

LATIHAN SOAL, RUBRIK, DAN BLUEPRINT OSCE PROFESI NERS

Nining Rusmianingsih, S.Kep., Ners., M.Kep. - Mokh. Sandi Haryanto, S.Kep., Ners., M.Kep.
Sugiarto, S.Kep., Ners., M.Kep. - Ns. Faridatul Istibsaroh, M.Tr.Kep. - Rizqy Iftitah Alam, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Rezka Nurvinanda, M.Kep. - Ns. Yasherly Bachri, M.Kep. - Yuli Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep. - Ns. Martha K. Silalahi, M.Kep. - Ns. Septina Boru Saragih, M.Kep.
Nur Hidayatin, S.Kep., Ns., M.Kep. - Leni Tri Wahyuni, S.Kep., M.Biomed. - Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep.
Yuliati, SKp., MM., M.Kep. - Ratih Bayuningsih, M.Kep.



LATIHAN SOAL, RUBRIK, DAN BLUEPRINT OSCE PROFESI NERS

Penulis:

Nining Rusmianingsih, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mokh. Sandi Haryanto, S.Kep., Ners., M.Kep.

Sugiarto, S.Kep., Ners., M.Kep.

Ns. Faridatul Istibsaroh, M.Tr.Kep.

Rizqy Iftitah Alam, S.Kep., Ns., M.Kes.

Ns. Rezka Nurvinanda, M.Kep.

Ns. Yasherly Bachri, M.Kep.

Yuli Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep.

Ns. Martha K. Silalahi, M.Kep.

Ns. Septina Boru Saragih, M.Kep.

Nur Hidayatin, S.Kep., Ns., M.Kep.

Leni Tri Wahyuni, S.Kep., M.Biomed.

Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep.

Yuliati, SKp., MM., M.Kep.

Ratih Bayuningsih, M.Kep.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

LATIHAN SOAL, RUBRIK, DAN BLUEPRINT OSCE PROFESI NERS

Penulis:

Nining Rusmianingsih, S.Kep., Ners., M.Kep.
Mokh. Sandi Haryanto, S.Kep., Ners., M.Kep.
Sugiarto, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Faridatul Istibsaroh, M.Tr.Kep.
Rizqy Iftitah Alam, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Rezka Nurvinanda, M.Kep.
Ns. Yasherly Bachri, M.Kep.
Yuli Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Martha K. Silalahi, M.Kep.
Ns. Septina Boru Saragih, M.Kep.
Nur Hidayatin, S.Kep., Ns., M.Kep.
Leni Tri Wahyuni, S.Kep., M.Biomed.
Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep.
Yuliati, SKp., MM., M.Kep.
Ratih Bayuningsih, M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Qo'is Ali Humam

No. ISBN: 978-623-8549-63-4

Cetakan Pertama: Agustus, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunianya sehingga Buku Latihan Soal, Rubrik, dan Blueprint OSCE Profesi Ners 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 Latihan Soal, Rubrik, dan Blueprint OSCE Profesi Ners ini, saran dan kritik membangun sangat kami harapkan. Semoga buku ini dapat bermanfaat buat semua pihak dalam rangka meningkatkan keberhasilan mahasiswa dalam pelaksanaan ujian OSCE Keperawatan.

Juli 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI.....	iv
OKSIGENASI	1
SIRKULASI	45
CAIRAN DAN ELEKTROLIT	57
NUTRISI	85
AMAN DAN NYAMAN	127
PSIKOSOSIAL	141
ELIMINASI	155
SEKSUAL DAN REPRODUKSI.....	169

OKSIGENASI

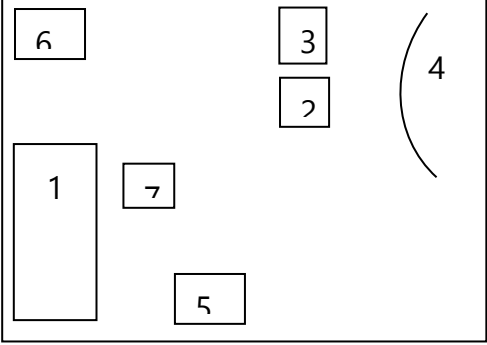
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
1	Oksigenasi	Dewsa	Keperawatan Medikal Bedah	Ranap	2, 4, 5, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Tindakan Suctioning	Laki-laki 50 tahun	Ya, seusia 50 tahun	ya	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan oksigenasi 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, tindakan suctioning
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	Oksigenasi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki 50 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis bronchopneumonia dirawat sudah 5 hari, Hasil pengkajian klien mengeluh sesak, pernapasan cuping hidung, batuk berdahak susah dikeluarkan, ronchi terdengar di paru kiri dan kanan, frekuensi napas 32 X/menit, nadi 92 X/ menit <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 suctioning.
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki 50 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis bronchopneumonia dirawat sudah 5 hari, Hasil pengkajian klien mengeluh sesak, pernapasan cuping hidung, batuk berdahak susah dikeluarkan, ronchi terdengar di paru kiri dan kanan, frekuensi napas 32 X/menit, nadi 92 X/ menit <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 suctioning.

		<u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni auskultasi pada manekin. Pada saat peserta meletakkan stetoskopi pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa ronchi postif 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi sekret ditandai dengan pengkajian klien mengeluh sesak, pernapasan cuping hidung, batuk berdahak susah dikeluarkan, ronchi terdengar di paru kiri dan kanan, frekuensi napas 32 X/menit, nadi 92 X 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam melakukan tindakan suctioning pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa sesak berkurang saat peserta melakukan evaluasi pola napas pasien setelah dilakukan suctioning 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	1. Laki-laki 50 tahun 2. Riwayat penyakit sekarang klien mengeluh sesak, klien mengeluh sesak, pernapasan cuping hidung, batuk berdahak susah dikeluarkan, ronchi terdengar di paru kiri dan kanan, frekuensi napas 32 X/menit, nadi 92 X/ menit 3. Dirawat diruang penyakit dalam, sebelumnya pasien punya riwayat penyakit bronchitis kronis 4. Riwayat penyakit keluarga (dikeluarga tidak ada yang menderita penyakit gangguan system pernapasan) 5. Riwayat kebiasaan sosial klien seorang satpam yang sering bekerja malam hari. 6. Harapan terhadap penyakit (klien berharap segera sembuh agar bisa kembali bekerja) 7. Klien sering batuk
10.	Setting Station:	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa - laboran tata letak ruang: 1. Tempat tidur dan manekin dewasa serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji

		4. Pintu masuk 5. Trolly t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. Mesin suction, kateter suction steril, 2. Sepasang sarung tangan bersih & steril 3. Perlak dan pengalasnya 4. Bengkok 5. Larutan NaCl 6. Bak instrument berisi: pinset anatomis 2, pinset chirugis, kom kecil, gunting, klem 7. Tissue 8. Stetoskop 9. Kom
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. Mokh. Sandi Haryanto, S.Kep., Ners., M.Kep b. Institut Kesehatan Rajawali
13.	Referensi	Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S.J. (2011). Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik. Jakarta: PT. EGC. 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

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OKSIGEN NASAL KANULE

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <i>a. Mesin suction, kateter suction steril,</i> <i>b. Sepasang sarung tangan bersih & steril</i> <i>c. Perlak dan pengalasnya</i> <i>d. Bengkok</i> <i>e. Larutan NaCl</i> <i>f. Bak instrument berisi: pinset anatomis 2, pinset chirugis, kom kecil, gunting, klem</i> <i>g. Tissue</i> <i>h. Stetoskop</i> <i>i. Kom</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 26: sistematis)				
	11. Menempatkan peralatan di dekat klien				
	12. Tempatkan pasien pada posisi telentang Buka set steril dengan teknik aseptik.				
	13. Gunakan sarung tangan				
	14. Hubungkan kateter pengisap dengan selang alat pengisap				
	15. Mesin penghisap dihidupkan				
	16. Lakukan pengisapan lendir dengan memasukkan kateter pengisap ke dalam kom berisi aquabides atau NaCl 0,9% untuk mempertahankan tingkat kesterilan (Aseptic)				
	17. Gunakan alat pengisap dengan tekanan 110-150 mmHg untuk dewasa, 95-110mmHg untuk anak-anak, 50-95 mmHg untuk bayi				
	18. Tarik dengan memutar kateter penghisap tidak lebih dari 15 detik				

