan 2. Menyiapkan alat: handuk kecil, sputum pot, tissue, air utk berkumur. 3. Mengatur posisi klien: duduk 4. Meletakkan tangan diatas abdomen 5. Melakukan Tarik napas dalam lalu mengeluarkan melalui mulut lakukan sebanyak 3 kali 6. Pada Tarik napas dalam yang ke 4, lalu tahan napas selama 3	Peserta Ujian melakukan seluruh langkah tindakan dengan tepat : 1. Mencuci tangan 2. Menyiapkan alat: handuk kecil, sputum pot, tissue, air utk berkumur. 3. Mengatur posisi klien: duduk 4. Meletakkan tangan diatas abdomen 5. Melakukan Tarik napas dalam lalu mengeluarkan melalui mulut lakukan sebanyak 3 kali 6. Pada Tarik napas dalam yang ke 4, lalu tahan napas selama 3	4	

		7. Mencuci tangan	hitungan lalu batukkan dari bronkus 7. Mencuci tangan	hitungan lalu batukkan dari bronkus 7. Mencuci tangan		
4. Perilaku Profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan tindakan.	Meminta izin secara lisan 1-2 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien 5. Percaya diri dalam melakukan tindakan	Meminta izin secara lisan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien 5. Percaya diri dalam melakukan tindakan	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap : 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien 5. Percaya diri dalam melakukan tindakan	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

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota),

Penguji :

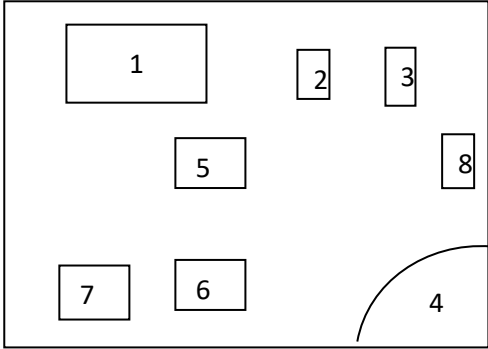
DRAFT IV
BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Oksigenasi	Dewasa	KMB	Ranap	2, 4, 5, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Pemberian oksigen nasal kanule .	Bapak, 45 tahun	Ya, seusia Dewasa	ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan oksigenasi pada Pasien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan Pengkajian, pemberian oksigen nasal kanule.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa 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 pasien, Bapak A, 45 Tahun dirawat di ruangan rawat Inap dengan Asma hari I. Hasil Pengkajian didapatkan Pasien Mengeluh sesak napas, batuk. Auskultasi mengi. Napas dangkal dan cepat, RR 30x/menit, N: 115x/menit. Sebelumnya Mempunyai riwayat asma dan seringkali terjadi saat ada paparan udara dingin atau lelah. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian focus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnose keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi oksigen dengan aliran 4 lpm pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang pasien, Bapak A 45 Tahun, dirawat di ruangan rawat Inap dengan Asma hari I. Hasil Pengkajian didapatkan Pasien Mengeluh sesak napas, batuk. Auskultasi :mengi. Napas dangkal dan cepat, RR 30x/menit, N: 115x/menit. Sebelumnya Mempunyai riwayat asma dan seringkali terjadi saat ada paparan udara dingin atau lelah. <u>TUGAS:</u>

		1. Lakukan pengkajian focus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnose keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi oksigen dengan aliran 4 lpm pada manekin INSTRUKSI PENGUJI: 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian focus 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: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan uoaya napas ditandai dengan pasien mengeluh sesak napas, napas dangkal, Whezing; RR 30 kali per menit, Nadi 115 kali per menit, SaO2 95% 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian therapi oksigen nasal kanule 4 lpm pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa sesak berkurang saat peserta melakukan evaluasi pola napas pasien setekah pemberian therapi oksigen 4. Monitor perilaku professional 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,Bapak A usia 45 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh mengeluh sesak ulang Napas dangkal)</i> 3. <i>Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke-1. Sebelumnya belum pernah dirawat.</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga ada Anggota keluarga yang mengalami keluhan yang sama, yaitu IBu)</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial (Rajin Berolahraga)</i> 6. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien berharap segera membaik sehat, dan bisa Kembali Kerumah dan bekerja)</i> 7. <i>Pasien sambil tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk dan miring ke salah satu posisi, menunjukan sesak, napas dangkal, tarikan dinding dada. Peran yang harus dilakukan, tampak terengah engah, setengah duduk, Ekspresi cemas/Gelisah,</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa, digunakan untuk pemasangan terapi oksigen serta pengukuran saturasi oksigen.</i>
10.	Setting Station.	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin anak - 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>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> - Tabung oksigen/oksigen sentral : 1 - Selang kanul nasal ; sejumlah peserta - Flowmeter oksigen ; 1 set - Humidifier : 2 set - Cairan steril : 2 flabot aqua steril - Stetoskop : 1 - Oksimetri : 1 - Cotton bud : 1 bok - 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. Laboran meng-0 kan kembali flowmeter oksigen, dan menutup akses sumber oksigen. Laboran Dilarang Bicara/membantu Praktikan saat Ujian</i>
12.	Penulis	<i>Melkisedek Landi, Skep.NS.,MMEdEd</i> <i>Poltekes Kemenkes Kupang Kampus Waingapu</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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI
--	--	--

SPO 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 a. <i>Tabung oksigen/oksigen sentral</i> b. <i>Selang kanul nasal</i> c. <i>Flowmeter oksigen</i> d. <i>Humidifier</i> e. <i>Cairan steril</i> f. <i>Stetoskop</i> g. <i>Oksimetri</i> h. <i>Cotton bud</i> i. <i>Bengkak</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 19 : sistematis)				
	11. Siap 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 : nasal kanule (dasar instruksi scenario)				
	14. pastikan jalan napas atas paten				
	15. isi humidifier dengan cairan steril sesuai batas, pasang flometer dan humidifier ke sumber oksigen,				
	16. buka sumber oksigen, sambungkan selang nasal kanule ke sumber oksigen				
	17. atur aliran 2 lpm/sesuai advice kebutuhan pasien, cek kepatenan adekuat dengan punggung tangan yang non dominan,				

	18. pasang cabang kanule pada lubang hidung, lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya				
	19. monitor setelah pemberian oksigen(subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene				
D	Tahap terminasi				
	20. simpulkan kegiatan				
	21. evaluasi respon (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 respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	26. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Oksigenasi 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. Diagnosa keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Oksigenasi Klien Dewasa Di Ruang Rawat Inap

I. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Penilaian saturasi oksigen pada klien. Peserta meletakkan oksimeter dengan tepat pada ujung ekstremitas manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					1	
2. Diagnosa keperawatan Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang jelas berdasarkan skenario.					2	
3. Implementasi: Keperawatan peserta ujian melakukan pemberian oksigen nasal kanule 4 lpm dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat.					5	
4. Perilaku Profesional Peserta Ujian menunjukkan profesionalisme dengan baik : meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien.					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 OSCE KEPERAWATAN
STATION: Oksigenasi Klien Dewas Di Ruang Rawat Inap

Kompetensi	Score (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 focus 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 scenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : pola napas tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, namun data pendukung tidak	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengeluh sesak, penggunaan otot bantu napas tambahan, napas dangkal, frekuensi	2	

			disampaikan dengan adekuat	napas 30 kali/menit, saturasi oksigen 95%		
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: nasal kanule 4. Sistematis (pastikan jalan napas atas paten, atur posisi pasien nyaman, isi humidifier dengan cairan steril sesuai batas, pasang flometer dan humidifier ke sumber oksigen, buka sumber oksigen, sambungkan selang nasal kanule ke sumber oksigen, atur aliran 4 lpm, cek kepatenan adekuat dengan punggung tangan yang non dominan, pasang cabang kanule pada lubang hidung, lingkarkan	5	

				selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya, monitor setelah pemberian oksigen(subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene 5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point 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 point berikut 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 3-4 point berikut : 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 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	2	

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

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota), 2024

.....

Penguji :

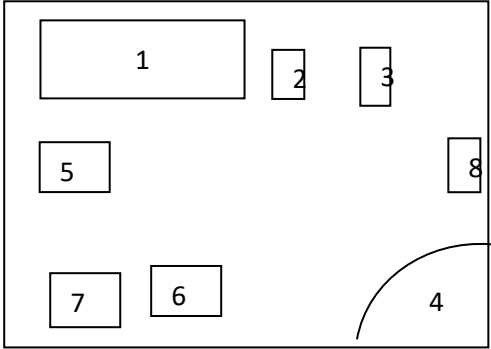
DRAFT V
BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Oksigenasi	Dewasa	KMB	R.HCU	2,3 dan 4	Pengkajian (Pemeriksaan Fisik), Diagnosa, perencanaan Implementasi tindakan suction pada Pasien terpasang OPA	-	Ya, Pasien Dewasa laki-laki terpasang OPA dan Oksigen nasal kanul	1	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN
SOAL OSCE KMB "PENGHISAPAN JALAN NAFAS (*SUCTION*)"

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Penghisapan jalan nafas (<i>Suction</i>) pada pasien dewasa di ruang HCU
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pemeriksaan fisik sistem pernafasan, menegakkan diagnose Keperawatan utama, perencanaan keperawatan dan membantu pengeluaran sputum (<i>suction</i>) pada pasien tidak sadar yang terpasang OPA (<i>Oropharyngeal airway</i>) dan Oksigen <i>nasal canule</i>
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pemeriksaan fisik 3. Diagnosa 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 56 tahun dirawat di Ruang HCU dengan kesadaran Coma. Pasien tampak sesak dan terpasang <i>Oropharyngeal airway</i> (OPA) Oksigen nasal canule. Hasil pemeriksaan fisik tampak sputum dan gurgling, suara nafas ronchi. TD : 160/ 80 mmHg, frekuensi nafas 28x/menit, frekuensi nadi 80x/menit <u>TUGAS</u> 1. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien tersebut! 2. Tentukan dan tuliskan diagnosa keperawatan utama pada kasus tersebut! 3. Lakukan Implementasi keperawatan kolaborasi yang utama untuk membantu pengeluaran sputum pada manekin yang terpasang OPA!
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u>

		Seorang laki-laki umur 56 tahun dirawat di Ruang HCU dengan kesadaran Coma. Pasien tampak sesak dan terpasang <i>Oropharyngeal airway</i> (OPA) Oksigen nasal canule. Hasil pemeriksaan fisik tampak sputum dan gurgling, suara nafas ronchi. TD : 160/ 80 mmHg, frekuensi nafas 28x/menit, frekuensi nadi 80x/menit <u>TUGAS</u> 1. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien tersebut! 2. Tentukan dan tuliskan diagnosa keperawatan utama pada kasus tersebut! 3. Lakukan Implementasi keperawatan kolaborasi yang utama untuk membantu pengeluaran sputum pada manekin yang terpasang OPA ! <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam melakukan pemeriksaan fisik system pernafasan dengan metode IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi dn Perkusi) pada manekin 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan utama: Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan produksi sputum ditandai dengan adanya sputum, gurgling pada OPA dan bunyi nafas ronchi. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam melakukan suction dengan memperhatikan prinsip sterilitas pada alat suction serta tindakan pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa sputum berkurang saat peserta melakukan evaluasi 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa terpasang OPA (<i>Oropharyngeal airway</i>) dan Oksigen <i>nasal canule</i>
10.	<i>Setting Station:</i>	Ruang HCU - Tempat tidur pasien - Manekin Dewasa Terpasang OPA - Set alat Suction - Mesin Suction - Laboran <i>tata letak ruang :</i>

		- Tempat tidur dan manekin dewasa terpasang OPA, - Meja penguji - Kursi penguji - Pintu masuk - Trolley alat set suction dan mesin suction - Wastafel - Tempat sampah - Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	Peralatan : - sarung tangan steril 1 set - Masker dan google jika perlu 1 - Selang suction ukuran dewasa 1 - Selang penyambung 1 - Mesin Suction 1 - Kom steril berisi cairan steril 1 - Tisu 1 kotak - Pengalas 1 - Sumber oksigen 1 - Stetoskop 1 - bengkok 1 - Oksimetri nadi 1 - Nasal Canule Laboran ada Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set alat ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta lain masuk ke ruang ujian.
12.	Penulis	Ns. Sinta Fresia, S.Kep, M.Kep Universitas Dirgantara Marsekal Suryadarma
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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

SPO PENGHISAPAN JALAN NAFAS (SUCTION)

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan				
	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				
	11. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan				
	12. Lakukan cuci tangan 6 langkah				
	13. Posisikan pasien semi fowler				
	14. Auskultasi suara nafas				
	15. Pasang oksimetri nadi				
	16. Letakkan pengalas di bawah dagu atau dada				
	17. Hubungkan selang penyambung ke mesin suction				
	18. Hubungkan selang penyambung dengan ujung selang suction				
	19. Nyalakan mesin suction dan atur tekanan negative, sesuai kebutuhan (dewasa 120-150 mmHg,)				
	20. Berikan oksigenasi 100% minimal 30 detik dengan selang oksigen				
	21. Pasang sarung tangan steril				
	22. Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik melalui OPA				
	23. Bilas selang suction dengan cairan steril				
	24. Berikan kesempatan bernafas 3-5 kali sebelum penghisapan berikutnya				
	25. Monitor saturasi selama penghisapan				
	26. Lepas dan buang selang suction				
	27. Matikan mesin suction				
	28. Auskultasi Kembali suara nafas				
	29. Rapiakan pasien dan alat-lat yang digunakan				
	30. Lepaskan sarung tangan				

	31. Cuci tangan 6 langkah				
D	Tahap terminasi				
	32. simpulkan kegiatan				
	33. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	34. reinforcement positif				
	35. kontrak waktu selanjutnya				
	36. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	37. Dokumentasikan warna, jumlah, konsistensi sputum, kemampuan batuk, saturasi oksigen dan suara nafas, serta respon pasien				
F	Penampilan Profesional				
	38. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Penghisapan Jalan Nafas (*Suction*)

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pemeriksaan Fisik					3	
2. Diagnosa keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Penghisapan Jalan Nafas (*Suction*)

I. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pemeriksaan fisik Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pemeriksaan fisik sistem pernafasan dengan metode I (inspeksi) A (auskultasi) P (Palpasi) P (Perkusi) dan penilaian saturasi oksigen pada klien. Peserta dapat menyebutkan hasil pemeriksaan fisik pada system pernafasan berdasarkan kasus sesuai scenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					3	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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 melakukan penghisapan jalan nafas (suction) dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	

II. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Penghisapan Jalan Nafas (Suction)

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pemeriksaan fisik keperawatan	Peserta tidak melakukan pemeriksaan fisik system pernafasan dengan metode IAPP	Peserta melakukan pemeriksaan fisik system pernafasan dengan metode IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi dan Perkusi) namun tidak tepat	Peserta melakukan pemeriksaan fisik system pernafasan dengan metode IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi dan Perkusi) namun tidak lengkap	Peserta melakukan pemeriksaan fisik system pernafasan dengan metode IAPP (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi dan Perkusi) dengan tepat, menyebutkan hasil pemeriksaan berdasarkan scenario kasus dan memperhatikan privacy pasien.	3	
Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan diagnose keperawatan utama namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis keperawatan utama sesuai scenario: Bersihan jalan nafasa napas tidak efektif, tanpa menyampaikan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario: Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Peningkatan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario: Bersihan Jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Peningkatan produksi sputum ditandai	2	

	tertuang dalam scenario kasus di bagian instruksi penguji	etiologi serta data pendukung	produksi sputum namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	dengan pasien mengeluh sesak, peningkatan sputum pada OPA dan bunyi nafas ronchi		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan penghisapan jalan nafas (suction)	Peserta melakukan Tindakan penghisapan jalan nafas (suction), namun hanya memenuhi 7-8 dari 20 langkah tindakan dengan tepat 1. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 2. Lakukan cuci tangan 6 langkah 3. Posisikan pasien semi fowler 4. Auskultasi suara nafas 5. Pasang oksimetri nadi 6. Letakkan pengalas di bawah dagu atau dada 7. Hubungkan selang penyambung ke mesin suction	Peserta melakukan Tindakan penghisapan jalan nafas (suction), namun hanya memenuhi 10-15 dari 20 langkah tindakan dengan tepat 1. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 2. Lakukan cuci tangan 6 langkah 3. Posisikan pasien semi fowler 4. Auskultasi suara nafas 5. Pasang oksimetri nadi 6. Letakkan pengalas di bawah dagu atau dada	Peserta melakukan Tindakan penghisapan jalan nafas (suction) dengan tepat dengan memenuhi 20 langkah Tindakan sesuai SOP penghisapan jalan nafas (suction) 1. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 2. Lakukan cuci tangan 6 langkah 3. Posisikan pasien semi fowler 4. Auskultasi suara nafas 5. Pasang oksimetri nadi 6. Letakkan pengalas di bawah dagu atau dada	5	