	19. Tarik dengan memutar kateter penghisap tidak lebih dari 15 detik				
	20. Bilas kateter dengan aquades/NaCl 0,9%				
	21. Lakukan pengisapan antar pengisapan pertama dengan pengisapan berikutnya				
	22. Minta pasien untuk bernafas dalam dan batuk, Apabila pasien mengalami distress pernapasan, biarkan istirahat 20-30 detik sebelum melakukan pengisapan berikutnya				
	23. Setelah selesai, kaji jumlah, konsistensi, warna, bau sekret dan respon pasien terhadap prosedur				
	24. Masukkan kateter pengisap dalam keadaan tidak mengisap				
	25. Bereskan alat				
	26. Cuci tangan				
D	Tahap terminasi				
	27. simpulkan kegiatan				
	28. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	29. reinforcement positif				
	30. kontrak waktu selanjutnya				
	31. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOkumentasi				
	32. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	33. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
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. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
OKSIGENASI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Melakukan pengkajian: ditemukan pasien batuk, banyak dahajk dan ronchi					1	
2. Diagnosis keperawatan Menentukan diagnosis keperawatan sesuai hasil pengkajian: bersihan jalan napas tidak efektif					2	
3. Implementasi: Keperawatan Menentukan tindakan sesuai diagnosis keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional Menyampaikan salam terapeutik, Menyampaikan nama dan peran perawat, Mengecek identitas pasien, f, Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu, Memberi kesempatan bertanya, Memulai tindakan dengan baik					2	

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN OKSIGENASI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan pengkajian bersihan jalan napas	Peserta melakukan penilaian bersihan jalan napas, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian bersihan jalan napas dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian bersihan jalan napas dan auskultasi pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengkajian posisi dengan benar	1	
Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: bersihan jalan napas tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan akumulasi secret ditandai dengan pasien mengeluh sesak, batuk berdahak susah dikeluarkan, ronchi positif respirasi 32 X/menit	2	

Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan suctioning, namun memberikan modalitas oksigen yang lainnya	Peserta melakukan tindakan suction namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan tindakan suctioning, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan tindakan suctioning dengan tepat: Lima prinsip tindakan suctioning 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: suctioning 4. Sistematis (pastikan jalan napas atas paten, atur posisi pasien nyaman, Menempatkan peralatan di dekat klien, Tempatkan pasien pada posisi telentang Buka set steril dengan teknik aseptik. ,Gunakan sarung tangan, Hubungkan kateter	5	
--------------------------	--	---	--	--	---	--

				pengisap dengan selang alat pengisap, Mesin penghisap dihidupkan, Lakukan pengisapan lendir dengan memasukkan kateter pengisap ke dalam kom berisi aquabides atau NaCl 0,9% untuk mempertahankan tingkat kesterilan (Aseptic), Gunakan alat pengisap dengan tekanan 110-150 mmHg untuk dewasa, 95-110mmHg untuk anak-anak, 50-95 mmHg untuk bayi, Tarik dengan memutar kateter penghisap tidak lebih dari 15 detik, Bilas kateter dengan aquades/NaCl 0,9%, Lakukan pengisapan		
--	--	--	--	---	--	--

				antar pengisapan pertama dengan pengisapan berikutnya, Minta pasien untuk bernafas dalam dan batuk, Apabila pasien mengalami distress pernapasan, biarkan istirahat 20-30 detik sebelum melakukan pengisapan berikutnya, Setelah selesai, kaji jumlah, konsistensi, warna, bau sekret dan respon pasien terhadap prosedur, Masukkan kateter pengisap dalam keadaan tidak mengisap, Bereskan alat 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 poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

Jakarta,

.....

Penguji :

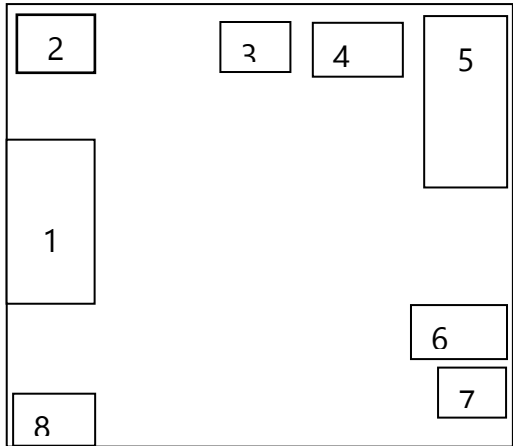
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifespan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
1	Oksigenasi	Dewasa	Dewasa	IGD	2,4, 5, 6	Pengkajian, Implementasi: pengambilan darah AGD , evaluasi	Laki-laki, 35 tahun	Ya,	ya	4	Sugiarto, S.Kep., Ners., M.Kep

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor Station	 (Dikosongkan)
2.	Judul Station	Pemenuhan kebutuhan oksigenasi pembuluh darah pada pasien laki-laki usia 35 Tahun Di Ruang Instalasi Gawat Darurat
3.	Waktu yang dibutuhkan	20 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, implementasi keperawatan, evaluasi dan berperilaku profesional pada klien yang mengalami gangguan ventilasi
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang Laki-Laki usia 35 Tahun di antar ke IGD oleh keluarganya dengan PPOK, Hasil pengkajian: mengeluh sesak, napas dangkal, nampak distraksi dada, menggunakan otot perut, frekuensi nafas 33x/Menit, Frekuensi nadi 26x/Menit. Hasil pemeriksaan: PH 7,46 Pco2 33 MmHg Hco3- 20 mEq/L dan BE: -1 saturasi 93% <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario yang sudah disediakan pada manikin 2. Lakukan Pemeriksaan Analisis Gas Darah pada skenario disediakan pada manikin 3. Lakukan analisis hasil pemeriksaan Labolatorium Analisis Gas Darah 4. Lakukan tindakan secara profesional dengan memperhatikan etik dan legal
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang Laki-Laki usia 35 Tahun di antar ke IGD oleh keluarganya dengan PPOK, Hasil pengkajian: mengeluh sesak, napas dangkal, nampak distraksi dada, menggunakan otot perut, frekuensi nafas

		33x/Menit, Frekuensi nadi 26x/Menit. Hasil pemeriksaan: PH 7,46 Pco2 33 MmHg Hco3- 20 mEq/L dan BE: -1 saturasi 93% TUGAS: 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario yang sudah disediakan pada manikin 2. Lakukan Pemeriksaan Analisis Gas Darah pada skenario disediakan pada manikin 3. Lakukan analisis hasil pemeriksaan Labolatorium Analisis Gas Darah 4. Lakukan tindakan secara professional dengan memperhatikan etik dan legal INSTRUKSI PENGUJI: 1. Menilai ketepatan peserta dalam melakukan pengkajian fokus pada pemeriksaan fisik dada, dan hasil tanda-tanda vital. Saat peserta melakukan pemeriksaan fisik dada dan tanda-tanda vital pada phantom penguji menyampaikan hasil retraksi dada, penggunaan otot bantu, nafas 33 x/Menit, dan nadi 26x/Menit 2. Menilai kemampuan peserta uji dalam melakukan prosedur pemeriksaan AGD: menentukan lokasi penusukan, disinfeksi, posisi 45- 90 °, ketepatan darah arteri, pengedepan. 3. Menilai hasil analisis peserta uji Analisa gas darah: PH 7,46 Pco2 33 MmHg Hco3- 20 mmol/l dan BE: -1, Alkalosis Respiratorik Sebagian. 4. Monitor perilaku professional peserta uji 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interuksi 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 laki-laki, usia 35 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (mengeluh sesak, napas dangkal, nampak distraksi dada, menggunakan otot perut, frekuensi nafas 33x/Menit, Frekuensi nadi 26x/Menit, dibawa ke IGD karena PPOK, sesak akan bertambah Ketika di gunakan untuk beraktifitas berat)</i> 3. <i>perawatan saat ini adalah rawat inap yang ke -3. Rawat inap pertama saat anak usia 29 tahun, dan rawat inap yang ke dua saat umur 33 tahun.</i> 2. <i>Riwayat penyakit keluarga (di dalam keluarga tidak ada yang mengalami keluhan penyakit yang sama)</i> 3. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</i>

		4. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik, pasien berharap bisa melakukan aktifitas sedia kala) 5. Klien datang dengan posisi sesak, dengan ekspresi wajah tegang, gelisah, Nampak tangan memegang dada, tampak penggunaan otot bantu nafas, dan klien diantar dengan keluarganya dengan posisi merangkul dari sebelah kanan. Klien Standar yang diperlukan yaitu klien yang memenuhi standar atau mampu mengekspresikan wajah tegang, sesak nafas, Nampak tangan memegang dada, dan Nampak otot bantu nafas Prosedur Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa, digunakan untuk pengambilan sample darah arteri.
10.	Setting Station:	Unit Gawat Darurat - Troli IGD pasien - Klien standart - Manekin dewasa - Laboran Tata letak ruang : 1. Pintu masuk 2. Wastafel 3. Tempat sampah 4. Troli alat 5. Troli igd Klien, dan manekin dewasa 6. Meja Penguji 7. Kursi Penguji 8. Kursi laboran 
11	Peralatan yang dibutuhkan	Peralatan : 1. <i>Spuir 3 cc : 1 buah</i> 2. <i>Alcohol swab: 2 buah</i> 3. <i>Sarung tangan bersih: 1 pasang</i> 4. <i>Karet: 1 buah</i> 5. <i>Pengalas : 1 buah</i> 6. <i>Bantalan : 1 Buah</i> 7. <i>Bengkok : 1 buah</i> 8. <i>Tourniquet : 1 Buah</i> 9. <i>Hepafix : 1 buah</i> 10. <i>Heparin : 0,05 cc</i> 11. <i>Gunting</i> Laboran : ada