		8. Nyalakan mesin suction dan atur tekanan negative, sesuai kebutuhan (dewasa 120-150 mmHg,) 9. Berikan oksigenasi 100% minimal 30 detik dengan selang oksigen 10. Pasang sarung tangan steril 11. Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik melalui OPA 12. Bilas selang suction dengan cairan steril 13. Monitor saturasi selama penghisapan 14. Lepas dan buang selang suction 15. Matikan mesin suction 16. Matikan mesin suction 17. Auskultasi Kembali suara nafas	7. Hubungkan selang penyambung ke mesin suction 8. Nyalakan mesin suction dan atur tekanan negative, sesuai kebutuhan (dewasa 120-150 mmHg,) 9. Berikan oksigenasi 100% minimal 30 detik dengan selang oksigen 10. Pasang sarung tangan steril 11. Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik melalui OPA 12. Bilas selang suction dengan cairan steril 13. Monitor saturasi selama penghisapan 14. Lepas dan buang selang suction	7. Hubungkan selang penyambung ke mesin suction 8. Nyalakan mesin suction dan atur tekanan negative, sesuai kebutuhan (dewasa 120-150 mmHg,) 9. Berikan oksigenasi 100% minimal 30 detik dengan selang oksigen 10. Pasang sarung tangan steril 11. Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik melalui OPA 12. Bilas selang suction dengan cairan steril 13. Monitor saturasi selama penghisapan 14. Lepas dan buang selang suction 15. Matikan mesin suction		
--	--	--	---	---	--	--

		18. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 19. Lepaskan sarung tangan 20. Cuci tangan 6 langkah	15. Matikan mesin suction 16. Matikan mesin suction 17. Auskultasi Kembali suara nafas 18. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 19. Lepaskan sarung tangan 20. Cuci tangan 6 langkah	16. Matikan mesin suction 17. Auskultasi Kembali suara nafas 18. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 19. Lepaskan sarung tangan 20. Cuci tangan 6 langkah		
--	--	--	--	---	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota) ,

Penguji :

SIRKULASI

DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

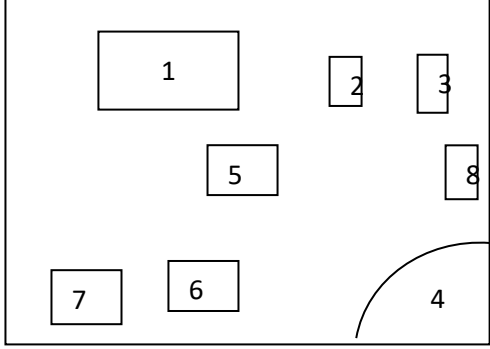
Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Sirkulasi	Dewasa	IGD	IGD	2, 4, 6	Pengkajian ABC, Diagnosis	Laki-laki, 50 tahun	Ya, dewasa	Ya	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan sirkulasi pada orang dewasa di ruang IGD
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemeriksaan tanda-tanda vital (TD, N, T, P)
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional <i>Pilih beberapa jenis kompetensi yang akan dinilai, minimal 3 kompetensi → rujuk pada kompetensi untuk jenjang pendidikan (D3 Kep atau Ners)</i>
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 <i>Pilih jenis katagori kebutuhan berdasarkan skenario klinik (kasus) yang diinginkan</i>
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki berusia 50 tahun dibawa ke IGD dengan keluhan pusing dan merasa tidak nyaman di dada seperti jantung berdebar lebih kencang. Hasil pengkajian: tampak berkeringat dan gelisah, pasien memiliki riwayat sakit jantung sejak 1 tahun yang lalu namun minum obat tidak teratur. Hasil pemeriksaan EKG 12 lead gambaran aritmia <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian focus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosa keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemeriksaan Tanda-tanda vital (TD, N, T, P) pada manekin

		<i>Bagian ini mencantumkan skenario klinik station serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian secara jelas. Skenario klinik menggambarkan kasus yang dihadapi. Tuliskan informasi yang relevan (misalnya mencantumkan jenis kelamin, umur pasien, lokasi kejadian, permasalahan yang dihadapi). Tuliskan tugas yang harus dilakukan secara jelas, sehingga tidak membingungkan peserta ujian. Bila dianggap perlu, tugas yang tidak perlu dilakukan oleh peserta dapat dicantumkan pula.</i>
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki berusia 50 tahun dibawa ke IGD dengan keluhan pusing dan merasa tidak nyaman di dada seperti jantung berdebar lebih kencang. Hasil pengkajian: tampak berkeringat dan gelisah, pasien memiliki riwayat sakit jantung sejak 1 tahun yang lalu namun minum obat tidak teratur. Hasil pemeriksaan EKG 12 lead gambaran aritmia <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian focus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnose keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TD, N, T, P) pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian focus tambahan yakni pemeriksaan tanda-tanda vital (TD, N, T, P) pada manekin. Pada saat peserta melakukan pemeriksaan Tanda-tanda vital (TD, N, T, P) pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa TD 170/110 mmHg, Nadi 110x/menit, T 36°C, P 20x/menit 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan pasien mengeluh jantung berdebar lebih kencang, hasil pemeriksaan EKG 12 lead gambaran aritmia 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemeriksaan Tanda-tanda vital (TD, N, T, P). Sampaikan kepada peserta bahwa keluhan jantung berdebar sudah berkurang saat peserta melakukan evaluasi penurunan curah jantung pasien setekah pengukuran tanda-tanda vital 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.

		Bagian ini mencantumkan kembali skenario klinik serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian. Selanjutnya tugas untuk penguji dituliskan dengan jelas, termasuk hal-hal yang harus maupun tidak boleh dilakukan penguji. Selain itu terdapat pedoman penilaian untuk station tersebut sehingga membantu penguji memahami tujuan station serta memiliki penilaian yang sama. Jika ada pertanyaan yang perlu diujikan maka dicantumkan beserta jawaban dan modalitas nilainya. Informasi tambahan terkait hasil pemeriksaan fisik pasien dicantumkan beserta kapan informasi tersebut diberikan kepada peserta ujian
9.	Instruksi untuk klien standar	Bagian ini mencantumkan instruksi untuk pasien standar termasuk bagaimana dia berperan sesuai skenario klinik yang diharapkan pembuat soal. Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya: 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 50 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh pusing dan merasa tidak nyaman di dada seperti jantung berdebar lebih kencang) 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama saat pasien usia 49 tahun. 4. Riwayat penyakit keluarga (ayah pasien meninggal karena serangan jantung pada usia 65 tahun) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) 6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berherap segera membaik sehat, pasien berharap bisa beraktifitas bekerja sebagai guru SD) 7. KS tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk, menunjukan tampak berkeringat dan gelisah. 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 dewasa laki-laki, digunakan untuk pemeriksaan pemeriksaan tanda-tanda vital (TD, N, T, P). Jika tidak memerlukan Klien Standar dan prosedur menggunakan Manekin, maka tuliskan kondisi spesifik dari manekin yang dibutuhkan.
10.	Setting Station:	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa - laboran tata letak ruang:

		- 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>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> - Stetoskop - Tensimeter/Sphygmomanometer - Sarung tangan/handscoen - Jam tangan - Thermometer (digital/elektrik) - Tissue - Bullpen - Bengkok - Lembar dokumentasi <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat pemeriksaan tanda-tanda vital setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</i>
12.	Penulis	<i>Ns. Lydia Moji Lautan, M. Kep</i> <i>Universitas Katolik Santo Agustinus Hippo</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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

SPO Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital
(Gunakan SPO dari PPNI)

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. Stetoskop b. Tensimeter/Sphygmomanometer c. Sarung tangan/handscoen d. Jam tangan e. Thermometer (digital/elektrik) f. Tissue g. Bullpen h. Bengkok i. Lembar dokumentasi				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	1. Menyampaikan salam terapeutik				
	2. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	3. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	4. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	5. Memberi kesempatan bertanya				
	6. Memulai tindakan dengan baik				
	7. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja				
	8. Slap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	9. Cuci tangan				
	10. modalitas tepat yang digunakan : tensimeter/sphygmomanometer, termometer (dalam persiapan alat)				
	<i>Pengkuran Temperature Axila</i>				
	11. Minta pasien untuk duduk atau berbaring, pastikan pasien merasa nyaman				
	12. Gulung lengan baju pasien atau buka baju atas sampai axila terlihat				
	13. Keringkan daerah axila dengan tissue				
	14. Pastikan thermometer siap (tampilan huruf Lo pada layar temperature digital)				

	15. Pasang thermometer pada daerah tengah axila, minta pasien untuk menurunkan lengan atas dan meletakkan lengan bawah diatas dada.				
	16. Jelaskan pada pasien bahwa pengukuran akan berlangsung selama kurang lebih 3 menit atau sampai alarm berbunyi pada thermometer				
	17. Ambil thermometer dan baca hasilnya				
	18. Bersihkan thermometer dengan tissue dan rapikan alat				
	19. Cuci tangan				
	20. Dokumentasikan hasil pemeriksaan				
	<i>Pengukuran Temperatur Temporal</i>				
	21. Jelaskan tujuan dan prosedur pemeriksaan pada klien				
	22. Cuci tangan dan persiapkan alat-alat di dekat klien				
	23. Pakai sarung tangan				
	24. Lepaskan topi/penutup kepala klien, sibak dahi klien, bersihkan dengan menggunakan kapas				
	25. Letakkan sisi lensa thermometer pada bagian tengah dahi klien antara alis dan batas rambut				
	26. Tekan dan tahan tombol SCAN, geser perlahan menyamping dari dahi hingga bagian atas telinga (terdengar bunyi „BIP“ dan lampu merah akan menyala)				
	27. Lepaskan tombol SCAN, angkat thermometer dari dahi klien (Termometer akan secara otomatis mati dalam 30 detik, untuk mematkannya segera, tekan dan lepaskan tombol SCAN dengan cepat				
	28. Baca hasil pengukuran layar				
	29. Rapikan pasien				
	30. Cuci tangan				
	31. Dokumentasikan hasil pemeriksaan				
	<i>Pengukuran Frekuensi Pernafasan</i>				
	32. Bantu pasien membuka baju, jaga privasi klien				
	33. Posisikan pasien untuk berbaring/duduk, pastikan pasien nyaman				
	34. Lakukan inspeksi atau palpasi dengan kedua tangan pada punggung / dada untuk menghitung gerakan pernapasan selama 1 menit				
	35. Dokumentasikan hasil pemeriksaan (frekuensi nafas, irama nafas reguler/ireguler, dan tarikan otot bantu pernafasan)				
	<i>Pengukuran Nadi</i>				
	36. Cuci tangan				

	37. Bantu pasien untuk duduk atau berbaring, pastikan pasien merasa nyaman				
	38. Gunakan ujung tiga jari (jari telunjuk, jari tengah dan jari manis) untuk meraba salah satu dari 9 arteri (tekan arteri radialis untuk merasakan denyutan)				
	39. Kaji jumlah, kualitas dan ritme nadi				
	40. Gunakan jam tangan untuk menghitung frekuensi denyut nadi selama 1 menit				
	41. Cuci tangan				
	42. Dokumentasikan hasil pemeriksaan				
	<i>Pengukuran Tekanan Darah</i>				
	43. Pilih manset tensimeter/sphygmomanometer sesuai dengan ukuran lengan pasien				
	44. Tempatkan pasien dalam posisi nyaman (duduk/berbaring) dengan lengan rileks, sedikit menekuk pada siku dan bebas dari tekanan oleh pakaian				
	45. Palpasi arteri brachialis				
	46. Pasang manset melingkari lengan atas dimana arteri brachialis teraba, secara rapi dan tidak terlalu ketat (2,5 cm di atas siku) dan sejajar jantung				
	47. Raba nadi radialis atau brachialis dengan satu tangan				
	48. Tutup bulb screw tensimeter				
	49. Pasang bagian diafragma stetoskop pada perabaan pulsasi arteri brachialis				
	50. Pompa tensimeter/sphygmomanometer dengan cepat sampai 30mmHg di atas hilangnya pulsasi arteri radialis				
	51. Turunkan tekanan manset perlahan-lahan sampai pulsasi arteri teraba				
	52. Dengarkan melalui stetoskop, sambil menurunkan perlahan-lahan 3mmHg/detik dan melaporkan saat mendengar bising „dug” pertama (tekanan sistolik)				
	53. Turunkan tekanan manset sampai suara bising „dug” yang terakhir (tekanan diastolik)				
	54. Rapikan alat-alat yang telah digunakan				
	55. Rapikan dan berikan posisi yang nyaman pada pasien				
	56. Cuci tangan				
	57. Dokumentasikan hasil pemeriksaan				
D	Tahap terminasi				
	58. simpulkan kegiatan				

	59. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	60. reinforcement positif				
	61. kontrak waktu selanjutnya				
	62. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	63. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	64. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Sirkulasi Klien Dewasa Di Ruang IGD

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Sirkulasi klien Dewasa di ruang IGD

I. 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 focus : penilaian saturasi oksigen pada klien. Peserta meletakkan oksimeter dengan tepat pada ujung ekstremitas manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					1	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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 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,					2	

melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
---	--	--	--	--	--	--

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 OSCE KEPERAWATAN STATION: Sirkulasi klien Dewasa di ruang IGD

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	- Peserta tidak melakukan penilaian tanda-penurunan curah jantung	Peserta melakukan penilaian tanda-penurunan curah jantung , namun tidak lengkap	Peserta melakukan penilaian tanda-penurunan curah jantung dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian focus berupa penilaian pengukuran tanda-tanda vital (TD, N, T, P) dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa penilaian tanda-penurunan curah jantung pada manekin dengan mengukur tanda-tanda vital (TD, N, T, P dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan mengukur dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam scenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : penurunan curah jantung, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung ditandai dengan pasien mengeluh jantung berdebar lebih kencang, hasil pemeriksaan EKG 12 lead gambaran aritmia	2	

Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pengukuran tanda-tanda vital (TD, N, T, P) namun memberikan modalitas curah jantung yang lainnya	Peserta tindakan pengukuran tanda-tanda vital (TD, N, T, P) namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan tindakan pengukuran tanda-tanda vital (TD, N, T, P) namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan tindakan pengukuran tanda-tanda vital (TD, N, T, P) dengan tepat : Lima prinsip tindakan pengukuran tanda-tanda vital (TD, N, T, P) diberikan dengan tepat 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat : pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. Cuci tangan 3. modalitas tepat yang digunakan : tensimeter/sphygmomanometer, thermometer(digital/elektrik), jam tangan 4. Sistematis (pastikan posisi pasien nyaman, melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TD, N, T, P) sesuai dengan tahapan. Pengukuran TD (pastikan pemasangan manset tensimeter/sphygmomanometer sesuai dengan standar operasional prosedur pengukuran tekanan darah, pengukuran nadi (pilih dari 9 arteri yang mudah untuk diukur,	5	
--------------------------	---	--	---	--	---	--

				pengukuran nadi di arteri radialis lebih diutamakan) pengukuran sesuai standar operasional prosedur, pengukuran temperatur menggunakan thermometer (pilih salah satu thermometer yang akan digunakan, bila menggunakan pengukuran thermometer digital, lakukan pada axila pasien dan pastikan axila kering dan bila menggunakan pengukuran thermometer elektrik lakukan pada kepala klien) pengukuran sesuai standar operasional prosedur, pengukuran pernapasan dengan melakukan inspeksi atau palpasi dengan kedua tangan pada punggung / dada untuk menghitung gerakan pernapasan selama 1 menit 5. Rapikan alat, hand hygiene 6. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pengukuran tanda-tanda vital (TD, N, T, RR) serta		
--	--	--	--	---	--	--

				respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini : 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 point berikut : 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 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 pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\text{Jumlah total skor}}{30} \times 100 =$$

(Kota),

.....

Penguji :

CAIRAN DAN ELEKTROLIT

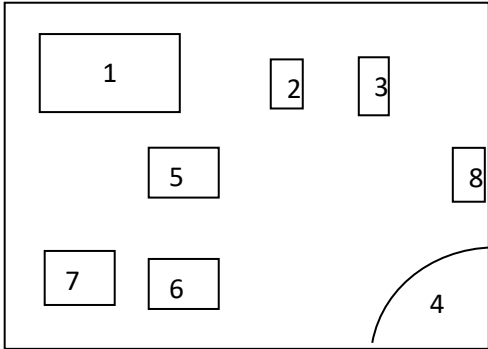
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Cairan dan elektrolit	Dewasa	Keperawatan Medikal Bedah	Ruang Rawat	2, 3, 4, 5, 6	Pengkajian tanda perfusi tidak efektif, Pemberian transfusi, evaluasi monitoring TTV dan respon transfusi sesuai waktu		Wanita dewasa	ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	(Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan cairan dan elektrolit 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, perencanaan keperawatan dan tindakan keperawatan pemberian produk darah.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional <i>Pilih beberapa jenis kompetensi yang akan dinilai, minimal 3 kompetensi → rujuk pada kompetensi untuk jenjang pendidikan (D3 Kep atau Ners)</i>
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 <i>Pilih jenis katagori kebutuhan berdasarkan skenario klinik (kasus) yang diinginkan</i>
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan usia 30 tahun dirawat dirumah sakit dengan keluhan lemah, sering pingsan dan pusing. Hasil pemeriksaan, konjungtiva anemis, wajah pucat, akral dingin, CRT < 3 detik, BB 56 Kg, TB 160 cm, HB 6,5 gr%. Terapi transfuse darah PRC (±220 cc/kolf) sampai HB minimal 10 gr%. Darah sudah diorder dan keluarga sudah membawa darah dari unit bank darah, IV line terpasang dan paten. <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 perawatan pemberian produk darah pada manekin <i>Bagian ini mencantumkan skenario klinik station serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian secara jelas. Skenario klinik menggambarkan kasus yang dihadapi. Tulislah informasi yang relevan (mislanya mencantumkan jenis kelamin, umur pasien, lokasi kejadian, permasalahan yang dihadapi). Tuliskan tugas yang harus dilakukan secara jelas, sehingga tidak membingungkan peserta ujian. Bila dianggap perlu, tugas yang tidak perlu dilakukan oleh peserta dapat dicantumkan pula.</i>
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan usia 30 tahun dirawat di rumah sakit dengan keluhan lemah, sering pingsan dan pusing. Hasil pemeriksaan, konjungtiva anemis, wajah pucat, akral dingin, CRT > 3 detik, BB 56 Kg, TB 160 cm, HB 6,5 gr%. Terapi transfuse darah PRC (± 220 cc/kolf) sampai HB minimal 10 gr%. Riwayat pemberian produk darah 2 bulan yang lalu tanpa adanya respon alergi. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario diatas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan tindakan perawatan pemberian produk darah. 4. Monitoring TTV dan respon transfusi sesuai waktu <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni tindakan perawatan pemberian produk darah pada manekin. Pada saat peserta melakukan pemeriksaan TTV penguji menjawab; TD 110/80 mmHg, Frekuensi Nadi 78 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, dan suhu tubuh, 37,3°C. saat peserta melakukan pengecekan IV line dan kepatenan aliran infus, penguji menyampaikan bahwa IV line dan cairan infus dalam kondisi paten. Saat peserta riwayat transfuse sebelumnya dan reaksi alergi, penguji menjawab, pernah 2 bulan yang lalu dan tidak ada reaksi alergi. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin tandai dengan keluhan lemah, sering pingsan dan pusing, konjungtiva anemis, wajah pucat, akral dingin, CRT > 3 detik, HB 6,5 gr%. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian produk darah pada manekin. 4. Menilai kemampuan peserta mengatur kecepatan aliran darah, monitoring hemodinamik dan respons transfuse sesuai SOP.

		5. Monitor perilaku professional peserta 6. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. <i>Bagian ini mencantumkan kembali skenario klinik serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian. Selanjutnya tugas untuk penguji dituliskan dengan jelas, termasuk hal-hal yang harus maupun tidak boleh dilakukan penguji. Selain itu terdapat pedoman penilaian untuk station tersebut sehingga membantu penguji memahami tujuan station serta memiliki penilaian yang sama. Jika ada pertanyaan yang perlu diujikan maka dicantumkan beserta jawaban dan modalitas nilainya. Informasi tambahan terkait hasil pemeriksaan fisik pasien dicantumkan beserta kapan informasi tersebut diberikan kepada peserta ujian</i>
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Manekin yang diperlukan adalah manekin lengan dewasa atau manekin yang lengkap, yang telah terpasang IV line, akses sirkulasi Paten, Cairan infus yang sedang didapat adalah NaCl 0,9% 20 gtt/menit.</i> <i>Jika tidak memerlukan Klien Standar dan prosedur menggunakan Manekin, maka tuliskan kondisi spesifik dari manekin yang dibutuhkan.</i>
10.	Setting Station:	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Manekin lengan dengan akses IV atau manekin lengkap - laboran <i>tata letak ruang :</i> 1. Tempat tidur dan manekin lengan dewasa/ manekin lengkap 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley 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> 1. Produk darah, sesuai kebutuhan 2. Sarung tangan bersih 3. Set transfuse (blood set)

		4. Cairan NaCl 0,9% 5. Kateter IV 6. Sduit 3 cc 7. Alcohol swab 8. Pengalas 9. Bengkok 10. Plester 11. Gunting <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 posisi manekin dan menyelimutinya</i>
12.	Penulis	<i>Fitriani Agustina, M.Kep., Sp.Kep.,MB</i> <i>Prodi Keperawatan Aceh Utara Poltekkes Kemenkes Aceh</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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

SOP PEMBERIAN PRODUK DARAH

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. cek catatan medis dan perawatan				
	2. Cek Surat Izin Tindakan Transfusi				
	3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan <i>f. Produk darah, sesuai kebutuhan</i> <i>g. Sarung tangan bersih</i> <i>h. Set transfuse (blood set)</i> <i>i. Cairan NaCl 0,9%</i> <i>j. Kateter IV</i> <i>k. S spuit 3 cc</i> <i>l. Alcohol swab</i> <i>m. Pengalas</i> <i>n. Bengkok</i> <i>o. Plester</i> <i>p. Gunting</i>				
	4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
B	Tahap Orientasi				
	5. Menyampaikan salam terapeutik				
	6. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	7. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)				
	8. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur serta kontrak waktu				
	9. Memberi kesempatan bertanya				
	10. Memulai tindakan dengan baik				
	11. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 12 s.d 27 : sistematis)				
	12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	13. Pasang sarung tangan bersih				
	14. Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah (golongan darah, rhesus, tanggal kadaluarsa, nomor seri, jumlah dan identifikasi pasien)				
	15. Pasang akses intravena, jika belum terpasang				
	16. Pemeriksaan kepatenan akses intravena, flebitis dan tanda infeksi lokal				
	17. Berikan NaCl 0.9% 50 – 100 ml sebelum transfusi dilakukan				
	18. Sambungkan kantung darah dengan set transfuse				
	19. Atur Kecepatan transfusi 2 ml/menit pada 15 menit pertama dan jika terjadi respon alergi maka transfusi dapat dipercepat sesuai target dan kondisi pasien.				

	20. Berikan transfusi dalam waktu maksimal 4 jam (untuk WB, PRC, PRC-LD, WE) 2 jam (untu (TC) atau 6jam (Untuk FFP dan cryoprecipitate)				
	21. Bilas selang dengan mengalirkan cairan NaCl 50 – 100 ml				
	22. Monitor TTV dan adanya tanda/gejala respons alergi (saat transfuse dimulai, 1 menit setelah transfuse dimulai, saat transfuse selesai, 4 jam setelah transfuse selesai)				
	23. Hentikan transfusi jika terdapat reaksi transfuse				
	24. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	25. Lepaskan saung tangan				
	26. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	27. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien				
D	Tahap terminasi				
	28. Simpulkan kegiatan				
	29. Evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	30. Reinforcement positif				
	31. Kontrak waktu selanjutnya				
	32. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	33. Hari_tanggal_jam, kegiatan 34. pencatatan produk darah (golongan darah, rhesus, tanggal kadaluarsa, nomor seri, jumlah dan identifikasi pasien) 35. Tanda-tanda vital dan respons alergi (saat transfuse dimulai, 1 menit setelah transfuse dimulai, saat transfuse selesai, 4 jam setelah transfuse selesai) 36. Serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	37. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: PEMBERIAN PRODUK DARAH DI RUANG RAWAT

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: PEMBERIAN PRODUK DARAH DI RUANG RAWAT

I. 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 focus : peserta melakukan pemeriksaan tanda –tanda vital, memeriksa kepatenan akses IV manikin dan mengkaji alergi terhadap produk darah (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					1	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik pasien. 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 pemberian produk darah dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					3	
4. Evaluasi : Keperawatan					2	

Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam memonitoring tanda-tanda vital pasien serta menilai respon alergi terhadap produk darah yang diberikan.						
5. 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 OSCE KEPERAWATAN STATION: PEMBERIAN PRODUK DARAH DI RUANG RAWAT

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan pemeriksaan TTV sebelum pemberian produk darah, memeriksa kepatenan IV line dan mengkaji riwayat alergi produk darah	Peserta melakukan pengukuran tanda vital, namun melupakan pengecekan IV line dan riwayat alergi produk darah	Peserta melakukan pemeriksaan TTV dan pengecekan IV line, namun tidak mengkaji riwayat alergi	Mampu melakukan pengkajian focus berupa pada manekin pemeriksaan TTV, melakukan pengecekan IV line dan kepatenan aliran infus, serta riwayat transfuse sebelumnya dan reaksi alergi.	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 : Perfusi jaringan tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : Perfusi jaringan tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin tandai dengan keluhan lemah, sering pingsan dan pusing, konjungtiva anemis, wajah pucat, akral dingin, CRT > 3 detik, HB 6,5 gr%.	2	

Implementasi keperawatan	Peserta melakukan tindakan perawatan pemberian produk darah, namun hanya menyambungkan produk darah ke IV line.	Peserta melakukan tindakan pemberian produk darah vulva Hygiene, namun hanya memenuhi 4-5 dari 20 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan perawatan vulva Hygiene, namun hanya 3-4 dari 20 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan tindakan pemberian produk darah 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 : (double chek produk darah, monitor TTV dan respon alergi) 4. Sistematis (hand hygiene, pasang sarung tangan bersih, pengecekan ganda pada label darah, pasang periksa kepatenan akses intravena, ganti infus set dengan transfuse set, berikan NaCl 0.9%, sambung kantung darah dengan set transfuse,	3	
--------------------------	---	--	---	--	---	--

				atur kecepatan transfuse 2 ml/menit pada 15 menit pertama, jika tidak terjadi respon alergi maka transfuse dapat dipercepat sesuai target (4 jam). bilas selang dengan NaCl 0,9%, rapikan pasien dan alat digunakan, lepas sarung tangan, dan hand hygiene) 5. Evaluasi; Monitor TTV dan adanya tanda/gejala respon alergi (saat transfuse dimulai, 15 menit setelah transfuse dimulai, saat transfuse selesai dan 4 jam setelah selesai. 6. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kecepatan aliran infus, TTV dan respon alergi sesuai waktu) serta respon dan		
--	--	--	--	---	--	--

				kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Evaluasi keperawatan	Peserta tidak melakukan monitoring tanda tanda vital dan tanda/gejala respon alergi selama pemeberian produk darah	Peseerta melakukan monitoring tanda tanda vital, namun tidak memonitor adanya tanda/gejala respon alergi	Peserta melakukan monitoring tanda tanda vital dan adanya tanda/gejala respon alergi, namun waktu evaluasi tidak tepat	Melakukan monitoring tanda tanda vital dan adanya tanda/gejala respon alergi saat transfuse dimulai, 15 menit setelah transfuse dimulai, saat transfuse selesai dan 4 jam setelah selesai.	2	
Perilaku profesional	Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini : 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Peserta meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Peserta meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut : 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Peserta 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	2	

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

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota),

.....

Penguji :

NUTRISI

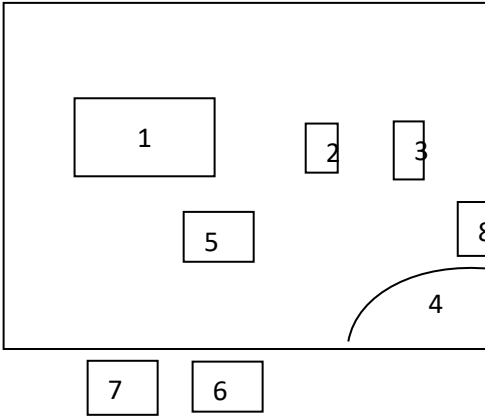
DRAFT I
BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes 10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Nutrisi	Dewasa	KMB	Ranap	3, 4, 5, 6	Diagnosis dan implementasi perawatan luka, evaluasi	Perempuan, 35 tahun	Ya, seusia 8 tahun	ya	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Nutrisi
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, menentukan masalah dan Diagnosa keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional <i>Pilih beberapa jenis kompetensi yang akan dinilai, minimal 3 kompetensi → rujuk pada kompetensi untuk jenjang pendidikan (D3 Kep atau Ners)</i>
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 <i>Pilih jenis katagori kebutuhan berdasarkan skenario klinik (kasus) yang diinginkan</i>
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang An laki-laki berumur 2 tahun dirawat di RS dengan diare disertai muntah², Ibu mengatakan anaknya sudah 3 hari tidak mau makan dan minum. Saat ini anak terlihat lemas, Terpasang infus di tangan kanan Bayi didiagnosa Diare dehidrasi sedang dan gizi buruk dengan BB 7 kg <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian nutrisi sesuai kasus diatas dan informasikan kepada penguji 2. Tentukan masalah keperawatan dan informasikan kepada keluarga pasien, dan tuliskan diagnosa Keperawatan utama sesuai kasus diatas informasikan kepada penguji 3. Lakukan tindakan pemasangan NGT sesuai masalah keperawatan

		<i>Bagian ini mencantumkan skenario klinik station serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian secara jelas. Skenario klinik menggambarkan kasus yang dihadapi. Tulislah informasi yang relevan (misalnya mencantumkan jenis kelamin, umur pasien, lokasi kejadian, permasalahan yang dihadapi). Tuliskan tugas yang harus dilakukan secara jelas, sehingga tidak membingungkan peserta ujian. Bila dianggap perlu, tugas yang tidak perlu dilakukan oleh peserta dapat dicantumkan pula.</i>
8.	Instruksi untuk penguji	SKENARIO KLINIK: Seorang An laki-laki berumur 2 tahun dirawat di RS dengan diare disertai muntah², Ibu mengatakan anaknya sudah 3 hari tidak mau makan dan minum. Saat ini anak terlihat lemas, Terpasang infus di tangan kanan Anak didiagnosa Diare dehidrasi sedang dan gizi buruk dengan BB 7 kg TUGAS : 1. Lakukan pengkajian nutrisi sesuai kasus diatas dan informasikan kepada penguji 2. Tentukan masalah keperawatan dan informasikan kepada keluarga pasien, dan tuliskan diagnosa Keperawatan utama sesuai kasus diatas informasikan kepada penguji 3. Lakukan tindakan pemasangan NGT sesuai masalah keperawatan INSTRUKSI PENGUJI: 1. Observasi perilaku professional peserta ujian: komunikasi, edukasi, konseling saat peserta ujian melakukan aktivitas mulai dari pengkajian sampai melaksanakan tindakan. 2. Observasi pengkajian: a. Anamnesa: Berapa berat badan saat lahir, sejak kapan bayi tidak mau makan/minum susu. Pengetahuan ibu terkait nutrisi b. Pemeriksaan fisik: Pemeriksaan antropometri 3. Lakukan penilaian terhadap masalah keperawatan utama yang ditulis oleh peserta ujian! Masalah keperawatan: Defisit Nutrisi Diagnosa Keperawatan: Defisit Nutrisi bd diare ditandai dengan diare, muntah² dan berat badan tidak sesuai 4. Observasi saat peserta ujian melaksanakan tindakan keperawatan: memasang selang NGT <i>Bagian ini mencantumkan kembali skenario klinik serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian. Selanjutnya tugas untuk penguji dituliskan dengan jelas, termasuk hal-hal yang harus maupun tidak boleh dilakukan penguji. Selain itu terdapat pedoman penilaian untuk station tersebut sehingga membantu penguji memahami tujuan station serta memiliki penilaian yang sama. Jika ada</i>

		pertanyaan yang perlu diujikan maka dicantumkan beserta jawaban dan modalitas nilainya. Informasi tambahan terkait hasil pemeriksaan fisik pasien dicantumkan beserta kapan informasi tersebut diberikan kepada peserta ujian
9.	Instruksi untuk klien standar	Bagian ini mencantumkan instruksi untuk pasien standar termasuk bagaimana dia berperan sesuai skenario klinik yang diharapkan pembuat soal. Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya: 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 2 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh diare disertai muntah-muntah, sudah tiga hari tidak mau makan dan anak terlihat lemas). 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -1. Merupakan Rawat inap pertama 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) Manekin yang diperlukan adalah manekin anak usia balita, digunakan untuk pemasangan NGT. Jika tidak memerlukan Klien Standar dan prosedur menggunakan Manekin, maka tuliskan kondisi spesifik dari manekin yang dibutuhkan.
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	<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> 1. stetoskop 2. Handsrub. 3. Set NGT Steril 4. Spuit 10 MI 5. Nierbeken (1) 6. Gelas berisi air (1) 7. Vaseline 8. Plester 9. Gunting 10. Tempat sampah. 11. Sarung tangan bersih <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 meng-0 kan kembali peralatan</i>
12.	Penulis	<i>Endang Suartini, S.ST. Ners. M.KM</i> <i>Poltekkes Kemenkes Banten</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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

SPO Pemasangan NGT

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	Menyiapkan alat dan perlengkapan a. stetoskop b. Handsrub. c. Set NGT Steril d. Sduit 10 MI e. Nierbeken (1) f. Gelas berisi air (1) g. Vaseline h. Plester i. Gunting j. Tempat sampah. k. Sarung tangan bersih				
	2. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	3. Menyampaikan salam terapeutik				
	4. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	5. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	6. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	7. Memberi kesempatan bertanya				
	8. Memulai tindakan dengan baik				
	9. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11sd 19 : sistematis)				
	10. Slap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	11. hand hygiene				
	12. modalitas tepat yang digunakan : NGT (dasar instruksi scenario)				
	13. pastikan Pengukuran NGT dengan benar				
	14. pastikan NGT masuk dengan benar				
	15. Cek NGT masuk ke lambung dengan 2 cara				
	16. Pemasangan Plester pada daerah hidung				
	17. monitor setelah pemasangan NGT(subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene				
D	Tahap terminasi				
	18. simpulkan kegiatan				
	19. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				

	20. reinforcement positif				
	21. kontrak waktu selanjutnya				
	22. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	23. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	24. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Nutrisi/Pemasangan NGT Klien Anak 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. Diagnosa keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Nutrisi/Pemasangan NGT Klien Anak Di Ruang Rawat Inap

I. 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 focus : penilaian dehidrasi pada klien. Peserta cek tanda dehidrasi (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					1	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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 NGT dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional					2	

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.						
--	--	--	--	--	--	--

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 OSCE KEPERAWATAN STATION: Nutrisi/Pemasangan NGT Klien Anak Di Ruang Rawat Inap

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian dehidrasi	Peserta melakukan penilaian dehidrasi, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian dehidrasi dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian focus berupa penilaian dehidrasi pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa ujung ekstremitas manekin dengan NGT 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 scenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : dehidrasi tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Nutrisi tidak efektif berhubungan dengan dehidrasi namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : nutrisi tidak efektif berhubungan dengan dehidrasi ditandai dengan pasien mengeluh diare, muntah dan tidak mau makan.	2	

Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pemasangan NGT,	Peserta melakukan pemasangan NGT, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan NGT, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan NGT dengan tepat : Lima prinsip pemasangan NGT 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 : NGT 4. Sistematis (pastikan hidung paten,atur posisi pasien nyaman, pemasangan NGT., cek kepatenan dan , rapikan alat, hand hygiene 5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan.	5	
--------------------------	--	--	---	---	---	--

Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point 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 point 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 point 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	
----------------------	--	--	--	---	---	--

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\text{Jumlah total skor}}{30} \times 100 =$$

(Kota),
.....