		<i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk digunakan peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran rapikan manikin semula</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> <i>a. Sugiarto S. Kep., Ns., M. Kep</i> <i>b. Keperawatan Gawat Darurat/Univeristas Aisyah Pringsewu</i>
13.	Referensi	1 Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. 2 Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. 3 Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI 4 Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

**STANDAR PROSEDUR OPERATIONAL
PENGAMBILAN AGD**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	<i>a. Sduit 3 cc : 1 buah</i> <i>b. Alcohol swab: 2 buah</i> <i>c. Sarung tangan bersih: 1 pasang</i> <i>d. Karet: 1 buah</i> <i>e. Pengalas : 1 buah</i> <i>f. Bantalan : 1 Buah</i> <i>g. Bengkok : 1 buah</i> <i>h. Tourniquet : 1 Buah</i> <i>i. Hepafix : 1 buah</i> <i>j. Heparin : 0,05 cc</i> <i>k. Gunting</i>				
	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 11 sd 24 : sistematis)				
	10. Pasang sarung tangan bersih				
	11. Lakukan allen test sebelum menusuk nadi radialis				
	12. Bilas spuit dengan heparin, jika tidak menggunakan spuit AGD				
	13. Tentukan area penusukan dengan merasakan denyut nadi				
	14. Pasang alas di bawah area penusukan				
	15. Pasang bantalan di bawah area pergelangan tangan, jika perlu				
	16. Bersihkan area penusukan dengan alcohol swab				
	17. Stabilisasi arteri dengan meregangkan kulit				
	18. Tusukan jarum dengan sudut 45 – 90 derajat dengan bevel menghadap ke atas				
	19. Aspirasi sampel darah 1 – 3 cc				
	20. Cabut jarum dari arteri secara perlahan				
	21. Tusukkan jarum spuit pada karet				

	22. Berikan penekanan pada area penusukan selama 5 – 15 menit				
	23. Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti				
	24. Berikan label pada sampel darah dan kirim segera ke laboratorium				
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, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	31. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
OKSIGENASI KLIEN LAKI-LAKI 35 TAHUN DI INSTALASI GAWAT DARURAT

I. Form Penilaian

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

FORM PENILAIAN OSCE KEPERAWATAN
OKSIGENASI KLIEN LAKI-LAKI 35 TAHUN DI INSTALASI GAWAT DARURAT

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian fokus pada pemeriksaan fisik dada, dan hasil tanda-tanda vital. Saat peserta melakukan pemeriksaan fisik dada dan tanda-tanda vital pada phantom penguji menyampaikan hasil retraksi dada, penggunaan otot bantu, nafas 33 x/Menit, dan nadi 26x/Menit					3	
2. Implementasi: keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan prosedur pemeriksaan AGD: menentukan lokasi penusukan, disinfeksi, posisi 90 °, ketepatan darah arteri, pengedepan.					3	
3. Evaluasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menyimpulkan Analisa gas darah: PH 7,46 Pco2 33 MmHg Hco3- 20 mmol/l dan BE : -1, Alkalosis Respiratorik Sebagian.					3	

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.					2	
--	--	--	--	--	----------	--

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN
OKSIGENASI KLIEN LAKI-LAKI 35 TAHUN DI INSTALASI GAWAT DARURAT

Kompetensi	Score				Bobot (B)	Nilai (SxB)
	0	1	2	3		
Pengkajian Keperawatan	Peserta tidak menyampaikan secara lisan hasil pengkajian pada poin-poin berikut: 1. Ekpresi wajah klien tegang 2. Nampak sesak 3. Nampak tangan memegang dada 4. Nampak menggunakan otot bantu 5. Hasil frekuensi nafas dan frekuensi nadi	Peserta menyampaikan 1-2 poin secara lisan hasil pengkajian pada poin-poin berikut: 1. Ekpresi wajah klien tegang 2. Nampak sesak 3. Nampak tangan memegang dada 4. Nampak menggunakan otot bantu 5. Hasil frekuensi nafas dan frekuensi nadi	Peserta menyampaikan 3-4 poin secara lisan hasil pengkajian pada poin-poin berikut: 1. Ekpresi wajah klien tegang 2. Nampak sesak 3. Nampak tangan memegang dada 4. Nampak menggunakan otot bantu 5. Hasil frekuensi nafas dan frekuensi nadi	Peserta menyampaikan secara lengkap secara lisan hasil pengkajian pada poin-poin berikut: 1. Ekpresi wajah klien tegang 2. Nampak sesak 3. Nampak tangan memegang dada 4. Nampak menggunakan otot bantu 5. Hasil frekuensi nafas dan frekuensi nadi	3	
Implementasi Keperawatan	Peserta tidak melakukan pengambilan spasimen darah akan tetapi memberikan modalitas lainya	Peserta melakukan pengambilan spasimen darah, namun hanya memenuhi 5-6 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pengambilan spasimen darah, namun hanya memenuhi 10-14	Peserta melakukan pengambilan spasimen darah dengan tepat: Lima prinsip pemberian AGD diberikan dengan tepat.	3	

			dari 5 prinsip dengan tepat	1. Lakukan allen test sebelum menusuk nadi radialis 2. Bilas spuit dengan heparin, jika tidak menggunakan spuit AGD 3. Tentukan area penusukan dengan merasakan denyut nadi 4. Pasang alas di bawah area penusukan 5. Pasang bantalan di bawah area pergelangan tangan, jika perlu 6. Bersihkan area penusukan dengan alcohol swab 7. Stabilisasi arteri dengan meregangkan kulit 8. Tusukan jarum dengan sudut 45 – 90 derajat dengan bevel menghadap ke atas 9. Aspirasi sampel darah 1 – 3 cc 10. Cabut jarum dari arteri secara perlahan 11. Tusukkan jarum spuit pada karet 12. Berikan penekanan pada area penusukan selama 5 – 15 menit		
--	--	--	-----------------------------	---	--	--

				13. Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti 14. Berikan label pada sampel darah dan kirim segera ke laboratorium		
Evaluasi: Keperawatan	Peserta tidak mampu menganalisis hasil dan menyimpulkan dengan poin-poin sebagai berikut: 1. PH 7,35 -7,45: PH 7,46 2. PCO2 35- 45 MmHg: Pco2 33 MmHg 3. HCo3 22-26 mEq/L: Hco3- 20 mEq/L 4. Saturasi > 95 %: 93 % 5. Be -2 s/d +2 : -1 6. Alkalosis Respiratorik Sebagian	Peserta mampu menganalisis hasil dan menyimpulkan 1-3 poin dengan poin-poin sebagai berikut: 1. PH 7,35 -7,45: PH 7,46 2. PCO2 35- 45 MmHg: Pco2 33 MmHg 3. HCo3 22-26 mEq/L: Hco3- 20 mEq/L 4. Saturasi > 95 %: 93 % 5. Be -2 s/d +2 : -1 6. Alkalosis Respiratorik Sebagian	Peserta mampu menganalisis hasil dan menyimpulkan 4-5 poin dengan poin-poin sebagai berikut: 1. PH 7,35 -7,45: PH 7,46 2. PCO2 35- 45 MmHg: Pco2 33 MmHg 3. HCo3 22-26 mEq/L: Hco3- 20 mEq/L 4. Saturasi > 95 %: 93 % 5. Be -2 s/d +2 : -1 6. Alkalosis Respiratorik Sebagian	Peserta mampu menganalisis dan menyimpulkan secara tepat dengan poin-poin sebagai berikut: 1. PH 7,35 -7,45: PH 7,46 2. PCO2 35- 45 MmHg: Pco2 33 MmHg 3. HCo3 22-26 mEq/L: Hco3- 20 mEq/L 4. Saturasi > 95 %: 93 % 5. Be -2 s/d +2: -1 6. Alkalosis Respiratorik Sebagian	3	

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

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

33

Jakarta, 2024

.....