Penguji :

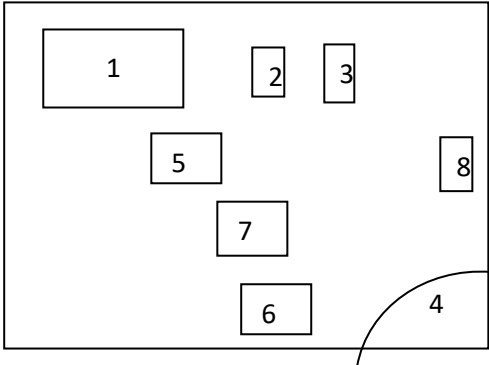
DRAFT II
BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Nutrisi	Dewasa	KMB	Ranap	3, 4, 5, 6	Diagnosis dan implementasi perawatan luka, evaluasi	Perempuan, 35 tahun	Ya, seusia 8 tahun	ya	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan nutrisi pada klien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan penegakan diagnosa keperawatan, perawatan luka, evaluasi kondisi setelah perawatan luka dan perilaku profesional.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa 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 perempuan berusia 54 tahun dirawat di ranap penyakit dalam dengan diagnose medis: <i>Nekrotik gangrene</i> DM Tipe II, klien mengeluh nafsu makan berkurang, berat badan: 42 kg, nampak kurus. Indeks massa tubuh: 17,3 kg/m², status gizi underweight, GDS 250 mg/dl, TTV: nadi = 82 x/menit, suhu =36,8°C, TD =130/60 mmhg, RR=18 x/menit, SpO₂: 96%. Selain itu, terlihat juga klien menahan nyeri pada luka kaki yakni kaki kanan bagian distal area metatarsal hingga phalanges yang mengalami kerusakan jaringan, terdapat luka dengan nekrotik dan slough serta tercium bau busuk gas gangrene. <u>TUGAS :</u> - Tuliskan diagnose keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario di atas! - Lakukan perawatan luka pada manekin kaki!
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan berusia 54 tahun dirawat di ranap penyakit dalam dengan diagnose medis: <i>Nekrotik gangrene</i> DM Tipe II, Klien mengeluh nafsu makan berkurang, berat badan: 42 kg, nampak

		kurus. Indeks massa tubuh: 17,3 kg/m², status gizi underweight, GDS 250 mg/dl, TTV: nadi = 82 x/menit, suhu =36,8°C, TD =130/60 mmhg, RR=18 x/menit, SpO₂: 96%. Selain itu, terlihat juga klien menahan nyeri pada luka kaki yakni kaki kanan bagian distal area metatarsal hingga phalanges yang mengalami kerusakan jaringan, terdapat luka dengan nekrotik dan slough serta tercium bau busuk gas gangrene. <u>TUGAS :</u> 1. Tuliskan diagnose keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario di atas! 2. Lakukan perawatan luka pada manekin kaki! <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai kemampuan peserta dalam menyampaikan bunyi diagnosis keperawatan : (Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan klien mengatakan nafsu makan berkurang, berat badan: 42 kg, nampak kurus. Indeks massa tubuh: 17,3 kg/m², status gizi underweight). 2. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam perawatan luka pada manekin kaki. (cara merawat luka klien sesuai SOP, yang krusial seperti apa hrs ada di matrik) dan sampaikan kepada peserta bahwa "setelah di rawat saya merasakan lebih nyaman," saat peserta melakukan "evaluasi setelah perawatan luka." 3. Monitor perilaku profesional peserta 4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	Pasien : Nama : Sesuai KS Usia : 54 tahun Jenis kelamin : perempuan Pekerjaan : ibu rumah tangga Pendidikan terakhir : SMP Peran yang dilakukan : Pasien tampak lemah, posisi kadang setengah duduk atau semifowler di atas tempat tidur, kadang juga berbaring sambil menyeringai menahan sakit sambil mengelus-elus kakinya yang luka. Riwayat penyakit sekarang : pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dan berbau busuk yang kadang membuat mual, mau muntah, nafsu makan berkurang, makan habis 2-3 sendok setiap diberi jatah makan

		dari RS, pasien rawat inap hari ke-4, masuk rumah sakit karena luka kaki yang tidak sembuh-sembuh. Ini adalah pertama kali klien dirawat inap di rumah sakit. Riwayat penyakit keluarga: di keluarga tidak ada yang mengalami penyakit/keluhan yang sama. Harapan terhadap penyakit: pasien dan keluarga berharap, kondisi klien segera membaik sehat, kakinya segera sembuh dan gula darahnya normal kembali. Manekin yang diperlukan adalah manekin kaki dengan luka gangrene, digunakan untuk perawatan luka kaki DM.
10.	<i>Setting Station.</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin kaki dengan luka gangren - laboran <i>tata letak ruang :</i> 1. Tempat tidur dan manekin kaki 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 : Bak instrument berisi: 1. Pinset anatomis: 2 buah 2. Pinset chirurgis : 2 buah 3. Gunting jaringan : 1 buah 4. Kom kecil : 2 buah Peralatan lain : 1. Trolley : 1 2. Tromol berisi kasa steril : sesuai jumlah peserta 3. Korentang : 1 buah 4. Sarung tangan steril : 1 pasang

		5. Sarung tangan bersih : 1 pasang 6. Hipafiks : secukupnya 7. Gunting plester : 1 buah 8. Perlak kecil : 1 9. H₂O₂ (perhidrol) : secukupnya 10. NaCl 0,9% : secukupnya 11. Bengkok : 1 buah 12. Tas kresek : secukupnya 13. Alat pencukur rambut dan obat sesuai advis missal salep : bila perlu Laboran ada Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.
12.	Penulis	a. Enik Suhariyanti, S. Kep., Ners., M.Kep b. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh Ciamis
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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

**SPO Perawatan Luka
(PPNI, 2021)**

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. Pinset anatomis b. Pinset chirurgis c. Gunting jaringan d. Kom kecil e. Kasa steril f. Korentang g. Sarung tangan h. Hipafiks i. Gunting plester j. Perlak kecil k. H₂O₂ (perhidrol) l. NaCl 0,9% m. Bengkok n. Tas kresek o. Alat pencukur rambut dan obat sesuai advis misal salep (bila perlu)				
	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 19 : sistematis)				
	11. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin, mengatur kenyamanan perawat atur, menyiapkan dan memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	12. Memakai sarung tangan bersih				
	13. Memonitor karakteristik luka (meliputi drainase, warna, ukuran, dan bau)				
	14. Memonitor tanda-tanda infeksi				
	15. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan				

	16. Mencukur rambut sekitar daerah luka, jika perlu				
	17. Melepaskan sarung tangan bersih dan memakai sarung tangan steril				
	18. Membersihkan luka dengan cairan NaCl atau pembersih nontoxic, sesuai kebutuhan				
	19. Membersihkan jaringan nekrotik, jika ada				
	20. Memberikan salep yang sesuai dengan kondisi luka, jika perlu				
	21. Memasang balutan sesuai jenis luka				
	22. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase				
	23. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein, dan mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.				
	24. Merapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	25. Melepaskan sarung tangan				
	26. Mencuci tangan				
D	Tahap terminasi				
	27. Menyimpulkan kegiatan				
	28. Mengevaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	29. Memberikan reinforcement positif				
	30. Melakukan kontrak waktu selanjutnya				
	31. Mengakhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	32. Mencatat hari_tanggal_jam dari kegiatan, metode perawatan luka serta respon dan kemungkinan efek samping lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	33. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Nutrisi Klien Dewasa Di Ruang Rawat Inap

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION : Nutrisi Klien Dewasa Di Ruang Rawat Inap

I. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Diagnosa Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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 perawatan luka DM dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
3. Evaluasi Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengevaluasi tindakan berupa respon (subyektif dan obyektif) sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan di tujuan. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					1	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta					2	

persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
---	--	--	--	--	--	--

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 OSCE KEPERAWATAN STATION: Nutrisi Klien Dewasa Di Ruang Rawat Inap

Kompetensi	Score (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 scenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan ditandai dengan klien mengatakan nafsu makan berkurang, berat badan: 42 kg, nampak kurus. Indeks massa tubuh: 17,3 kg/m ² , status gizi underweight	2	
Implementasi Keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan perawatan luka DM, namun memberikan modalitas perawatan luka yang lainnya	Peserta melakukan perawatan luka DM, namun hanya memenuhi 1-5 dari 16 tindakan dengan tepat	Peserta melakukan perawatan luka DM, namun hanya 6-10 dari 16 tindakan dengan tepat	Peserta melakukan perawatan luka DM dengan tepat, 16 tindakan semua, sistematis serta	5	

				pendokumentasian dengan baik tepat.		
Evaluasi keperawatan	Peserta tidak melakukan evaluasi setelah tindakan perawatan luka DM.	Peserta hanya melakukan evaluasi tindakan perawatan luka pada salah satu respon evaluasi yakni respon obyektif atau subyektif saja	Peserta melakukan evaluasi tindakan perawatan luka baik respon obyektif maupun subyektif, namun kurang tepat	Peserta melakukan evaluasi tindakan perawatan luka baik respon obyektif maupun subyektif, dengan tepat	1	
Perilaku profesional	Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point 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 point 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 menyapaikan 3-4 point 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	2	

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

Jumlah total skore

Nilai akhir = $\frac{\text{Jumlah total skore}}{30} \times 100 =$

(Kota),

.....

Penguji :

AMAN DAN NYAMAN

DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Aman & Nyaman	Dewasa	KMB	Rajal	2, 4, 6	Pengkajian kondisi luka, implementasi , perilaku profesionalitas	Laki-laki, Lansia (62 tahun)	Manekin dewasa/kaki dengan luka	Ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan keamanan pada klien lansia di panti werdha
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian kondisi luka, dan melakukan tindakan perawatan luka.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa 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 kakek laki-laki berusia 62 tahun dirawat di panti werdha, dan saat ini sedang berada di klinik karena tergores batu pada telapak kakinya sejak 3 hari yang lalu. Hasil pengkajian : pasien memiliki Riwayat DM, tampak lemah dan sesekali meringisi kesakitan sambil mengusap area kaki. Telapak kaki tampak balutan. <u>TUGAS :</u> 1. Sampaikan pada penguji hasil pengkajian luka kaki pasien 2. Lakukan perawatan luka
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang kakek laki-laki berusia 62 tahun dirawat di panti werdha, dan saat ini sedang berada di klinik karena tergores batu pada telapak kakinya sejak 3 hari yang lalu. Hasil pengkajian : pasien memiliki Riwayat DM, tampak lemah dan sesekali meringisi kesakitan sambil mengusap area kaki. Telapak kaki tampak balutan. <u>TUGAS :</u> 1. Sampaikan pada penguji hasil pengkajian nyeri dan luka kaki pasien 2. Lakukan perawatan luka

		<u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam mengkaji luka yang meliputi : lokasi luka, ukuran luka, tampak kemerahan disekitar luka, teraba panas, nyeri skala 5 yang hilang timbul seperti tersayat, dan tidak ada pus. 2. Penguji menilai penampilan peserta saat melakukan tindakan perawatan luka. 3. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	Menggunakan manekin dewwasa atau manekin kaki dengan luka.
10.	<i>Setting Station:</i>	Ruangan Rawat Jalan - Tempat tidur pasien - Manekin dewasa/kaki dengan luka - laboran <i>tata letak ruang :</i> 1. Tempat tidur dan manekin 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	Peralatan : 1. Meja dan 2 kursi (penguji dan laboran) 2. Meja peralatan/trolley 3. Bed Pemeriksaan 4. Wastafel atau simulasi wastafel 5. Tempat sampah 6. Manekin dewasa/kaki dengan luka 7. Plastik Kuning 8. Peralatan luka (kotak alat, kom 2 buah, pinset anatomis 1 buah, pinset cirugis 1 buah, gunting jaringan 1 buah) 9. Kasa steril 10. Perlak 11. Handscoon disposable 12. Meteran 13. Bengkok 14. Sarung tangan steril 15. Gunting Verban

		16. Nacl 0,9% 500 cc 17. Elastic perban diameter 10 cm 18. Plester microphore dan hypafix 19. Pinset anatomis bersih 20. Salep luka Laboran ada Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran memastikan posisi luka seperti semula.
12.	Penulis	Ns. I Gusti Ayu Putu Desy Rohana, M.Kep, Sp.Kep.Kom (Poltekkes Kemenkes Palembang)
13.	Referensi	Lynn, P., Taylor, C. R. (2019). <i>Taylor's Handbook of Clinical Nursing Skills</i> . Britania Raya: Lippincott Williams & Wilkins. Potter, P. A., Perry, A. G., Ostendorf, W., Cobbett, S. (2019). <i>Canadian Clinical Nursing Skills and Techniques E-Book</i> . Amerika Serikat: Elsevier Health Sciences. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI . Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

**SPO Pemberian Perawatan Luka
(Gunakan SPO dari PPNI)**

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. Peralatan luka (kotak alat, kom 2 buah, pinset anatomis 1 buah, pinset cirugis 1 buah, gunting jaringan 1 buah) b. Kasa steril c. Perlak d. Handscoon disposable e. Meteran f. Bengkok g. Sarung tangan steril h. Gunting Verban i. Nacl 0,9% 500 cc j. Elastic perban diameter 10 cm k. Plester microphore dan hypafix l. Pinset anatomis bersih m. Salep luka				
	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 19 : sistematis)				
	11. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	12. Pasang sarung tangan bersih				
	13. Monitor karakteristik luka (meliputi drainase, warna, ukuran dan bau)				
	14. Monitor tanda-tanda infeksi				
	15. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan				
	16. Cukur rambut sekitar daerah luka, jika perlu				
	17. Lepaskan sarung tangan bersih dan pasang sarung tangan steril				

	18. Bersihkan luka dengan cairan NaCl atau pembersih <i>nontoxic</i> , sesuai kebutuhan				
	19. Bersihkan jaringan nekrotik, jika ada				
	20. Berikan salep yang sesuai dengan kondisi luka, jika perlu				
	21. Pasang balutan sesuai jenis luka				
	22. Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase				
	23. Jelaskan tanda dan gejala infeksi				
	24. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein				
	25. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri				
	26. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	27. Lepaskan sarung tangan				
	28. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	29. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien				
D	Tahap terminasi				
	30. simpulkan kegiatan				
	31. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	32. reinforcement positif				
	33. kontrak waktu selanjutnya				
	34. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	35. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	36. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Aman dan Nyaman di Panti Werdha

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Aman dan Nyaman di Panti Werdha

I. 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 focus : penilaian luka, dan nyeri. Peserta mengkaji lokasi, ukuran, tanda peradangan pada manekin, serta menanyakan skala nyeri, frekuensi nyeri, intensitas nyeri; lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					3	
2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah implementasi perawatan luka dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
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	

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 OSCE KEPERAWATAN STATION : Aman dan Nyaman di Panti Werdha

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak menyampaikan hasil pengkajian luka operasi	Peserta menyampaikan 1-2 poin pengkajian nyeri dan luka : 1. Lokasi luka 2. Ukuran luka 3. Tampak kemerahan diarea sekitar luka 4. Teraba panas 5. Pengkajian nyeri : PQRST 6. Tidak ada PUS	Peserta menyampaikan 3-5 poin pengkajian nyeri dan luka : 1. Lokasi luka 2. Ukuran luka 3. Tampak kemerahan diarea sekitar luka 4. Teraba panas 5. Pengkajian nyeri : PQRST 6. Tidak ada PUS	Peserta mampu menyampaikan seluruh poin dari pengkajian luka : 1. Lokasi luka 2. Ukuran luka 3. Tampak kemerahan diarea sekitar luka 4. Teraba panas 5. Pengkajian nyeri : PQRST 6. Tidak ada PUS	3	
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan perawatan luka	Peserta melakukan Tindakan perawatan luka dengan memperhatikan 1 atau 2 poin prinsip berikut : 1. Menerapkan <i>patient safety</i> (mengecek identitas klien dan menjelaskan tujuan prosedur)	Peserta melakukan Tindakan perawatan luka dengan memperhatikan : 1. Menerapkan <i>patient safety</i> (mengecek identitas klien dan menjelaskan tujuan prosedur)	Peserta melakukan Tindakan perawatan luka dengan memperhatikan : 1. Menerapkan <i>patient safety</i> (mengecek identitas klien dan menjelaskan tujuan prosedur) 2. Aseptik (memastikan menjaga prinsip steril)	5	

		2. Aseptik (memastikan menjaga prinsip steril selama Tindakan berlangsung) 3. Ketepatan dalam pemilihan jenis balutan 4. Estetika (membalut dengan rapi)	2. Aseptik (memastikan menjaga prinsip steril selama Tindakan berlangsung) 3. Ketepatan dalam pemilihan jenis balutan 4. Estetika (membalut dengan rapi) 5. namun TIDAK SISTEMATIS	selama Tindakan berlangsung) 3. Ketepatan dalam pemilihan jenis balutan 4. Estetika (membalut dengan rapi) 5. DILAKUKAN dengan SISTEMATIS		
Perilaku profesional	Peserta ujian tidak meminta ijin serta 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	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point 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 izin secara lisan dan menyampaikan 3 point 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 izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan 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	

	3. Melakukan Tindakan sesuai prioritas. 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien.					
--	--	--	--	--	--	--

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota), 2024

.....

Penguji :

PSIKOSOSIAL

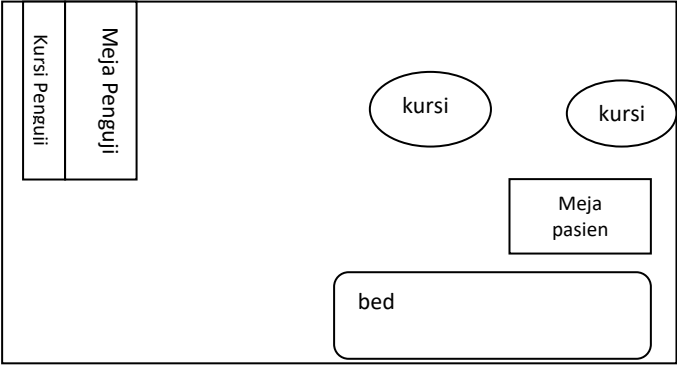
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Psikososial	Dewasa	Jiwa	Ranap	1, 3, 4	Mengelompokkan data dukung, diagnosis keperawatan, edukasi teknik pengontrolan halusinasi cara pertama	Perempuan, 20 tahun	Tidak	Ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	..
2.	Judul station	Kebutuhan psikososial pada klien dewasa di rawat inap RSJ
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan tindakan manajemen halusinasi
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
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 perempuan usia 20 tahun masuk RSJ dengan keluhan bicara sendiri sejak 1 minggu yang lalu. Saat pengkajian klien selalu melihat ke arah samping kanan sambil mulutnya komat kamit dan sesekali tertawa sendiri. <u>TUGAS PESERTA :</u> 1. Tuliskan data pendukung dan rumuskan masalah keperawatan pada kertas yang disiapkan 2. Lakukan tindakan keperawatan pertama pada klien tersebut
8.	Instruksi untuk Penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan usia 20 tahun diantar ke IGD dengan keluhan bicara sendiri sejak 1 minggu yang lalu. Saat pengkajian klien selalu melihat ke arah samping kanan sambil mulutnya komat kamit dan sesekali tertawa sendiri. <u>TUGAS PESERTA :</u> 1. Tuliskan data dukung dan rumuskan masalah keperawatan pada kertas lembar jawaban yang disiapkan 2. Lakukan tindakan keperawatan pertama pada klien tersebut <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 respon non verbal/gerakan kepada peserta selain yang ditentukan. 3. Penguji menilai kemampuan peserta uji dalam melakukan tindakan keperawatan pertama secara benar dan sistematis. <u>Instruksi Khusus</u> 1. Penguji menilai pengelompok data dan masalah keperawatan yang dirumuskan oleh Peserta <i>Gangguan sensori persepsi: halusinasi</i> 2. Pada saat peserta uji bertanya keadaan, KS menjawab singkat baik. 3. Pada saat peserta uji bertanya tempat dan waktu KS menjawab terserah. 4. Pada saat peserta uji bertanya pada KS dijawab terserah 5. Menilai keterampilan peserta uji dalam melakukan SP1, meliputi fase orientasi, kerja dan terminasi. <i>(ORIENTASI: salam perkenalan, evaluasi, kontrak topic tujuan, waktu, tempat KERJA: identifikasi isi waktu frekuensi durasi dan jelaskan lisan cara menghardik, demonstrasikan, redemonstrasi, reinforcement positif, TERMINASI: evaluasi subjektif, objektif, rencana tindak lanjut, kontrak).</i> 6. Penguji menilai kemampuan peserta dalam melaksanakan SP1
9.	Instruksi untuk klien standar dan manekin	Pasien 1 : KS Identitas sesuai kondisi : Perempuan, 20 tahun, mahasiswa Peran yang dilakukan : Melihat ke sudut kanan sambil tertawa dan bicara sendiri. Saat ditanya selalu menjawab singkat. Nama "Amel", kabar "baik", yang terasa "pusing", ditanya tempat dan waktu jawab singkat "terserah". Saat ditanya tentang halusinasi jawab singkat "tidak tahu".

10.	Setting station	1. Poliklinik 2. Unit Gawat Darurat 3. Ruang Rawat Inap 4. Ruang Keluarga 5. Komunitas 
11.	Peralatan yang dibutuhkan	Kertas ADL pasien Lembar dokumentasi Alat tulis
12.	Penulis Reviewer	Ns.Novi Herawati,S.Kep,M.Kep,Sp.Kep.J
13.	Institusi / Bagian	Prodi D3 Keperawatan Solok Poltekkes Kemenkes Padang
14.	Referensi	Keliat, B.A., (2011). <i>Manajemen Kasus Gangguan Jiwa: CMHN (Intermediate Course)</i> . Jakarta: EGC

SPO

PENGONTROLAN HALUSINASI: CARA PERTAMA LATIHAN MENGHARDIK

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	3. Menyampaikan salam terapeutik				
	4. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	5. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	6. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	7. Memberi kesempatan bertanya				
	8. Memulai tindakan dengan baik				
	9. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja				
	10. Identifikasi masalah halusinasi pasien (isi, waktu munculnya, frekuensi, durasi, tindakan yang dilakukan selama ini)				
	11. Jelaskan cara latihan menghardik halusinasi secara bertahap				
	12. Beri kesempatan pasien bertanya				
	13. Demonstrasikan cara latihan menghardik halusinasi secara bertahap				
	14. Beri kesempatan pasien bertanya				
	15. Redemonstrasi cara latihan menghardik halusinasi secara bertahap oleh pasien				
	16. Beri reinforcement positif				
D	Fase Terminasi				
	17. Evaluasi respon subjektif				
	18. Evaluasi respon objektif terhadap latihan yang diajarkan				
	19. Rencana tindak lanjut pasien terhadap latihan menghardik dalam sehari				
	20. Reinforcement positif				
	21. Kontrak pertemuan yang akan datang meliputi waktu, tempat dan topik				
	22. Akhiri tindakan				
E	Tahap dokumentasi				
	23. Hari, tanggal, jam, kegiatan, respon pasien				
F	Penampilan Profesional				
	24. Aman, nyaman, teliti, cepat, tepat, responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Psikososial Klien Dewasa Di Ruang Rawat Inap

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Diagnosa keperawatan					2	
2. Implementasi: Keperawatan					6	
3. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN OSCE
STATION: KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL PADA KLIEN DEWASA DI RAWAT INAP
RSJ

I. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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 mengidentifikasi masalah halusinasi pasien dan mengajarkan pasien cara pertama mengendalikan halusinasi yaitu latihan menghardik dengan langkah-langkah kerja yang sistematis dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					6	
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					2	

dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
---	--	--	--	--	--	--

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 PENILAIANAN OSCE KEPERAWATAN STATION : Psikososial Pasien Dewasa Di Ruang Rawat Inap RSJ

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	SKOR (S)
	0	1	2	3		
1. Masalah / Diagnosis Keperawatan	Peserta tidak dapat menyampaikan masalah keperawatan	Peserta hanya dapat menuliskan data pendukung saja atau masalah keperawatan saja 1. Data pendukung 4 (bicara sendiri, tertawa sendiri, mulut komat kamit, selalu melihat ke satu sisi) 2. Gangguan persepsi sensori: halusinasi	Peserta menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat namun data pendukung tidak lengkap 1. Data pendukung 4 (bicara sendiri, tertawa sendiri, mulut komat kamit, selalu melihat ke satu sisi) 2. Gangguan sensori persepsi: halusinasi	Peserta menyebutkan masalah keperawatan yang disertai dengan data pendukung lengkap 1. Data pendukung 4 (bicara sendiri, tertawa sendiri, mulut komat kamit, selalu melihat ke satu sisi) 2. Gangguan sensori persepsi: halusinasi	2	
2. Implementasi: Melakukan SP1 halusinasi GSP: halusinasi	Peserta tidak melakukan implementasi sesuai prosedur SP1 .	Peserta hanya melakukan 30-50% ($30\% \times 18 = 6$ s/d $50\% \times 18 = 8$) teknik tepat di bawah ini: 1. Melakukan fase orientasi 7 aspek (mengucapkan salam, berkenalan, evaluasi keadaan, kontrak waktu, tempat, topik, tujuan) 2. Melakukan fase kerja 5 aspek (mengidentifikasi halusinasi isi waktu)	Peserta melakukan semua poin dibawah ini dengan sistematis, tetapi hanya 51-70% ($51\% \times 18 = 9$ s/d $75\% \times 18 = 13$) teknik tepat : 1. Melakukan fase orientasi 7 aspek (mengucapkan salam, berkenalan, evaluasi keadaan, kontrak waktu tempat topik tujuan) 2. Melakukan fase kerja 5 aspek (mengidentifikasi	Peserta melakukan hampir semua poin dibawah ini dengan tepat dan sistematis >75% (>13): 1. Melakukan fase orientasi 7 aspek (mengucapkan salam, berkenalan, evaluasi keadaan, kontrak waktu tempat topik tujuan) 2. Melakukan fase kerja 5 aspek (mengidentifikasi	6	

		frekuensi durasi, menjelaskan cara menghardik, demonstrasikan, redemonstrasi, reinforcement positif) 3. Melakukan fase terminasi 6 aspek (evaluasi subjektif, objektif, rencana tindak lanjut, kontrak waktu, tempat, topik)	halusinasi isi waktu frekuensi durasi, menjelaskan, demonstrasikan dan redemonstrasi cara menghardik, reinforcement positif) 3. Melakukan fase terminasi 6 aspek (evaluasi subjektif, objektif, rencana tindak lanjut, kontrak waktu tempat topik)	halusinasi isi waktu frekuensi durasi, menjelaskan, demonstrasikan dan redemonstrasi cara menghardik, reinforcement positif) 3. Melakukan fase terminasi 6 aspek (evaluasi subjektif, objektif, rencana tindak lanjut, kontrak waktu tempat topik)			
3. Perilaku profesional	Peserta tidak melakukan poin berikut 1. Menunjukkan sikap menghargai pasien 2. Menjaga privasi pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 5. Melakukan tindakan dengan penuh tanggung jawab	Peserta hanya melakukan 1-2 poin berikut 1. Menunjukkan sikap menghargai pasien 2. Menjaga privasi pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 5. Melakukan tindakan dengan penuh tanggung jawab	Peserta hanya melakukan 3-4 poin berikut 1. Menunjukkan sikap menghargai pasien 2. Menjaga privasi pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 5. Melakukan tindakan dengan penuh tanggung jawab	Peserta melakukan semua poin berikut 1. Menunjukkan sikap menghargai pasien 2. Menjaga privasi pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan pasien 5. Melakukan tindakan dengan penuh tanggung jawab		2	

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota),

.....

Penguji :

ELIMINASI

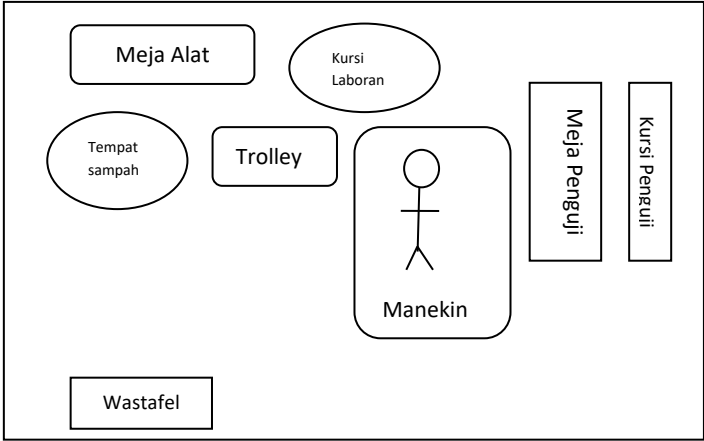
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Eliminasi	Anak	KMB	Ranap	2, 3, 4, 6	Pengkajian pemeriksaan stoma, Penentuan diagnosis, perawatan stoma, evaluasi	Tidak	Ya, phantom stoma	ya	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan eliminasi pada klien anak di ruang rawat inap anak
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta uji dalam melakukan pengkajian, merumuskan masalah keperawatan, melakukan praktik perawatan stoma , dan perilaku profesional
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa 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 bayi perempuan, usia 6 bulan dirawat dengan atresia ani, post operasi pembuatan stoma hari ke-3. Hasil pengkajian: bayi tampak rewel dan tidak nyaman, kantong stoma tampak penuh, tidak ada infeksi pada stoma, kulit kering, tampak adanya kemerahan dan lecet di sekitar kulit stoma. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin dan laporkan hasilnya ke penguji! 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario di atas dan hasil validasi pengkajian fokus! 3. Lakukan praktik perawatan stoma!
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang bayi perempuan, usia 6 bulan dirawat dengan atresia ani, post operasi pembuatan stoma hari ke-3. Hasil pengkajian: bayi tampak rewel dan tidak nyaman, kantong stoma tampak penuh, tidak ada infeksi pada stoma, kulit kering, tampak adanya kemerahan dan lecet di sekitar kulit stoma.

		<u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin dan laporkan hasilnya ke penguji! 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario di atas dan hasil validasi pengkajian fokus! 3. Lakukan praktik perawatan stoma! <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Penguji menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus yang disampaikan oleh peserta ujian yakni, meliputi: a) Diameter stoma, Pada saat peserta mengukur diameter stoma, penguji menyampaikan diameter stoma 3 cm, b) Karakteristik stoma: warna kemerahan, dan tanda komplikasi seperti infeksi, prolaps, nekrosis, atau iskemik. Pada skenario kasus tanda-tanda infeksi tidak ada, 3) Kondisi kulit peristomal: kering, tampak kemerahan dan lecet, 4) Produksi stoma: warna feses kuning, konsistensi cair, jumlah ± 30 cc. 2. Penguji menilai kemampuan peserta dalam menentukan diagnosis keperawatan yaitu: Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban dibuktikan dengan kerusakan lapisan kulit dan kemerahan di sekitar stoma. 3. Penguji mengamati dan menilai ketepatan penampilan peserta dalam melakukan perawatan kolostomi berdasarkan rubrik penilaian. 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar/manikinn	Manekin yang dibutuhkan adalah manekin stoma di daerah perut sebelah kiri dengan diameter stoma 3 cm, dengan kondisi kantong stoma tampak penuh. Adapun karakteristik stoma yang dibuat pada manekin adalah: warna kemerahan, dan tanda komplikasi (infeksi, prolaps, nekrosis, iskemik) tidak ada; kondisi kulit peristomal: kering, tampak kemerahan dan lecet; produksi stoma: warna kuning feses, konsistensi cair, jumlah ± 30 cc.  

		Gambar 1. Produksi Stoma Gambar 2. Kondisi Stoma
10.	<i>Setting Station.</i>	Ruangan Rawat Inap anak - Tempat tidur pasien - Manekin stoma - laboran <i>tata letak ruang :</i> 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. Manikin stoma pada perut sebelah kiri (Gambar kolostomi) 2. Dressing pack stoma: 5 set a. Kom kecil 1 buah, b. Pinset anatomis 1 buah, c. Pinset cirurgis:1 buah d. Gunting: 1 buah 3. Pengukur diameter stoma/<i>stoma guide</i>: 1 buah 4. Kassa: 10 pack

		5. Bengkok: 1 6. Perlak dan pengalas: 1 set 7. Sarung tangan bersih: sejumlah peserta 8. <i>Cairan fisiologis</i>: 5 kalf 9. Plastik hitam ukuran small: 5 pack 10. Kantong kolostomi: sejumlah peserta 11. <i>Stomahaesive</i> pasta, jika perlu 12. <i>Stomahaesive</i> powder, jika perlu <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 memastikan kantong stoma sudah terpasang kembali dan memastikan karakteristik stoma sudah sesuai dengan skenario dalam soal.</i>
12.	Penulis	<i>Eva Oktaviani, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An</i> <i>Poltekkes Kemenkes Palembang</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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2018). <i>Wong's nursing care of infants and children-E-book</i>. Elsevier Health Sciences.