Penguji :

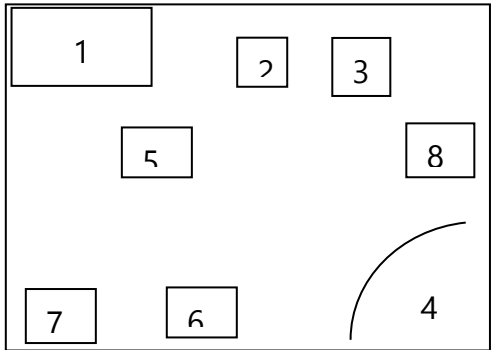
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
2	Oksigenasi	Anak	Anak	Ranap	2, 4, 5, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Pemberian oksigen nasal kanule .	Perempuan, 35 tahun	Ya, seusia 12 tahun	ya	3	Yuliati

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan oksigenasi pada klien anak di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemasangan Oksigen dengan Masker Rebreathing (RM)
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang anak laki-laki umur 12 tahun dirawat di ruang anak dengan diagnosis Bronchitis, hari ke-1. Klien terlihat sesak, frekuensi napas 60 kali per menit, frekuensi nadi 112X/ menit. Saturasi O ₂ 89%, suhu tubuh 38,4 derajat C, terdengar suara "Mengi" k/u lemah, pasien mengeluh sakit kepala dan sakit dada, batuk sudah lebih dari 10 hari. <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 prosedur pemberian oksigen dengan masker rebreathing pada pasien.
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang anak laki-laki umur 12 tahun dirawat di ruang anak dengan diagnosis Bronchitis, hari ke-1. Klien terlihat sesak, frekuensi napas 60 kali per menit, frekuensi nadi 112X/ menit. Saturasi O ₂ 89%, suhu tubuh 38,4 derajat C, terdengar suara "Mengi", batuk sudah lebih

		dari 10 hari. k/u lemah, pasien mengeluh sakit kepala dan sakit dada, batuk sudah lebih dari 10 hari. <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 prosedur pemberian oksigen dengan masker rebreathing pada pasien. <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pengukuran saturasi oksigen pada manekin. Pada saat peserta meletakkan oksimetri pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa saturasi oksigen 89% 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, adanya tarikan dinding dada; frekuensi napas 34 kali per menit, frekuensi napas 98 kali per menit, SaO2 89% 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam prosedur pemberian oksigen dengan masker rebreathing pada pasien. 4. Sampaikan kepada peserta bahwa sesak berkurang saat peserta melakukan evaluasi pola napas pasien setekah pemberian O2 dengan masker rebreathing pada klien 5. Monitor perilaku professional peserta 6. 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 laki-laki, usia 12 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien terlihat sesak, napas spontan 8 jam yang lalu, pasien rawat inap hari pertama, masuk rumah sakit karena sesak napas dan k/u lemah)</i> 3. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</i> 4. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</i> 5. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berherap segera membaik sehat, pasien berharap bisa masuk sekolah lagi)</i> 6. <i>Kondisi saat ini posisi tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk dan miring ke salah satu posisi, menunjukan sesak, napas</i>

		dangkal, tarikan dinding dada. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian 7. Manekin yang diperlukan adalah manekin anak usia sekolah, digunakan untuk melakukan pengkajian pasien dan melakukan prosedur pemberian oksigen dengan masker rebreathing pada klien
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>Peralatan :</i> 1. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral) : 1 2. Selang masker rebreathing atau rebreathing : 1 3. Flowmeter oksigen : 1 set 4. Humidifier : 2 set 5. Cairan steril : 2 Flabot aqua steril 6. Steteskop : 1 7. Oksimeter : 1 8. 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</i>
12.	Penulis	Yuliati,SKp.,MM.,M.Kep

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 Schub, E., & BaldeNapasama, D. (2017). <i>Providing oxygen therapy by face mask: Adult patient. Nursing practice & skill</i> . Ipswich, MA: EBSCO Publishing Stein, LNM., & Hollen, CJH. (2021). <i>Concept-based clinical nursing skills: fundamental to advanced</i>. Missouri: Elsevier
-----	-----------	---

Standar Prosedur Oprasional

Pemasangan Oksigen dengan Masker Rebreathing (RM)

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. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral) : 1 b. Selang masker rebreathing atau rebreathing : 1 c. Flowmeter oksigen : 1 set d. Humidifier : 2 set e. Cairan steril : 2 Flabot aqua steril f. Steteskop : 1 g. Oksimeter : 1 h. Bengkok : 1				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 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 : masker rebreathing (dasar instruksi skenario)				
	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 masker rebreathing ke humidifier				
	17. Atur aliran oksigen 8 – 12 L/menit - Pastikan oksigen mengalir melalui selang				

	- Pastikan oksigen mengisi kantung reservoir hingga mengembang				
	18. Pasang masker wajah menutupi hidung dan mulut				
	19. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam				
	20. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi				
	21. Pasang tanda "Oksigen sedang digunakan" pada dinding di belakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu				
	22. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan				
D	Tahap terminasi				
	23. Simpulkan kegiatan				
	24. Evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	25. Reinforcement positif				
	26. Kontrak waktu selanjutnya				
	27. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	28. Hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	29. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN 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. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN OKSIGENASI KLIEN ANAK DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

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

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

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 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 penilaian saturasi oksigen	Peserta melakukan penilaian saturasi oksigen, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penialian saturasi oksigen dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian saturasi oksigen pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa ujung ekstremitas manekin dengan oksimeter dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif, tanpa menyampaikan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	2	

	dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	etiologi serta data pendukung	upaya napas, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	ditandai dengan pasien mengeluh sesak, penggunaan otot bantu napas tambahan, napas dangkal, frekuensi napas 33 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	5	

				flometer dan humidifier ke sumber oksigen, buka sumber oksigen, sambungkan selang nasal kanule ke sumber oksigen, atur aliran 2 lpm, cek kepatenan adekuat dengan punggung tangan yang non dominan, pasang cabang kanule pada lubang hidung, lingkarkan 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 poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :

SIRKULASI

DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes 10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
3	Sirkulasi	Dewasa	Gawat Darurat	IGD	2, 3, 6	Pengkajian ABC, tindakan RJP, Evaluasi ABC Diagnosis	laki-laki umur 57 tahun	Ya, Pantom CPR	ya	1	Faridatul

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	3
2.	Judul station	Sirkulasi: Melakukan Tindakan resusitasi jantung paru pada pasien henti jantung di ruang IGD
3.	Waktu yang dibutuhkan	20 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian pasien henti jantung, implementasi resusitasi jantung paru, dan evaluasi
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki, umur 57 tahun datang ke IGD di antar oleh keluarganya dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri, nyeri menjalar ke punggung bagian belakang, pasien tampak sesak. Setelah 30 menit dilakukan tindakan oleh perawat IGD, tiba-tiba pasien henti nafas dan henti jantung. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian ABC pasien henti jantung dan sampaikan ke penguji 2. Lakukan tindakan resusitasi jantung paru 1 siklus 3. Lakukan Evaluasi ABC keadaan pasien setelah Tindakan dan sampaikan ke penguji

8.	Instruksi untuk penguji	SKENARIO KLINIK: Seorang laki-laki, umur 57 tahun datang ke IGD di antar oleh keluarganya dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri, nyeri menjalar ke punggung bagian belakang, pasien tampak sesak. Setelah 30 menit dilakukan tindakan oleh perawat IGD, tiba-tiba pasien henti nafas dan henti jantung. TUGAS : 1. Lakukan pengkajian ABC pasien henti jantung dan sampaikan ke penguji 2. Lakukan tindakan resusitasi jantung paru 1 siklus 3. Lakukan Evaluasi ABC keadaan pasien setelah Tindakan dan sampaikan ke penguji INSTRUKSI PENGUJI: 1. Sampaikan ke peserta pasien tidak ada respon, nadi carotis tidak teraba, dan tidak ada nafas 2. Mengamati dan Menilai Tindakan resusitasi jantung paru 3. Setelah dilakukan RJP 1 siklus (30 kompresi, 2 ventilasi), sampaikan ke peserta pasien teraba nadi carotis dan ada nafas
9.	Instruksi untuk klien standar/ manekin	<i>Menggunakan manekin khusus RJP</i>
10.	<i>Setting Station:</i>	Setting ruang Unit Gawat Darurat - Tempat tidur pasien - Manekin RJP Keterangan: 1. Bed pasien 2. Troli 3. Kursi penguji 4. Meja penguji 5. Wastafle 6. Tempat sampah
11.	Peralatan yang dibutuhkan	- Manekin dewasa khusus RJP - Bed pasien - Handscoon disposable - Kasa steril - Bengkok - BVM
12.	Penulis	Faridatul Istibsaroh, S.Kep., Ns.,M.Tr. Kep Universitas Nazhatut Thullab Al-Muafa Sampang
13.	Referensi	1. Emergency Nurses Association, Hammond B.B., Zimmermann P.G. (2013). Sheehy's Manual of Emergency Nursing: Principles and Practice. 7th ed. Mosby: Elsevier Inc 2. Jainurakhma, Janes., dkk. (2022). Keperawatan Bencana dan Kegawatdaruratan (Teori dan Penerapan). Bandung: Media Sains Indonesia