SPO Perawatan Stoma

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>Kantong kolostomi</i> b. <i>Dressing pack stoma (pinset anatomi, pinset chirurgis, kom steril dan gunting)</i> c. <i>Kapas</i> d. <i>Tissue</i> e. <i>Kassa</i> f. <i>Cairan fisiologis</i> g. <i>Stomahaesive pasta, jika perlu</i> h. <i>Stomahaesive powder, jika perlu</i> i. <i>Sarung tangan bersih</i> j. <i>Bengkok</i> k. <i>Perlak dan pengalas</i> l. <i>Kantong plastik hitam</i> m. <i>Pengukur diameter stoma/stoma guide</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama, tanggal lahir, dan/atau rekam medis				
	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 34 : sistematis)				
	11. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	13. Pasang sarung tangan				
	14. Jaga privacy klien				
	15. Pasang pengalas dan gulung di bawah lokasi stoma				
	16. Letakkan bengkok yang telah dilapisi plastik di atas pengalas				
	17. Buka klip kantong kolostomi di atas plastik hitam dengan hati-hati				
	18. Buka kantong stoma, buang feses/urine dan masukkan ke kantong plastik				

	19. Angkat <i>base plate</i> perlahan-lahan menggunakan cairan fisiologis (dimulai dari bagian yang jauh dari jahitan luka terlebih dahulu) dan masukkan ke dalam plastik hitam				
	20. Mengobserasi produk stoma (warna, konsistensi, bau, jumlah, dll)				
	21. Ganti sarung tangan				
	22. Bersihkan stoma dan kulit sekitar stoma menggunakan kapas/kassa dan cairan fisiologis dengan diameter 10-15 cm				
	23. Bersihkan jahitan di sekeliling stoma dengan sangat hati-hati menggunakan lidi kapas yang diberi cairan fisiologis				
	24. Keringkan kulit sekitar stoma dengan kassa kering				
	25. Tutup lubang stoma menggunakan kasa lembab dan siapkan pola pada <i>base plate</i> baru yang akan dipasang menggunakan <i>stoma guide</i>				
	26. Gunting <i>base plate</i> sesuai pola dan rapikan tepian guntingan <i>base plate</i> dengan jari				
	27. Buka kertas pengalas dan berikan pasta disekeliling pinggiran lubang pola tersebut, kemudian rapikan menggunakan jari telunjuk yang telah dicelupkan ke dalam cairan fisiologis				
	28. Pasang <i>base plate</i> pada kulit sekitar stoma dimulai dari posisi stoma bagian bawah				
	29. Tekan dengan hati-hati sekeliling <i>base plate</i> menggunakan jari-jari tangan				
	30. Pasang kantung stoma sambil mengangkat kassa yang berada di atas lubang stoma				
	31. Pasangkan klipnya di bagian bawah kantung stoma sekitar 2 cm				
	32. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	33. Lepaskan sarung tangan				
	34. Lakukan kebersihan 6 langkah				
D	Tahap terminasi				
	35. Simpulkan kegiatan				
	36. Evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	37. Reinforcement positif				
	38. Kontrak waktu selanjutnya				
	39. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	40. Hari_tanggal_jam, kegiatan, karakteristik stoma, produksi stoma, serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	41. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN

STATION: Kebutuhan Eliminasi Pada Klien Anak Di Ruang Rawat Inap Anak

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN

STATION: Kebutuhan Eliminasi Pada Klien Anak Di Ruang Rawat Inap Anak

I. 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 focus : diameter stoma 3 cm, karakteristik stoma : warna kemerahan ,dan tanda komplikasi seperti infeksi, prolaps, nekrosis, atau iskemik tidak ada; kondisi kulit peristomal : kering, tampak kemerahan dan lecet; produksi stoma : warna feses kuning, konsistensi cair, jumlah ± 30 cc)					1	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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 perawatan kolostomi dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat.					5	

Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
4. Perilaku Professional 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 OSCE KEPERAWATAN
STATION 8: Kebutuhan Eliminasi Pada Klien Anak Di Ruang Rawat Inap Anak

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	SKOR (SXB)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian	Peserta ujian tidak melakukan pengkajian fokus pada kolostomi (peserta ujian diam).	Peserta ujian hanya melakukan 1-2 point dari seluruh point pengkajian fokus kolostomi berikut ini : 1. Diameter stoma 3 cm 2. Karakteristik stoma (warna kemerahan, dan tanda komplikasi seperti infeksi, prolaps, nekrosis, iskemik tidak ada) 3. Kondisi kulit peristomal (kering, tampak kemerahan dan lecet) 4. Produksi stoma: warna kuning, konsistensi padat cair, jumlah ± 30 cc)	Peserta ujian hanya melakukan 3-4 point dari seluruh point pengkajian fokus kolostomi berikut ini: 1. Diameter stoma 3 cm 2. Karakteristik stoma (warna kemerahan, dan tanda komplikasi seperti infeksi, prolaps, nekrosis, iskemik tidak ada) 3. Kondisi kulit peristomal (kering, tampak kemerahan dan lecet) 4. Produksi stoma: warna kuning, konsistensi padat cair, jumlah ± 30 cc)	Peserta ujian melakukan seluruh point pengkajian fokus kolostomi lengkap dan sistematis berikut ini: 1. Diameter stoma 3 cm 2. Karakteristik stoma (warna kemerahan, dan tanda komplikasi seperti infeksi, prolaps, nekrosis, iskemik tidak ada) 3. Kondisi kulit peristomal (kering, tampak kemerahan dan lecet) 4. Produksi stoma: warna kuning, konsistensi padat cair, jumlah ± 30 cc)	1	

2. Masalah Keperawatan	Peserta tidak dapat menyampaikan diagnosis keperawatan	Peserta hanya dapat menyebutkan diagnosis keperawatan saja atau data pendukung saja	Peserta menyebutkan diagnosis keperawatan dengan tepat namun data pendukung kurang / tidak tepat.	Peserta menyebutkan diagnosis keperawatan yang disertai dengan data pendukung dengan tepat	2	
3. Implementasi : Perawatan Kolostomi	Peserta ujian tidak melakukan perawatan kolostomi	Peserta ujian tidak mampu melakukan perawatan secara berurutan, namun dapat melakukan 1-2 prinsip perawatan kolostomi berikut: 1. Persiapan alat lengkap, 2. Prosedur perawatan kolostomi rapi dan tuntas 3. Metode pemasangan kantong kolostomi tepat 4. Sistematis 5. Patient Safety	Peserta ujian wajib melakukan perawatan secara berurutan dan melakukan 3-4 prinsip perawatan kolostomi berikut: 1. Persiapan alat lengkap, 2. Prosedur perawatan kolostomi rapi dan tuntas 3. Metode pemasangan kantong kolostomi tepat 4. Sistematis 5. Patient Safety	Peserta ujian wajib melakukan perawatan secara berurutan dan melakukan seluruh prinsip perawatan kolostomi berikut: 1. Persiapan alat lengkap, 2. Prosedur perawatan kolostomi rapi dan tuntas 3. Metode pemasangan kantong kolostomi tepat 4. Sistematis 5. Patient Safety	5	
4. Perilaku Profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan	Meminta izin secara lisan dan 1-2 poin berikut : 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri	Meminta izin secara lisan dan 3 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap : 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri	2	

	dengan hati-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 dan keluarga 5. Melakukan komunikasi terapeutik.	2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada klien dan keluarga 5. Melakukan komunikasi terapeutik	2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada klien dan keluarga 5. Melakukan komunikasi terapeutik	2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada klien dan keluarga 5. Melakukan komunikasi terapeutik		
--	---	--	--	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota),

.....

Penguji :.....

AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT

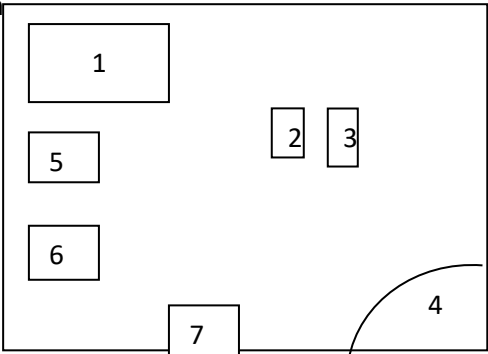
DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

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

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan aktivitas dan mobilitas pada klien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan komunikasi dan edukasi, merumuskan diagnosa keperawatan dan evaluasi rentang gerak (ROM) aktif.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa 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 70 tahun mengalami hemiparase dekstra. Setelah dirawat selama 7 hari di RS, klien dinyatakan sudah boleh pulang dan saat ini klien berada di rumah mengeluh tangan dan kaki sebelah kiri kanan sulit bila digerakkan. Keluarga menyatakan bingung dan menanyakan kepada perawat bagaimana nanti perawatan klien di rumah agar kondisinya tidak semakin buruk. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan persiapan edukasi kepada klien dan keluarga. 2. Tuliskan diagnosa keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pemeriksaan fisik. 3. Ajarkan klien dan keluarga ROM aktif dan pasif pada anggota gerak klien 4. Evaluasi latihan rentang gerak /range of motion (ROM) aktif pada ekstremitas yang terganggu. 5. Lakukan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya latihan
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK :</u> Seorang perempuan 70 tahun mengalami hemiparase dekstra. Setelah dirawat selama 7 hari di RS, klien dinyatakan sudah boleh pulang dan saat

		ini klien berada di rumah mengeluh tangan dan kaki sebelah kiri kanan sulit bila digerakkan. Keluarga menyatakan bingung dan menanyakan kepada perawat bagaimana nanti perawatan klien di rumah agar kondisinya tidak semakin buruk. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan persiapan edukasi kepada klien dan keluarga. 2. Tuliskan diagnosa keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pemeriksaan fisik. 3. Ajarkan klien dan keluarga ROM aktif dan pasif pada anggota gerak klien 4. Evaluasi latihan rentang gerak /range of motion (ROM) aktif pada ekstremitas yang terganggu. 5. Lakukan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya latihan <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik penilaian 2. Rumusan diagnosa keperawatan "gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot" 3. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta melakukan evaluasi berdasarkan rubrik penilaian. *latihan ekstremitas atas : a. Latihan leher : fleksi-ekstensi, fleksi lateral, rotasi lateral. b. Latihan bahu : elevasi-depresi, fleksi-ekstensi abduksi-aduksi, sirkumduksi bahu. c. Latihan siku : fleksi-ekstensi, supinasi-pronasi. d. Latihan pergelangan tangan : fleksi-ekstensi, fleksi radial-fleksi ulnar, sirkumduksi e. Latihan jari-jari tangan : fleksi-ekstensi, adduksi-abduksi. *latihan ekstemitas bawah : a. Latihan pelviks dan lutut : fleksi-ekstensi, abduksi-adduksi, rotasi internal-eksternal. b. Latihan pergelangan kaki : dorso fleksi-plantar fleksi, eversi-inversi, sirkumduksi. c. Latihan jari-jari kaki : fleksi-ekstensi, abduksi-adduksi.
9.	Instruksi untuk klien standar	1. Riwayat penyakit sekarang Keluhan utama : - Lengan kanan dan kaki kanan tidak dapat digerakkan - Jari-jari bisa digerakkan perlahan-lahan - Pergelangan tangan dan siku kanan tidak dapat digerakkan Sejak kapan : Seminggu yang lalu 2. Saat dilakukan pemeriksaan kekuatan otot oleh peserta, klien memperagakan sebagai berikut:

		Lengan kanan: lemas, tidak dapat digerakkan Lengan kiri : Dapat bergerak dan kekuatan normal dapat menahan tahanan Kaki kanan : Lemas, tidak dapat digerakkan Kaki kiri : Dapat bergerak dan kekuatan normal, dapat menahan tahanan Saat lengan kanan diperintahkan peserta untuk diangkat atau menggenggam, lengan kiri yang bergerak berusaha membantu lengan kanan mengikuti perintah. 3. Peran yang harus dilakukan Terbaring di tempat tidur 4. Keluarga: Anak Jenis kelamin: Perempuan Usia : 20 tahun 5. Peran yang dilakukan: Cemas dan khawatir serta sangat peduli terhadap ibunya
10.	<i>Setting Station:</i>	Ruangan di Rumah / Keluarga - Tempat tidur klien - Klien standart <i>tata letak ruang :</i> 1. Tempat tidur dan KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Meja klien 6. Kursi keluarga 7. Wastafel 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan :</i> 1. klien standar 1 set <i>Laboran tidak ada</i>
12.	Penulis	Damon Wicaksi, SST, M.Kes Prodi D3 Keperawatan Universitas Bondowoso
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) <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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI
--	--	--

SPO Pemberian Latihan Rentang Gerak

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
B	Tahap Orientasi				
	2. Menyampaikan salam terapeutik				
	3. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	4. Mengecek identitas klien, minimal dua identitas (nama, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis)				
	5. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur				
C	Tahap Kerja (No 6 sd 19 : sistematis)				
	6. Mencuci tangan dengan 6 langkah				
	7. Jaga privasi dengan memasang tirai atau menutup pintu kamar				
	8. Atur tinggi tempat tidur yang sesuai dan nyaman				
	9. Berdiri di sisi tempat tidur di posisi ekstremitas klien yang akan dilatih				
	10. Lakukan latihan dengan : - melakukan gerakan perlahan dan lembut - menyokong dengan memegang area proksimal dan distal sendi - mengulangi setiap gerakan 5-10 kali setiap sendi - menghentikan gerakan jika kesakitan atau ada tahanan				
	11. Latihan pada leher : a. Fleksi ekstensi : tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada, kembali ke posisi tegak b. Fleksi lateral : tekuk leher ke samping kanan dan kiri c. Rotasi lateral : palingkan wajah ke kiri dan kanan				
	12. Latihan pada bahu : a. Elevasi depresi : Angkat dan turunkan bahu b. Fleksi ekstensi : Angkat lengan dari samping tubuh ke atas, lalu kembali seperti semula c. Abduksi Adduksi : Angkat lengan ke samping tubuh hingga sejajar bahu, lakembalikan seperti semula d. Sirkumduksi bahu: putar lengan pada poros bahu				
	13. Latihan pada siku : a. Fleksi-ekstensi : Gerakkan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti semula				

	b. Supinasi-pronasi : Putar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu putar ke arah dalam sehingga telapak tangan				
	14. Latihan pada pergelangan tangan : a. Fleksi-ekstensi-hiperekstensi : tekuk telapak tangan ke bawah, luruskan, lalu tekuk ke atas b. Fleksi radial-fleksi ulnar : Tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan ke arah kelingking c. Sirkumduksi : Putar tangan pada poros pergelangan tangan				
	15. Latihan pada jari-jari tangan : a. Fleksi-ekstensi : Kepalkan jari dan luruskan seperti semula b. Abduksi-adduksi : Renggangkan jari-jari dan rapat kembali				
	16. Latihan pada pelvis dan lutut : a. Fleksi-ekstensi : Angkat kaki lurus lalu tekuk lutut. Gerakkan lutut ke arah dada, turunkan kaki, luruskan, lalu ke posisi semula b. Abduksi-adduksi : gerakkan kaki ke samping menjauhi sumbu tubuh lalu gerakkan ke arah sebaliknya sehingga melewati sumbu tubuh menyilang ke kaki lainnya c. Rotasi internal-rotasi eksternal : putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh				
	17. Latihan pada pergelangan kaki : a. Dorso fleksi-plantar fleksi: dorong telapak kaki ke atas, ke posisi semula, lalu dorong ke atas b. Eversi-inversi: putar telapak kaki keluar, lalu ke dalam c. Sirkumduksi: putar telapak kaki pada poros pergelangan kaki				
	18. Latihan pada jari-jari kaki : a. Fleksi-ekstensi: dorong jari-jari ke arah atas dan ke bawah b. Abduksi-adduksi: renggangkan jari-jari kaki, lalu rapatkan seperti semula				
	19. Mencuci tangan dengan 6 langkah				
D	Tahap Terminasi				
	20. simpulkan kegiatan				
	21. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	22. <i>reinforcement</i> positif				
	23. kontrak waktu selanjutnya				
E	Tahap Dokumentasi				
	24. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian latihan rentang gerak) dan respon klien.				