**STANDART PROSEDUR OPERASIONAL
RESUSITASI JANTUNG PARU KLIEN DEWASA**

Pengertian	Memberikan pertolongan pertama pada kondisi henti napas dan henti jantung dengan Teknik kombinasi kompresi pada dada dan bantuan napas pada klien dewasa
Tujuan	Sirkulasi spontan meningkat
Persiapan Alat/Bahan	1. Sarung tangan bersih 2. BVM
Prosedur Tindakan	Tahap Persiapan: 1) Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis) 2) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan 3) Lakukan cuci tangan Komunikasi Terapeutik: 1) Perkenalkan diri 2) Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan 3) Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien 4) Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin Tahap Kerja: 1) Periksa respons klien dengan emanggil, menepuk bahu dan/atau memberikan rangsangan nyeri 2) Aktifkan Emergency Medical System atau berteriak meminta tolong 3) Gunakan sarung tangan bersih, jika memungkinkan 4) Posisikan klien di empat datar dan keras 5) Atur posisi penolong berlutut di samping dada klien jika klien di lantai) atau berdiri disamping dada klien (jika klien di tempat tidur) 6) Periksa nadi karotis dan napas secara bersamaan dalam waktu 7) Lakukan kompresi dada jika nadi karotis tidak teraba:

	a. Posisikan telapak tangan menumpuk di atas telapak tangan yang lain tegak lurus pada pertengahan dada atau seperdua bawah sternum b. Lakukan kompresi dada dengan kecepatan 100-120 kali/menit dan kedalaman 5-6 cm 8) Buka dan bersihkan jalan napas dengan Teknik head tilt-chin lift atau jaw thrust (jika curiga cedera servikal) 9) Berikan bantuan napas (ventilasi) 2 kali dengan menggunakan BVM 10) Lakukan kompresi dan ventilasi dengan kombinasi 30:2 sebanyak 5 siklus sekitar 2 menit. Hitungan kompresi: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 20, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 30 12. 11) Periksa nadi karotis dan napas tiap 2 menit atau 5 siklus a. Lakukan RJP kembali jika nadi karotis belum teraba b. Lakukan rescue breathing 10-12 kali/menit jika nadi karotis teraba dan napas tidak ada. Adapun jeda tiupan pertama dan kedua selama 5-6 detik. Cara hitungan napas: 1 ribu, 2 ribu, 3 ribu, 4 ribu, 5 ribu kemudian berikan napas 12) Berikan posisi pemulihan (recovery position) jika nadi karotis teraba dan napas ada tetapi belum sadar (jika klien di lantai) atau berikan posisi semi fowler (jika klien di tempat tidur) 13) Lepaskan sarung tangan Tahap Terminasi 1) Lakukan cuci tangan 2) Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan
--	--

	Dokumentasi 1) Catat hasil tindakan yang telah dilakukan 2) Catat respon klien 3) Sampaikan hasil pemeriksaan pada keluarga klien 4) Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
Referensi	PPNI. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

FORM PENILAIAN
RESUSITASI JANTUNG PARU KLIEN HENTI JANTUNG DI RUANG IGD

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
RESUSITASI JANTUNG PARU KLIEN HENTI JANTUNG DI RUANG IGD

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta Ujian dalam melakukan pengkajian ABC: mengkaji respon pasien, Look listen and feel pernafasan dan Cek nadi karotis					2	
2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah melakukan Tindakan resusitasi jantung paru. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					4	

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

III. Global Performance (Expert Judgment/subjektif penguji)

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR
Tidak sesuai standar	Sudah di lakukan tapi	Sesuai Standar	Melebihi Standar

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN

RESUSITASI JANTUNG PARU KLIEN HENTI JANTUNG DI RUANG IGD

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Melakukan pengkajian ABC	Peserta tidak melakukan pengkajian	Peserta melakukan pengkajian: 1. Kaji respon pasien 2. Look listen and feel pernafasan, 3. Cek nadi karotis Namun tidak lengkap atau tidak tepat	Peserta melakukan pengkajian: 1. Kaji respon pasien 2. Look listen and feel pernafasan 3. Cek nadi karotis Namun tidak sistematis	Peserta melakukan pengkajian: 1. Kaji respon pasien 2. Look listen and feel pernafasan 3. Cek nadi karotis Secara sistematis	2	
2. Implementasi: Keperawatan Melakukan Tindakan resusitasi jantung paru	Peserta tidak melakukan tindakan resusitasi jantung paru	Peserta melakukan 1-2 Poin tindakan resusitasi jantung paru sebagai berikut: 1. Pasang handscoon 2. Melakukan RJP 1 siklus (30 kompresi, 2 ventilasi) 3. Kedalaman 5-6 cm 4. Posisi yang baik dan benar (posisi penolong sejajar dengan dada korban letakkan 1 telapak tangan yang paling	Peserta melakukan 3-4 Poin tindakan resusitasi jantung paru sebagai berikut: 1. Pasang handscoon 2. Melakukan RJP 1 siklus (30 kompresi, 2 ventilasi) 3. Kedalaman 5-6 cm 4. Posisi yang baik dan benar (posisi penolong sejajar dengan dada korban letakkan 1 telapak tangan yang paling	Peserta melakukan semua Poin tindakan resusitasi jantung paru sebagai berikut: 1. Pasang handscoon 2. Melakukan RJP 1 siklus (30 kompresi, 2 ventilasi) 3. Kedalaman 5-6 cm 4. Posisi yang baik dan benar (posisi penolong sejajar dengan dada korban letakkan 1 telapak tangan	4	

		kuat di bagian tulang dada sedikit dibawah putting/ 1/3 dibawah sternum 5. Kecepatan 100-120X/menit)	kuat di bagian tulang dada sedikit dibawah putting/ 1/3 dibawah sternum 5. Kecepatan 100-120X/menit)	yang paling kuat di bagian tulang dada sedikit dibawah putting/ 1/3 dibawah sternum 5. Kecepatan 100-120X/menit)		
3. Evaluasi Keperawatan Melakukan evaluasi ABC setelah dilakukan RJP	Peserta tidak melakukan evaluasi ABC	Peserta melakukan evaluasi ABC secara menyeluruh: 1. Kaji respon pasien 2. Look listen and feel pernafasan, 3. Cek nadi karotis Namun tidak lengkap atau tidak tepat	Peserta melakukan evaluasi ABC secara menyeluruh: 1. Kaji respon pasien 2. Look listen and feel pernafasan, 3. Cek nadi karotis Namun tidak sistematis	Peserta melakukan evaluasi ABC secara menyeluruh: 1. Kaji respon pasien 2. Look listen and feel pernafasan, 3. Cek nadi karotis secara sistematis	2	
4. Perilaku profesional	Peserta Ujian tidak meminta ijin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Melakukan teliti setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri	Peserta Meminta ijin secara lisan dan melakukan 1-2 poin berikut: 1. Melakukan teliti setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan	Peserta Meminta ijin secara lisan dan melakukan 3 poin berikut: 1. Melakukan teliti setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan	Peserta Meminta ijin secara lisan dan melakukan poin berikut secara lengkap: 1. Melakukan teliti setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri	2	

	2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat pada klien	sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat pada klien	sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat pada klien	2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat pada klien		
--	---	---	---	---	--	--