F	Penampilan Profesional				
	25. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Latihan Rentang Gerak (ROM) Aktif klien Lansia di Komunitas

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Komunikasi, edukasi, konseling					2	
2. Diagnosa keperawatan					2	
3. Evaluasi Keperawatan					4	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Latihan Rentang Gerak (ROM) Aktif klien Lansia di Komunitas

I. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Komunikasi, edukasi, konseling Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam berkomunikasi dengan klien dan keluarga secara benar.					2	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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. Evaluasi Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengevaluasi tindakan yang telah diidentifikasi dalam implementasi asuhan keperawatan. Tindakan evaluasi yang dimaksud adalah pemberian latihan ROM Aktif 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					2	

dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
---	--	--	--	--	--	--

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 OSCE KEPERAWATAN STATION: Latihan Rentang Gerak Klien Lansia Di Komunitas

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Komunikasi, edukasi, konseling	Peserta ujian sama sekali tidak melakukan prinsip komunikasi terapeutik dan edukasi	Peserta ujian menunjukkan kemampuan berkomunikasi dengan menerapkan 2 dari 4 prinsip berikut: 1. mampu membina hubungan baik dengan klien secara verbal non verbal (ramah, terbuka, kontak mata, salam, empati dan hubungan komunikasi dua arah, respon) 2. mampu menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan 3. mampu menjelaskan dengan bahasa	Peserta ujian menunjukkan kemampuan berkomunikasi dengan menerapkan 3 dari 4 prinsip berikut: 1. mampu membina hubungan baik dengan klien secara verbal non verbal (ramah, terbuka, kontak mata, salam, empati dan hubungan komunikasi dua arah, respon) 2. mampu menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan 3. mampu menjelaskan dengan bahasa yang sederhana tentang akibat tidak	Peserta ujian menunjukkan kemampuan berkomunikasi dengan menerapkan seluruh prinsip berikut: 1. mampu membina hubungan baik dengan klien secara verbal non verbal (ramah, terbuka, kontak mata, salam, empati dan hubungan komunikasi dua arah, respon) 2. mampu menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan 3. mampu menjelaskan dengan bahasa yang sederhana tentang akibat tidak dilakukannya aktifitas	2	

		yang sederhana tentang akibat tidak dilakukannya aktifitas dan latihan dalam waktu yang lama. 4. mampu menjelaskan cara melakukan ROM aktif.	dilakukannya aktifitas dan latihan dalam waktu yang lama. 4. mampu menjelaskan cara melakukan ROM aktif.	dan latihan dalam waktu yang lama. 4. mampu menjelaskan cara melakukan ROM aktif.		
Diagnosis keperawatan	Peserta ujian tidak menuliskan diagnosa keperawatan	1. Peserta ujian menuliskan diagnosa keperawatan selain: "gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kelemahan otot"	Peserta ujian hanya menuliskan masalah keperawatan dengan benar: "gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kelemahan otot"	Peserta ujian menuliskan masalah dan penyebab dengan benar: "gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kelemahan otot"	2	
Evaluasi keperawatan	Peserta ujian tidak melakukan evaluasi latihan rentang gerak (ROM) aktif	Peserta ujian tidak mampu melakukan evaluasi seluruh rangkaian rentang gerak (ROM) aktif atau hanya melakukan salah satu prinsip berikut: 1. Persiapan klien secara tepat,	Peserta ujian wajib melakukan evaluasi rentang gerak (ROM) aktif dan melakukan 2-3 prinsip berikut: 1. Persiapan klien secara tepat, 2. Prosedur latihan rentang gerak secara tepat sesuai kondisi	Peserta ujian wajib melakukan evaluasi seluruh rangkaian rentang gerak (ROM) aktif dengan memperhatikan prinsip berikut: 1. Persiapan klien secara tepat, 2. Prosedur latihan rentang gerak secara	4	

		2. Prosedur latihan rentang gerak secara tepat sesuai kondisi klien dan tuntas (ekstremitas atas dan bawah) 3. Sistematis 4. Patient Safety	klien dan tuntas (ekstremitas atas dan bawah) 3. Sistematis 4. Patient Safety	tepat sesuai kondisi klien dan tuntas (ekstremitas atas dan bawah) 3. Sistematis 4. Patient Safety		
Perilaku profesional	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 Klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan Klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas	Meminta ijin 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 ijin secara lisan dan 3 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 ijin 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	

	4. Menunjukkan rasa hormat kepada Klien					
	5. Melakukan komunikasi terapeutik.					

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota),

.....

Penguji :

SEKSUAL DAN REPRODUKSI

DRAFT I
BLUE PRINT SOAL OSCE

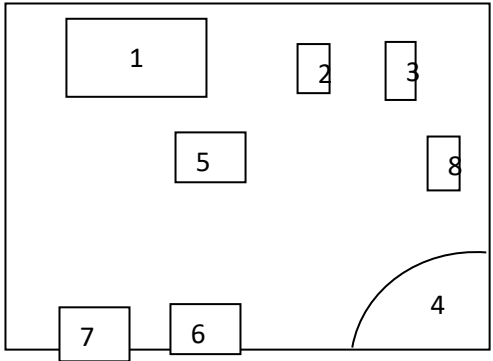
Station	Kategori Kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manekin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 3, 4, 6	Pengkajian area genital, Penentuan diagnosis keperawatan, Tindakan vulva hygiene	Perempuan usia 27 tahun	Manekin Ibu bersalin	1	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Pemenuhan Kebutuhan Vulva Hygiene Pasca Partum
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, melakukan tindakan vulva hygiene pasca partum secara professional
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional <i>Pilih beberapa jenis kompetensi yang akan dinilai, minimal 3 kompetensi→ rujuk pada kompetensi untuk jenjang pendidikan (D3 Kep atau Ners)</i>
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 <i>Pilih jenis katagori kebutuhan berdasarkan skenario klinik (kasus) yang diinginkan</i>
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, 27 tahun, pasca partum normal 12 jam, dirawat di ruang nifas RS dengan keluhan tidak nyaman pada area kemaluan, darah banyak keluar, terasa lembab, pembalut belum diganti sejak 6 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan TFU 1 jari bawah pusat, fundus teraba keras, pembalut sudah penuh. TTV : TD 110/70 mmHg, nadi 80 x/m, S : 38°C <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pemeriksaan fisik area genital dan sampaikan hasilnya ke penguji secara tertulis 2. Rumuskan diagnosis keperawatan disertai data pendukungnya dan sampaikan kepada penguji 3. Lakukan tindakan vulva hygiene pada manekin

		<i>Bagian ini mencantumkan skenario klinik station serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian secara jelas. Skenario klinik menggambarkan kasus yang dihadapi. Tulislah informasi yang relevan (misalnya mencantumkan jenis kelamin, umur pasien, lokasi kejadian, permasalahan yang dihadapi). Tuliskan tugas yang harus dilakukan secara jelas, sehingga tidak membingungkan peserta ujian. Bila dianggap perlu, tugas yang tidak perlu dilakukan oleh peserta dapat dicantumkan pula.</i>
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, 27 tahun, pasca partum normal 12 jam, dirawat di ruang nifas RS dengan keluhan tidak nyaman pada area kemaluan, darah banyak keluar, terasa lembab, pembalut belum diganti sejak 6 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan TFU 1 jari bawah pusat, fundus teraba keras, ada luka episiotomi, pembalut sudah penuh. TTV: TD 110/70 mmHg, nadi 80 x/m, S : 38°C <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pemeriksaan fisik area genital dan sampaikan hasilnya ke penguji secara tertulis 2. Rumuskan diagnosis keperawatan disertai data pendukungnya dan sampaikan kepada penguji 3. Lakukan tindakan vulva hygiene pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Mengamati dan menilai penampilan peserta dalam melakukan pengkajian focus area genital meliputi kebersihan area genital, bau, pengeluaran/discharge dan perdarahan pervaginam Penguji menerima hasil pemeriksaan area genital yang disampaikan peserta ujian 2. Menilai kemampuan peserta dalam merumuskan masalah keperawatan beserta data pendukung dengan lengkap yakni ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusio uterus ditandai dengan klien mengeluh tidak nyaman pada area perineum, darah banyak keluar, tampak luka episiotomy, perineum tampak kotor dan bau, lochea rubra bau amis 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian perineal hygiene pada manekin. 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. <i>Bagian ini mencantumkan kembali skenario klinik serta tugas yang harus dilakukan peserta ujian. Selanjutnya tugas untuk penguji dituliskan dengan jelas, termasuk hal-hal yang harus maupun tidak boleh dilakukan penguji. Selain itu terdapat pedoman penilaian untuk station tersebut sehingga membantu penguji memahami tujuan station serta memiliki penilaian yang sama. Jika ada pertanyaan yang perlu diujikan maka dicantumkan beserta jawaban dan modalitas nilainya. Informasi tambahan terkait hasil pemeriksaan fisik pasien</i>

		<i>dicantumkan beserta kapan informasi tersebut diberikan kepada peserta ujian</i>
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Bagian ini mencantumkan instruksi untuk pasien standar termasuk bagaimana dia berperan sesuai skenario klinik yang diharapkan pembuat soal. Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> <i>1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, usia 27 tahun)</i> <i>2. Riwayat penyakit sekarang (pasca partum normal 12 jam, dirawat di ruang nifas RS dengan keluhan tidak nyaman pada area kemaluan, darah banyak keluar, terasa lembab, pembalut belum diganti sejak 6 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan TFU 1 jari bawah pusat, fundus teraba keras, ada luka episotomi, pembalut sudah penuh. TTV : TD 110/70 mmHg, nadi 80 x/m, S: 38°C</i> <i>3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang pertama</i> <i>4. Riwayat penyakit keluarga (tidak ditanyakan)</i> <i>5. Riwayat kebiasaan sosial (klien adaptif dengan lingkungan rumah sakit)</i> <i>6. Harapan terhadap penyakit (klien dan keluarga berharap segera pulang ke rumah dan bisa merawat bayi di rumah)</i> <i>7. KS tiduran di bed, dengan kepala ditinggikan, masih takut berjalan ke kamar mandi.</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 ibu bersalin, digunakan untuk perineal hygiene</i> <i>Jika tidak memerlukan Klien Standar dan prosedur menggunakan Manekin, maka tuliskan kondisi spesifik dari manekin yang dibutuhkan.</i>

10.	<i>Setting Station.</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin ibu bersalin - Laboran <i>tata letak ruang :</i> 1. Tempat tidur dan manekin ibu bersalin serta KS 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>Peralatan :</i> 1. Pengalas bokong 1 buah 2. Bengkok 1 buah 3. Sarung tangan 1 pasang 4. Dua buah waslap / handuk kecil bersih 5. Kapas cebok secukupnya 6. Baskom 2 buah 7. Air hangat/air bersih 8. Celana dalam bersih 1 buah 9. Pembalut 1 buah <i>Untuk kasus ini diperlukan laboran</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 menyiapkan kembali air hangat/air bersih dalam 2 baskom, dan pembalut sesuai kebutuhan.</i>
12.	Penulis	<i>Asmawati, S. Kp., M.Kep</i> <i>Poltekkes Kemenkes Bengkulu</i>
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia</i> 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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Bobak, Lowdermilk. 2005. <i>Buku Ajar Keperawatan Maternitas</i>. Jakarta: EGC. Cunningham, FG., et al. (2013).

SPO: Vulva Hygiene

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. Pengalas bokong 1 buah</i> <i>b. Bengkok 1 buah</i> <i>c. Sarung tangan 1 pasang</i> <i>d. Dua buah waslap / handuk kecil bersih</i> <i>e. Kapas cebok secukupnya</i> <i>f. Baskom 2 buah</i> <i>g. Air hangat/air bersih</i> <i>h. Celana dalam bersih 1 buah</i> <i>i. Pembalut 1 buah</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 klien				
C	Tahap Kerja (No 11sd 19 : sistematis)				
	11. Atur posisi klien telentang, buka pakaian bawah dan lepaskan pembalut, lalu tekuk kedua kaki (dorsal recumben). Dekatkan alat dekat klien				
	12. Pasang hanscoon.				
	13. Ambil kapas cebok, celupkan dalam air hangat/bersih. Bersihkan area selangkangan dan vulva dengan kapas dari atas ke bawah sampai bersih				
	14. Bersihkan area labia mayora dan labia minora sampai bersih				
	15. Keringkan area vulva dan labia dengan waslap atau handuk kecil dengan lembut				
	16. Miringkan pasien, observasi area bokong dari darah dan kotoran lainnya.				
	17. Bersihkan area bokong dan keringkan				
	18. Rekatkan pembalut dan pasang celana dalam				
	19. Pasang selimut				
	20. Rapihan alat dan hand hygiene				

D	Tahap terminasi				
	21. Tanyakan apakah klien merasa nyaman dan bersih				
	22. reinforcement positif				
	23. kontrak waktu selanjutnya				
	24. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	25. Hari_tanggal_jam, tindakan vulva hugiene, cairan yang digunakan, tanda-tanda infeksi) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan klien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	26. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Vulva Hiegiene Pada Ibu Pasca Partum 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. Diagnosa keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					4	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Vulva Hygiene Pada Ibu Pasca Partum di Ruang Rawat Inap

I. 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 focus : pengkajian pada area genital pada klien. Peserta melakukan inspeksi pada area genitalia wanita meliputi kebersihan, pengeluaran, bau dan pengeluaran darah yang membuat ketidaknyamanan pasca persalinan lalu peserta menyampaikan hasilnya (hasil dijawab ke penguji sesuai scenario).					2	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis keperawatan yang harus ditentukan berdasarkan data di 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					4	

pemberian vulva hygiene dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
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 OSCE KEPERAWATAN STATION: Vulva Higiene Pada Ibu Pasca Partum di Ruang Rawat Inap

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta Ujian sama sekali tidak melakukan pemeriksaan fisik area genital pasca partum	Peserta ujian hanya mampu melakukan satu data pengkajian fisik 1. Darah banyak keluar pada area kemaluan 2. Area perineum dan vagina tampak kotor 3. vagina berbau amis 4. ada luka episotomi 5. Nyeri pada area luka episotomi	Peserta ujian hanya mampu mengkaji 2-3 data pengkajian : 1. Darah banyak keluar pada area kemaluan 2. Area perineum dan vagina tampak kotor 3. vagina berbau amis 4. ada luka episiotomy 5. Nyeri pada area luka episotomi	Peserta ujian hanya mampu mengkaji semua pengkajian ketidaknyamanan pasca partum 1. Darah banyak keluar pada area kemaluan 2. Area perineum dan vagina tampak kotor 3. vagina berbau amis 4. ada luka episotomi 5. Nyeri pada area luka episotomi	2	
Diagnosis keperawatan	Peserta tidak dapat menyusun diagnosis keperawatan	Peserta hanya dapat menentukan masalah keperawatan saja Ketidaknyamanan pasca partum tanpa	Peserta menyebutkan masalah keperawatan dan etiologi dengan tepat namun data pendukung kurang /tidak tepat.	Peserta menyebutkan diagnosis keperawatan secara utuh disertai dengan data pendukung dengan tepat Diagnosa Keperawatan :	2	

		menyebutkan etiologi dan simptom	Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusio uteri	Ketidaknyamanan pasca partum berhubungan dengan involusio uteri ditandai dengan : DS: mengeluh tidak nyaman, darah banyak mengalir dari vagina, terasa lembab, pembalut belum diganti sejak 6jam lalu dan nyeri pada luka episiotomi DO: daerah vulva dan perineum tampak kotor, darah banyak keluar dari vagina, pembalut penuh darah, bau amis, tampak luka episotomi dan nyeri		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak dapat melakukan vulva hygiene	Peserta ujian hanya melakukan tindakan vulva hygiene 1-2 langkah berikut ini : 1. Mengatur posisi klien dengan nyaman 2. Menggunakan handscoon 3. Membersihkan area vulva, perineum dan labia mayora dan	Peserta ujian hanya melakukan tindakan vulva hygiene 3-4 langkah berikut ini: 1. Mengatur posisi klien nyaman 2. Menggunakan handscoon 3. Membersihkan area vulva, perineum dan labia mayora dan	Peserta ujian melakukan seluruh langkah tindakan vulva hygiene secara lengkap dan sistematis berikut ini: 1. Mengatur posisi klien nyaman 2. Menggunakan handscoon 3. Membersihkan area vulva, perineum dan	4	

		minora sampai bersih 4. Mengeringkan area vulva dan perineum 5. Memasang pembalut dan celana dalam	minora sampai bersih 4. Mengeringkan area vulva dan perineum 5. Memasang pembalut dan celana dalam	labia mayora dan minora sampai bersih 4. Mengeringkan area vulva dan perineum 5. Memasang pembalut dan celana dalam		
Perilaku profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-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.	Peserta Ujian meminta izin secara lisan dan melakukan 1-2 poin berikut : 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-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	Peserta ujian meminta izin secara lisan dan melakukan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-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	Peserta Ujian meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap : 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-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 skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota),

.....