CAIRAN DAN ELEKTROLIT

BLUE PRINT SOAL

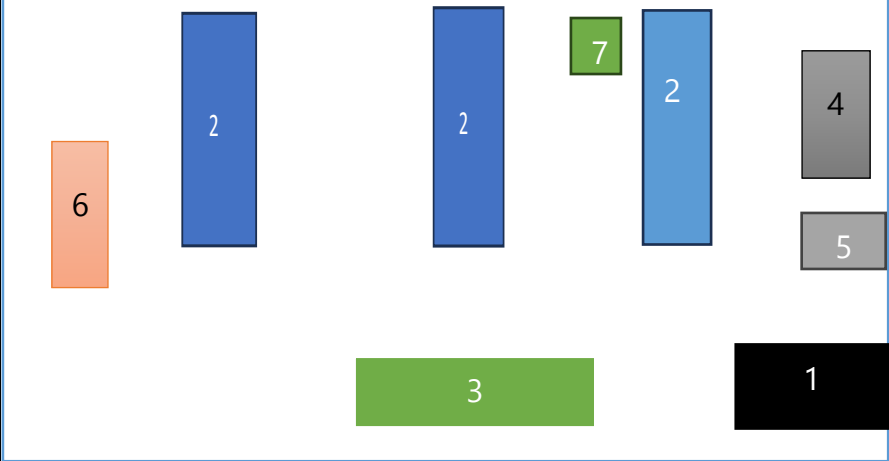
Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
2	Oksigenasi	Anak	Anak	Ranap	2, 4, 5, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Pemberian oksigen nasal kanule	Perempuan, 35 tahun	Ya, seusia 8 tahun	ya	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	3
2.	Judul station	Kebutuhan Cairan dan Elektrolit
3.	Waktu yang dibutuhkan	20 menit
4.	Tujuan station	Menilai Kemampuan Peserta Ujian dalam Melakukan Pengkajian, menegakkan diagnosis, dan melakukan tindakan pemasangan infus
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang balita laki-laki umur 3 tahun 5 bulan, datang ke UGD dengan keluhan diare. klien mengeluh diare sejak 3 hari yang lalu dengan frekuensi 6x/hari, klien belum minum obat selama dirumah. Hasil Pengkajian: lemas, selalu mengantuk dan badan gemetar, mukosa membran terlihat kering, turgor kulit kurang elastis, mata terlihat cekung, auskultasi bising usus 20x/menit, perkusi abdomen terdengar hipertimpani. TD 100/70 mmhg, frekuensi nafas 24x/menit, frekuensi nadi 60x/menit dan suhu 38°C. <u>TUGAS:</u> - Sebutkan data fokus pengkajian pada klien tersebut - Sebutkan diagnosis keperawatan utama yang tepat pada klien tersebut

		3. Lakukan tindakan pemasangan infus 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 balita laki-laki umur 3 tahun 5 bulan, datang ke UGD dengan keluhan diare. klien mengeluh diare sejak 3 hari yang lalu dengan frekuensi 6x/hari, klien belum minum obat selama dirumah. Hasil Pengkajian: lemas, selalu mengantuk dan badan gemetar, mukosa membran terlihat kering, turgor kulit kurang elastis, mata terlihat cekung, auskultasi bising usus 20x/menit, perkusi abdomen terdengar hipertimpani. TD 100/70 mmhg, frekuensi nafas 24x/menit, frekuensi nadi 60x/menit dan suhu 38°C. <u>TUGAS:</u> 1. Sampaikan data fokus pengkajian pada klien tersebut ke penguji! 2. Sampaikan diagnosis keperawatan yang utama pada klien tersebut ke penguji 3. Lakukan tindakan pemasangan infus pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. lakukan Penilaian Pengkajian data fokus yang dilakukan teruji, yaitu: data Subjektif: Klien Diaret sejak 3 hari yang lalu, dengan frekuensi 6x/hari. Data objektif: a. Klien terlihat lemas b. Selalu mengantuk dan badan gemetar c. Mukosa membran terlihat kering d. Urgan kulit kurang elastis e. Mata terlihat cekung f. Suhu 38°C

		2. Lakukan penilaian diagnosis keperawatan yang disampaikan teruji: Gangguan cairan dan elektrolit bd. (output) diare berlebih 3. Cek kemampuan peserta ujian dalam melakukan tindakan prosedur Pemasangan infus 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan
9.	Instruksi untuk klien standar	1. <i>KS berperan sebagai anak umur 3 tahun 5 bulan</i> 2. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 3 tahun 5 bulan)</i> 3. <i>Riwayat penyakit sekarang (klien mengeluh diare sejak 3 hari yang lalu dengan frekuensi 6x/hari, klien belum minum obat selama dirumah.)</i> 4. <i>Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang pertama.</i> 5. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga pernah ada anggota keluarga yang menderita diare dan dirawat di RS, yaitu ayahnya)</i> 6. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien terlihat cemas dan takut, pasien menangis menjerit-jerit terutama saat akan dilakukan infus)</i> 7. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap pasien segera membaik sehat)</i> 8. <i>KS tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk dan miring ke salah satu posisi pasien seringg memegang perut nya karena nyeri di perutnya. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi Napasesi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin anak toddler dengan tangan yang bisa dilakukan penyuntikan (tindakan infus).</i>
10.	<i>Setting Station.</i>	1. Poliklinik 2. Unit Gawat Darurat 3. Ruang Rawat Inap 4. Ruang Keluarga 5. Komunitas

		 Keterangan Gambar: 1. Pintu Masuk 2. Bed Pasien 3. Nurse Station 4. Lemari Obat 5. Wastafel 6. Lemari Obat 7. Tempat Sampah
11	Peralatan yang dibutuhkan	Peralatan yang dibutuhkan: 1. Infus set 2. Cairan infus sesuai instruksi dokter 3. Abocath 4. Torniquet 5. Alkohol swab 6. Kassa steril 7. Plester/tegaderm 8. Sarung tangan 9. Bengkok/piala ginjal 10. Gunting 11. Splak 12. Verban 13. Perlak pengalas 14. Tempat sampah <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 merapihkan kembali set infus yang sudah terpasang dengan cairan infus pada manekin.</i>

12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap Ratih Bayuningsih, M.Kep</i>
13.	Referensi	1. PPNI. (2018). <i>Standar diagnosis keperawatan Indonesia definisi dan indikator diagnostic. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI</i> 2. PPNI. (2018). <i>Standar intervensi keperawatan Indonesia definisi dan tindakan keperawatan. Edisi 1 cetakan II. Jakarta: DPP PPNI</i> 3. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI 4. Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI

**Standar Prosedur Oprasional
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. Set infus b. Cairan infus (sesuai dengan Intruksi) c. Tiang infus d. Abocath e. Tourniquet f. Alkohol swab g. Kassa steril h. Plester/tegaderm i. Sepasang sarung tangan j. Bengkok/piala ginal k. Gunting l. Splak m. Verban n. Perlak dan pengalasnya o. Tempat samppah				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik dan memanggil nama pasien				
	5. Memperkenalkan nama perawat				
	6. Melakukan kontrak: prosedur, tujuan, waktu dan tempat				
	7. Memvalidasi kesiapan pasien untuk mengikuti prosedur				
	8. Menjaga Privasi				
C	Tahap Kerja /Langkah-langkah				
	9. Mengatur posisi pasien semi fowler atau supine jika tidak memungkinkan				
	10. Menggunakan sarung tangan				
	11. Membebaskan lengan pasien dari lengan baju/kemeja				
	12. Meletakkan manset/tourniquet 5-15 cm diatas empat tusukan				
	13. Meletakkan alas plastik/pengalas dibaah lengan pasien				
	14. Menghubungkan cairan infus dengan infus set dan menggantungkan pada tiang infus				
	15. Memeriksa label pasien sesuai dengan instruksi cairan yang diberikan,				
	16. Mengalirkan cairan infus melalui selang infus sehinga tidak ada udara didalamnya				

	17. Mengencangkan klem sampai infus tidak mentes dan mempertahankan kesterilan sampai pemasangan pada tangan disiapkan				
	18. Mengencangkan torniquet/manset				
	19. Menganjurkan pasien untuk mengepal dan membukanya beberapa kali, palpasi dna pastikan tekanan yang akan ditusuk				
	20. Membersihkan kulit dengan cermat menggunakan kapas alkohol lalu diulangi dengan menggunakan kapas betadin. Arah melingkar dari dalam keluar lokasi tusukan				
	21. Menggunakan ibu jari untuk menekan jaringan dan vena diatas/dibawah tusukan				
	22. Memegang jarum pada posisi 30 derajat pada vena yang akan ditusuk, setelah masuk lalu tusuk perlahan dengan pasti				
	23. Merendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan plastik IV cathether ke dalam vena				
	24. Menekan dengan jari ujung plastik IV cathether				
	25. Menarik jarum infus keluar				
	26. Menyambungkan plastik IV cathether dengan ujung selang infus				
	27. Melepaskan manset				
	28. Membuka klem infus sampai cairan mengalir lancar				
	29. Mengoleskan salep betadine diatas penusukan kemudian ditutup dengan kasa steril/tegaderm				
	30. Fiksasi plastik IV cateter dengan plester				
	31. Mengatur tetesan infus sesuai ketenruan, pasang stiker yang sudah diberi tanggal				
D	Tahap terminasi				
	32. Mengevaluasi pasien secara subjektif dan objektif				
	33. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya				
	34. Melepas sarung tangan				
	35. Mencuci tangan				
	36. mendokumentasikan				
E	SIKAP				
	37. Melakukan tindakan dengan sistematis				
	38. Komunikatif dengan pasien				
	39. Percaya diri				

**FORM PENILAIAN
KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT**

I. Form Penilaian

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan					1	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	
NILAI A: TOTAL (S X B)/30 =						

**RUBRIK PENILAIAN
KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT**

II. Rubrik

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

3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah pemberian oksigen nasal kanule 2 lpm dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	
NILAI B : TOTAL (S X B)/30 =						

NILAI TOTAL: NILAI A + B

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN KEBUTUHAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak dapat menyebutkan data fokus pengkajian	Peserta dapat menyebutkan 2 data fokus pengkajian	Peserta dapat menyebutkan 3 dari 5 data fokus pengkajian	Peserta dapat menyebutkan > 5 data fokus pengkajian	2	
Diagnosis keperawatan	Peserta tidak dapat menyampaikan diagnosis keperawatan utama dengan tepat/menyampaikan tidak tepat	Peserta hanya dapat menyebutkan diagnosis keperawatan tanpa menjelaskan penyebab	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, namun data peserta dapat menyebutkan diagnosis keperawatan namun penyebabnya kurang jelas	Peserta dapat menyebutkan diagnosis keperawatan dan penyebabnya dengan tepat	2	
Implementasi keperawatan	Peserta tidak dapat melaksanakan tindakan pemasangan infus	Peserta melakukan tindakan pemasangan infus dengan	Peserta melakukan tindakan pemasangan infus pemasangan	Peserta melakukan tindakan pemasangan infus pemasangan	3	

		memperhatikan 1-3 prinsip berikut: 1. Memeriksa label pasien sesuai dengan instruksi cairan yang diberikan 2. Mengalirkan cairan infus melalui selang infus hingga tidak ada udara didalamnya 3. Mengencangkan klem sampai infus tidak menetes dan mempertahankan kesterilan sampai pemasangan pada tangan disiapkan 4. Merendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan	infus memperhatikan 4-6 prinsip-prinsip berikut: 1. Memeriksa label pasien sesuai dengan instruksi cairan yang diberikan 2. Mengalirkan cairan infus melalui selang infus sehingga tidak ada udara di dalamnya 3. Mengencangkan klem sampai infus tidak menetes dan mempertahankan kesterilan sampai pemasangan pada tangan disiapkan 4. Merendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan plastik IV	infus memperhatikan 7-8 prinsip-prinsip berikut: 1. Memeriksa label pasien sesuai dengan instruksi cairan yang diberikan 2. Mengalirkan cairan infus melalui selang infus sehingga tidak ada udara di dalamnya 3. Mengencangkan klem sampai infus tidak menetes dan mempertahankan kesterilan sampai pemasangan pada tangan disiapkan 4. Merendahkan posisi jarum sejajar pada kulit dan tarik jarum sedikit lalu teruskan plastik IV		
--	--	---	---	---	--	--

		plastik IV catheter kedalam vena	catheter kedalam vena	catheter kedalam vena		
		5. Menarik jarum infus keluar	5. Menarik jarum infus keluar	5. Menarik jarum infus keluar		
		6. Menyambungkan plastik IV catheter dengan ujung selang infus	6. Menyambungkan plastik IV catheter dengan ujung selang infus	6. Menyambungkan plastik IV catheter dengan ujung selang infus		
		7. Membuka klem infus sampai cairan mengalir lancar	7. Membuka klem infus sampai cairan mengalir lancar	7. Membuka klem infus sampai cairan mengalir lancar		
		8. Mengatur tetesan infus sesuai ketentuan, pasang stiker yang sudah diberi tanggal	8. Mengatur tetesan infus sesuai ketentuan, pasang stiker yang sudah diberi tanggal	8. Mengatur tetesan infus sesuai ketentuan, pasang stiker yang sudah diberi tanggal		

Perilaku profesional	Peserta melakukan tindakan pemasangan infus tanpa memperhatikan prinsip berikut: 1. Identifikasi pasien 2. Informed consent 3. Keselamatan pasien 4. Privasi pasien 5. Dokumentasi prosedur dan respon pasien	Peserta melakukan tindakan pemasangan infus dengan memperhatikan 1-2 prinsip berikut: 1. Identifikasi pasien 2. Informed consent 3. Keselamatan pasien 4. Privasi pasien 5. Dokumentasi prosedur dan respon pasien	Peserta melakukan tindakan Pemasangan infus dengan memperhatikan 3-4 prinsip berikut: 1. Identifikasi pasien 2. Informed consent 3. Keselamatan pasien 4. Privasi pasien 5. Dokumentasi prosedur dan respon pasien	Peserta melakukan tindakan pemasangan infus dengan memperhatikan 5 prinsip berikut: 1. Identifikasi pasien 2. Informed consent 3. Keselamatan pasien 4. Privasi pasien 5. Dokumentasi prosedur dan respon pasien	3	
----------------------	--	---	---	---	---	--

Jumlah total skor

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\text{Jumlah N} \times \text{B}}{30} \times 100 =$$

Jakarta,

.....

Penguji :

BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
4	Cairan dan elektrolit	Dewasa	IGD	IGD	3, 4, 5, 6	Pengkajian tanda dehidrasi, Pemasangan infus, evaluasi tetesan infus	Pria usia 37 Tahun	Ya, manakin dewasa	Ya	2	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Cairan dan Elektrolit pada Klien Dewasa di Instalasi Gawat Darurat
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemberian terapi cairan melalui intra vena perifer.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang pria umur 37 tahun diantar ke IGD dengan riwayat penurunan kesadaran 2 jam sebelum masuk rumah sakit. Hasil pengkajian didapatkan: Pasien riwayat DM tipe II yang tidak terkontrol, mengeluh sering BAK dan banyak, Tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 110x/menit teraba lemah, Pernapasan 28x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan, GDS=389 gr/dl. <u>TUGAS:</u> 1. Sebutkan diagnosis dan rencana tindakan keperawatan utama berdasarkan hasil pengkajian pada skenario! 2. Lakukan tindakan kolaborasi pemenuhan cairan pada pasien tersebut!
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang pria umur 37 tahun diantar ke IGD dengan riwayat penurunan kesadaran 2 jam sebelum masuk rumah sakit. Hasil pengkajian didapatkan: Pasien memiliki riwayat DM tipe II yang tidak terkontrol, mengeluh sering BAK dan banyak, Tekanan darah 100/70 mmHg, Nadi 110x/menit teraba lemah, Pernapasan 28x/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan, GDS=389 gr/dl.

		<u>TUGAS:</u> 1. Sebutkan diagnosis dan rencana tindakan keperawatan utama berdasarkan hasil pengkajian pada skenario! 2. Lakukan tindakan kolaborasi pemenuhan cairan pada pasien tersebut! <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan lembar penilaian. 2. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. 3. Setelah kandidat menganalisis kasus, penguji menanyakan kepada kandidat: • <i>Sebutkan diagnosis keperawatan utama *(Kekurangan volume cairan b/d output cairan berlebihan)</i> • <i>Sebutkan tindakan utama yang akan dilakukan *Kolaborasi pemasangan terapi cairan intravena: Natrium Chlorida 0.9% (NaCl)</i> 4. Setelah peserta menjawab pertanyaan penguji, berikan instruksi berikutnya: "<i>Lakukan pemasangan infus kepada pasien tersebut</i>" 5. Ingatkan peserta jika waktu tersisa 3 menit terakhir.
9.	Instruksi untuk klien standar	1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 37 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (riwayat penurunan kesadaran 2 jam sebelum masuk rumah sakit, memiliki riwayat DM tipe II yang tidak terkontrol, mengeluh sering BAK dan banyak. Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan, GDS=389 gr/dl).</i> 3. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</i> 4. <i>Riwayat kebiasaan makan (pasien suka mengonsumsi makanan manis meskipun mengetahui dirinya memiliki riwayat penyakit DM)</i> 5. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik dan bisa melakukan aktivitas seperti biasa)</i> 6. <i>KS atau manikin berbaring di tempat tidur dengan posisi terlentang dan terlihat tampak lemah.</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa, digunakan untuk pemasangan cairan intra vena perifer.</i>
10.	Setting Station.	Ruangan IGD - Tempat tidur pasien - Klien standart atau Manekin dewasa - laboran