Penguji:

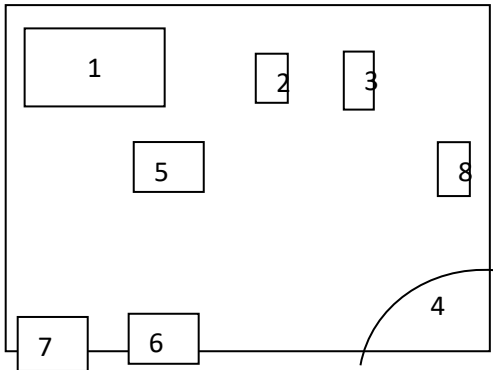
DRAFT II
BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Setting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 4, 6	Pengkajian lochea, Diagnosis	Ibu, 32 tahun	Ya, seusia Dewasa	ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Seksual dan reproduksi pada Pasien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan Pengkajian, melaksanakan perawatan payudara dan teknik menyusui yang benar .
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa 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 berusia 32 tahun, post partum hari ke 3, di rawat gabung dg bayinya. Pada saat dikaji mengeluh payudaranya nyeri & bengkak, bayi rewel. Dari hasil pemeriksaan didapatkan data: payudara keras, puting menonjol, ASI keluar sedikit . Pada saat menyusui ibu kesulitan dan bayi keulitan untuk menghisap payudara .. <u>TUGAS :</u> 4. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 5. Tuliskan diagnose keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 6. Lakukan perawatan payudara pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan berusia 32 tahun, post partum hari ke 3, di rawat gabung dg bayinya. Pada saat dikaji mengeluh payudaranya nyeri & bengkak, bayi rewel. Dari hasil pemeriksaan didapatkan data: payudara keras, puting menonjol, ASI keluar sedikit. Pada saat menyusui ibu

		kesulitan & bayi mengalami kesulitan untuk menghisap payudara . Apakah diagnosa keperawatan yang utama kasus tersebut diatas? <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian focus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnose keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario diatas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan perawatan payudara pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian focus tambahan yakni perawatan payudara pada manekin. Pada saat peserta melakukan perawatan payudara pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa Tindakan perawatan payudara selesai 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : Kurang pengetahuan tentang perawatan payudara b.d kurangnya informasi ditandai dengan pasien mengeluh payudaranya nyeri & bengkak, bayi rewel, payudara keras, puting menonjol, ASI keluar sedikit. saat menyusui ibu kesulitan & bayi kesulitan untuk menghisap payudara. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam melakukan perawatan payudara pada manekin Sampaikan kepada peserta bahwa payudara lembek sudah sesuai, saat peserta melakukan evaluasi bayi mengisap dan tidak rewel. 4. Monitor perilaku professional 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</i> (Seorang perempuan berusia 32 tahun) 2. <i>Riwayat penyakit sekarang</i> (post partum hari k 3, di rawat gabung dgn bayinya. Pada saat dikaji mengeluh payudaranya nyeri & bengkak, bayi rewel. Dari hasil pemeriksaan didapatkan data: payudara keras, puting menonjol, ASI keluar sedikit. Saat menyusui ibu kesulitan & bayi kesulitan untuk menghisap payudara. 3. <i>Riwayat kehamilan ; selama hamil anak pertama, kedua dan yang ke tiga ini tidak ada kelainan hanya mual muntah yang ringan</i> 4. <i>Riwayat Persalinan ; ketiganya lahir normal hidup dan saat ini anak pertama dan kedua sehat. kebiasaan sosial (ibu cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit)</i> 5. <i>Harapan ibu terhadap keadaannya (Ibu dan bayi berharap segera membaik sehat, ibu berharap payudaranya lembek tidak mengeras lagi bisa menyusui bayinya dengan baik bayi sehat dan tidak rewel lagi)</i> 6. <i>KS duduk di kursi dengan sandaran , posisi duduk badan tegak dan kedua kaki injak diatas bangku kecil , menunjukan perasaan nyeri pada kedua payudara, wajah meringis karena tahan sakit, sambil</i>

		<i>bertanya kepada petugas bagaimana keadaan bayinya. 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 ibu post partum dengan phantom kedua payudara, phantom bayi, digunakan untuk perawatan payudara dan Teknik menyusui yang benar .</i>
10.	Setting Station.	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin payudara - 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>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> - Handuk 2 bh - Waslap 2 bh - Dua wadah untuk air hangat dan dingin - Kasa/kapas - Minyak kelapa - Phantom payudara - Phantom bayi - Kom tertutup berisi kapas air hangat - Bengkok - Kursi yang ada sandarannya - Penyangga kaki/bangku kecil <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 mengganti air hangat dan dingin yang kotor membuang kapas kotor ketempat sampah dan menggantikan kapas yang baru serta merapikan phantom payudara dan phantom bayi seperti semula. Laboran Dilarang Bicara/membantu Praktikan saat Ujian</i>
12.	Penulis	<i>Martha Meti Kody, S. Kep., Ns., M. Kep Poltekes Kemenkes Kupang Kampus Waingapu</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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

SOP Melaksanakan 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. Handuk 2 bh b. Waslap 2 bh c. Dua wadah untuk air hangat dan dingin d. Kasa/kapas e. Minyak kelapa f. Phantom payudara				
	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 23 : sistematis)				
	11. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	12. hand hygiene				
	13. anjurkan klien untuk duduk santai bersandar, dan kaki ditopang ditekuk				
	14. pastikan privacy klien terjaga, kemudian anjurkan klien untuk melepaskan bra, dan letakkan handuk dibawah payudara dan di bahu ibu				
	15. basahi kapas/kasa dengan minyak kelapa, lalu kompres puting susu dan gunakan sebagai pembersih kotoran disekitar areola dan puting susu selama 3-5 menit				
	16. tuangkan sedikit minyak kelapa dikedua belah telapak tangan dan bersihkan puting susu, tarik untuk puting susu yang datar				
	17. Tempatkan kedua telapak tangan di antara kedua payudara				
	18. Lakukan pengurutan pertama: dengan gerakan melingkar dari dalam keluar payudara dengan menggunakan telapak tangan sebanyak 20 kali				

	(sekitar 5-10 menit) untuk masing-masing payudara				
	19. Lakukan pengurutan kedua : dengan sisi jari kelingking dari atas ke arah puting susu, lakukan dua kali gerakan pada setiap payudara				
	20. Lakukan pengurutan ketiga : dengan gerakan menekan payudara secara perlahan dengan menggunakan ujung kepala tangan dari atas menuju arah puting susu untuk masing-masing payudara				
	21. Lakukan kompres bergantian selama 3 kali berturut-turut dan akhiri dngan kompres hangat selama 2 menit				
	22. Keringkan payudara dengan handuk				
	23. Mengenakan kembali pakaian ibu (Gunakan BH)				
	24. monitor setelah pelaksanaan perawatan payudara (subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene				
D	Tahap terminasi				
	25. simpulkan kegiatan				
	26. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	27. reinforcement positif				
	28. kontrak waktu selanjutnya				
	29. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	30. hari_tanggal_jam, kegiatan, Tindakan pelaksanaan, serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	31. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION 10 : Seksual dan Reproduksi 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. Diagnosa keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION 10 : Seksual dan Reproduksi klien dewasa di ruang rawat inap

I. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Penilaian perawatan payudara pada klien. Peserta melakukan perawatan payudara dengan tepat pada payudara manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					1	
2. Diagnosa keperawatan Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang jelas berdasarkan skenario.					2	
3. Implementasi: Keperawatan peserta ujian melakukan perawatan payudara dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat.					5	
4. Perilaku Profesional Peserta Ujian menunjukkan profesionalisme dengan baik : meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien.					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 OSCE KEPERAWATAN STATION: Seksual dan Reproduksi Klien Dewas Di Ruang Rawat Inap

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian perawatan payudara	Peserta melakukan penilaian perawatan payudara, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian perawatan payudara dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian focus berupa penilaian perawatan payudara pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa payudara manekin 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	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Kurang pengetahuan tentang perawatan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Kurang pengetahuan tentang perawatan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Kurang pengetahuan tentang perawatan payudara b.d	2	

	scenario kasus di bagian instruksi penguji	payudara, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	payudara b.d kurangnya informasi , namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	kurangnya informasi ditandai dengan pasien mengeluh payudaranya nyeri & bengkak, bayi rewel, payudara keras, puting menonjol, ASI keluar sedikit. saat menyusui ibu kesulitan & bayi kesulitan untuk menghisap payudara		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan Perawatan payudara , namun memberikan modalitas perawatan bayi	Peserta melakukan perawatan payudara, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan perawatan payudara, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan perawatan payudara dengan tepat : Lima prinsip pelaksanaan perawatan payudara dilakukan 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 dilakukan : perawatan payudara 4. Sistematis (pastikan Teknik dan cara ,atur	5	

				posisi pasien nyaman, alat atau bahan yang digunakan kapas dan minyak kelapa sesuai, Teknik pengurutan payudara pertama ,kedua dan ketiga, sesuai , pelaksanaan pengompresan payudara dengan air hangat dan dingin selama 3 kali diakhiri dengan kompres air hangat selama 2 menit sesuai, mengeringkan payudara dan menggunakan pakaian dan BH ibu dilakukan sesuai, Setelah pelaksanaan perawatan payudara (subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene 5. Dokumentasikan prosedur		
--	--	--	--	--	--	--

				(hari_tanggal_jam, kegiatan, pelaksanaan perawatan payudara) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point 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 point 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 menyapaikan 3-4 point 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	2	

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

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

(Kota)..... 2024

.....

Penguji :

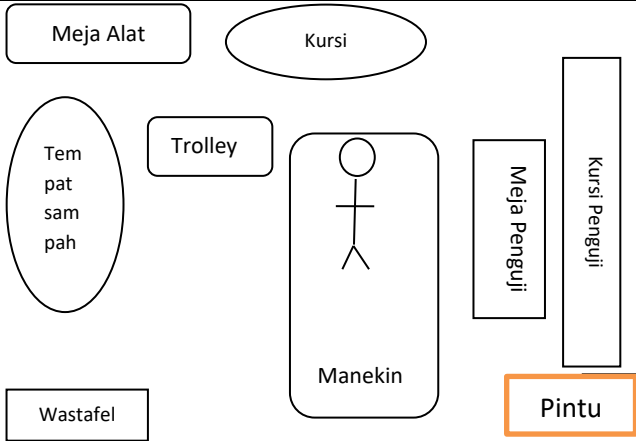
DRAFT III
BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes 10 pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
.....	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 3, 4, 6	Pemeriksaan lochea		Manekin wanita	ya	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	
2.	Judul station	Seksual dan Reproduksi : Melakukan pemeriksaan lochea di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian sistem reproduksi, menetapkan diagnose keperawatan dan melakukan pemeriksaan lochea
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosa 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, 38 tahun, P2A0, post partum normal 2 jam yang lalu, di ruang persalinan. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37°C, uterus teraba keras, akral hangat, perdarahan terukur 300 ml. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian focus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnose keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario di atas dan hasil validasi pengkajian focus 3. Lakukan pemeriksaan lochea pada manekin
8.	Instruksi untuk Penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, 38 tahun, P2A0, post partum normal 2 jam yang lalu, di ruang persalinan. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37°C, uterus teraba keras, akral hangat, perdarahan terukur 300 ml. <u>TUGAS :</u>

		1. Lakukan pengkajian focus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnose keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario di atas dan hasil validasi pengkajian focus 3. Lakukan pemeriksaan lochea pada manekin INSTRUKSI PENGUJI: 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian focus tambahan yakni pengukuran tinggi fundus uteri pada manekin. Pada saat peserta melakukan pengukuran tinggi fundus uteri pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa TFU 2 jari di bawah pusat. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : resiko perdarahan ditandai dengan TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37°C, uterus teraba keras, akral hangat, perdarahan terukur 300 ml 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemeriksaan lochea pada manekin. Pengeluaran lochea (COCA) : Consintensy : lochea yang keluar berupa gumpalan darah atau cairan Odor : lochea berbau busuk atau amis Color : rubra (0-3 hari), serosa (4-7 hari), alba (> 7 hari). Amount : banyaknya jumlah lochea yang keluar 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan..
9.	Instruksi untuk klien standar/ manekin	Identitas Pasien : Seorang perempuan Usia : 38 tahun Jenis kelamin : perempuan Pekerjaan : ibu rumah tangga Status : menikah Pendidikan terakhir : SMP Menggunakan manekin dewasa untuk pemeriksaan lochea
10	<i>Setting Station.</i>	1. Poliklinik 2. Unit Gawat Darurat 3. Ruang Rawat Inap 4. Ruang Keluarga 5. Komunitas

		
11	Peralatan yang dibutuhkan	• Manekin perempuan : 1 set • Selimut • Sarung tangan bersih • Tisu, <i>jika perlu</i> • Form/buku untuk pendokumentasian : buku KIA, kartu ibu atau status ibu bersalin.
12.	Penulis	Ns. Luluk Eka Meylawati, M.Kep Universitas Dirgantara Marsekal Suryadarma
13.	Referensi	<i>Khasanah, NA dan Sulistyawati, W. (2017). Asuhan Nifas dan Menyusui. Surakarta : Penerbit CV Kekata Group</i> 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 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 SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

SPO Pemeriksaan Lochea

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 bersih b. Tisu, <i>jika perlu</i>				
4	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
5	Jaga privasi ibu				
6	Atur posisi ibu <i>dorsal recumbent</i>				
7	Pasang sarung tangan steril				
8	Amati pengeluaran Lochea (COCA) a. Consistency : lochea yang keluar berupa gumpalan darah atau cairan b. Odor : lochea berbau busuk atau amis c. Color : rubra (0-3 hari), serosa (4-7 hari), alba (> 7 hari). d. Amount : banyaknya jumlah lochea yang keluar				
9	Informasikan hasil pemeriksaan <i>lochea</i>				
10	Rapikan pasien				
11	Lepaskan sarung tangan				
12	Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
13	Dokumentasikan hasil pemeriksaan <i>lochea</i> .				

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: Seksual dan Reproduksi Klien Dewasa Di Ruang Poliklinik

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
STATION: MELAKUKAN PEMERIKSAAN LOCKEA DI RUANG RAWAT INAP

I. 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 focus : penilaian saturasi oksigen pada klien. Peserta meletakkan oksimeter dengan tepat pada ujung ekstremitas manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					2	
2. Diagnosa keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosa 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 pemberian oksigen nasal kanule 2 lpm dengan					5	

langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						
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.					1	

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 OSCE KEPERAWATAN
STATION: Seksual dan Reproduksi KLIEN Dewasa DI RUANG Poliklinik

KOMPETENSI	URAIAN SKOR				SKOR (S)	BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3			
1. Pengkajian Keperawatan	Peserta ujian tidak melakukan pengkajian pada pasien (peserta ujian diam).	Peserta ujian hanya melakukan 1 point dari seluruh point pengkajian berikut ini : 1. Tinggi Fundus Uteri 2. Tanda-tanda vital 3. Uterus teraba keras	Peserta ujian hanya melakukan 2 point dari seluruh point pengkajian berikut ini : 1. Tinggi Fundus Uteri 2. Tanda-tanda vital 3. Uterus teraba keras	Peserta ujian melakukan seluruh point pengkajian secara lengkap dan sistematis berikut ini: 1. Tinggi Fundus Uteri 2. Tanda-tanda vital 3. Uterus teraba keras	2		
2. Diagnosa keperawatan	Peserta tidak dapat menyampaikan diagnose keperawatan	Peserta hanya dapat menyebutkan masalah keperawatan saja atau data pendukung saja	Peserta menyebutkan diagnose keperawatan dengan tepat namun data pendukung kurang / tidak tepat .	Peserta menyebutkan masalah keperawatan yang disertai dengan data pendukung dengan tepat	2		
3. Implementasi: Keperawatan	Peserta ujian tidak melakukan	Peserta ujian mampu melakukan	Peserta ujian mampu melakukan	Peserta ujian mampu melakukan	5		

	pemeriksaan lochea	1-3 tindakan pemeriksaan lochea namun masih belum menjelaskan secara akurat : 1. Persiapan alat lengkap, 2. Prosedur pemeriksaan lochea rapi dan tuntas 3. Menyebutkan pengeluaran lochea (COCA) 4. Menjaga privasi pasien 5. Sistematis 6. Patient Safety	3-5 tindakan pemeriksaan lochea namun masih belum menjelaskan secara akurat : 1. Persiapan alat lengkap, 2. Prosedur pemeriksaan lochea rapi dan tuntas 3. Menyebutkan pengeluaran lochea (COCA) 4. Menjaga privasi pasien 5. Sistematis 6. Patient Safety	semua tindakan pemeriksaan lochea dan menjelaskan secara akurat : 1. Persiapan alat lengkap, 2. Prosedur pemeriksaan lochea rapi dan tuntas 3. Menyebutkan pengeluaran lochea (COCA) 4. Menjaga privasi pasien 5. Sistematis 6. Patient Safety			
4. Perilaku Profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan teliti sehingga tidak	Meminta izin secara lisan dan 1-2 poin berikut : 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri	Meminta izin secara lisan dan 3 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap : 1. Melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan	1		

	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. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik	2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik	klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik			
--	--	--	--	--	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = $\frac{\text{Jumlah total skor}}{28} \times 100 =$

(Kota),

.....
Penguji :

SINOPSIS

Buku Kumpulan Blueprint, Soal Dan Rubrik Penilaian OSCE 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 Blueprint, Soal Dan Rubrik Penilaian OSCE 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 Blueprint, Soal Dan Rubrik Penilaian OSCE 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 Blueprint, Soal Dan Rubrik Penilaian OSCE 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 978-623-8549-75-7



9 786238 549757

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



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA

Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022