		<i>Tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin anak serta KS 2. Meja pasien 3. Trolley 4. Meja penguji 5. Kursi penguji 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Pintu masuk 9. Tiang Infus 10. Laboran	
11	Peralatan yang dibutuhkan	1. Manikin lengan dewasa untuk infus / transfuse : 1 buah 2. Perlak : 1 buah 3. Infus set : 1 set 4. IV Cath ukuran 22-24 : 1 buah 5. Cairan infus : 1 botol 6. Alkohol swab / kapas alcohol : 1 buah 7. Tiang infus : 1 buah 8. Torniquet : 1 buah 9. Plester / Hipafix : 1 buah 10. Bengkok : 1 buah 11. Gunting : 1 buah 12. Sarung tangan steril : 1 buah 13. Wastafel atau simulasi wastafel : 1 buah 14. Tempat sampah medis tertutup : 1 buah 15. Tempat sampah nonmedis : 1 buah <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 mencabut IV Cath yang telah dipasang oleh peserta sebelum peserta yang baru memasuki ruangan.</i>	
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. Rizqy Iftitah Alam, S.Kep, Ns, M.Kes. b. Universitas Muslim Indonesia	
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
--	--	--

**Standar Prosedur Oprasional
Pemasangan Infus**

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>Perlak</i> b. <i>Infus set</i> c. <i>IV Cath ukuran 22-24</i> d. <i>Cairan infus</i> e. <i>Alkohol swab / kapas alcohol</i> f. <i>Tiang infus</i> g. <i>Torniquet</i> h. <i>Plester / Hipafix</i> i. <i>Bengkok</i> j. <i>Gunting</i> k. <i>Sarung tangan steril</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 (Dikerjakan secara sistematis)				
	11. Mencuci Tangan: Cuci tangan Anda dengan sabun antiseptik dan air mengalir selama setidaknya 20 detik, kemudian keringkan dengan handuk bersih atau tisu sekali pakai.				
	12. Pemakaian Sarung Tangan Steril: Kenakan sarung tangan steril untuk mencegah kontaminasi.				
	13. Persiapan Site Pemasangan: Pilih site yang sesuai untuk pemasangan infus, biasanya vena di tangan atau lengan. Pastikan kulit dalam kondisi bersih dan kering.				
	14. Pembersihan Kulit: Bersihkan kulit di sekitar area pemasangan infus dengan alkohol swab atau larutan antiseptik yang sesuai, biasanya dengan gerakan dari dalam ke luar.				
	15. Pemasangan Infus: Selanjutnya, pasang tourniquet di atas area yang telah dibersihkan untuk membantu vena terlihat lebih jelas. Kemudian, masukkan jarum				

	infus ke dalam vena dengan sudut sekitar 15 hingga 30 derajat. Saat jarum sudah masuk ke vena, periksa apakah ada aliran darah kembali ke dalam jarum.				
	16. Fiksasi Jarum: Setelah jarum terpasang dengan baik, gunakan plester atau perangkat fiksasi lainnya untuk menjaga jarum tetap dalam posisi yang tepat.				
	17. Menggantungkan Infus: Sambungkan bagian yang lain dari infus set ke infus yang telah diisi larutan sesuai dengan kebutuhan pasien.				
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. Catat 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
CAIRAN-ELEKTROLIT KLIEN DEWASA PADA GAWAT DARURAT

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
CAIRAN-ELEKTROLIT KLIEN DEWASA PADA GAWAT DARURAT

II. Rubrik

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

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

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN CAIRAN-ELEKTROLIT KLIEN DEWASA PADA GAWAT DARURAT

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (BxS)
	0	1	2	3		
Menentukan diagnosis dan perencanaan	Peserta ujian tidak dapat menentukan diagnosis keperawatan utama dan perencanaan utama	Peserta ujian dapat menentukan: 1. Diagnosis keperawatan tidak tepat (tanpa Problem, Etiologi, Symptom). 2. Intervensi keperawatan utama tidak tepat.	Peserta ujian dapat menentukan: 1. Diagnosis keperawatan kurang tepat (Problem benar, namun etiologi tidak tepat serta mampu menyebutkan Symptom). 2. Intervensi keperawatan utama kurang tepat (mampu menjawab rencana tindakan, namun tidak tepat jenis cairan yang dibutuhkan).	Peserta ujian dapat menentukan: 1. Diagnosis keperawatan dengan tepat (Problem, Etiologi, Symptom). 2. Intervensi keperawatan utama dengan tepat.	30	
Implementasi	Peserta ujian dapat melakukan: 1. Persiapan alat-alat yang dibutuhkan tidak lengkap. 2. Langkah-langkah tindakan pemasangan infus	Peserta ujian dapat melakukan: 1. Persiapan alat-alat yang dibutuhkan kurang lengkap. 2. Langkah-langkah tindakan	Peserta ujian dapat melakukan: 1. Persiapan alat-alat yang dibutuhkan lengkap. 2. Langkah-langkah tindakan pemasangan infus sesuai dengan SOP tetapi kurang sistematis.	Peserta ujian dapat melakukan: 1. Persiapan alat-alat yang dibutuhkan lengkap. 2. Langkah-langkah tindakan pemasangan infus	60	

	sesuai dengan SOP tetapi tidak sistematis. 3. Tidak memperhatikan prinsip aseptik.	pemasangan infus sesuai dengan SOP tetapi tidak sistematis. 3. Memperhatikan prinsip aseptik.	3. Memperhatikan prinsip aseptik.	secara sistematis sesuai dengan SOP. 3. Memperhatikan prinsip aseptik.		
Perilaku profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri. 2. Memperhatikan kenyamanan dan privasi pasien. 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas. 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien.	Meminta izin secara lisan dengan memperhatikan 1-2 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri. 2. Memperhatikan kenyamanan dan privasi pasien. 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas. 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien.	Meminta izin secara lisan dengan memperhatikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri. 2. Memperhatikan kenyamanan dan privasi pasien. 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas. 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien. 5. Memberikan informasi dan edukasi yang tepat sesuai indikasi klinis pasien.	Meminta izin secara lisan dengan memperhatikan 5 poin di bawah ini secara lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri. 2. Memperhatikan kenyamanan dan privasi pasien. 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas. 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien. 5. Memberikan informasi dan edukasi yang tepat	10	

	5. Memberikan informasi dan edukasi yang tepat sesuai indikasi klinis pasien.	5. Memberikan informasi dan edukasi yang tepat sesuai indikasi klinis pasien.		sesuai indikasi klinis pasien.		
--	---	---	--	--------------------------------	--	--

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :

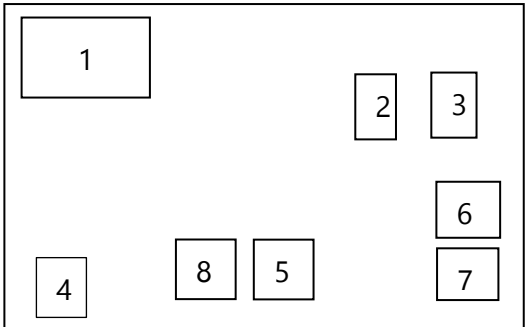
NUTRISI

DRAFT BLUE PRINT SOAL OSCE

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
6	Nutrisi	Dewasa	KMB	Ranap	2, 3, 4, 6	Pengkajian, Diagnosis , perencanaan dan implementasi pemasangan NGT	Laki-laki, 45 tahun	Ya, manakin dewasa	Ya	3	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Pemasangan NGT pada pasien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan melakukan pemasangan NGT.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki, umur 45 tahun dirawat di Rumah Sakit dengan keluhan utama susah menelan pasca stroke dan kurang nafsu makan. Hasil pengkajian diketahui BB menurun 7 kg dalam 1 bulan terakhir dan hasil laboratorium didapatkan: albumin 2,7 gr/dL dan Hb 9 mg/dL. Pasien direncanakan diberikan nutrisi diet cair 5 x 200 ml per 24 jam. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian status nutrisi 2. Jelaskan diagnosis keperawatan utama klien kepada penguji 3. Lakukan Tindakan pemasangan NGT
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang laki-laki, umur 45 tahun dirawat di Rumah Sakit dengan keluhan utama susah menelan pasca stroke dan kurang nafsu makan. Hasil pengkajian diketahui BB menurun 7 kg dalam 1 bulan terakhir dan hasil laboratorium didapatkan: albumin 2,7 gr/dL dan Hb 9 mg/dL. Pasien direncanakan diberikan nutrisi diet cair 5 x 200 ml per 24 jam. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian status nutrisi

		2. Jelaskan diagnosis keperawatan utama klien kepada penguji 3. Lakukan Tindakan pemasangan NGT INSTRUKSI PENGUJI: 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian status nutrisi seperti Riwayat penurunan berat badan, diet terakhir, nafsu makan menurun, otot menelan melemah. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menentukan diagnosis keperawatan: defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan susah menelan, penurunan BB, nafsu makan menurun, albumin 2,7 gr/dL dan Hb 9 mg/dL. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam Tindakan pemasangan NGT. 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang</i> 3. <i>Riwayat penyakit dahulu</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial</i> 6. <i>Harapan terhadap penyakit</i> 7. <i>Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa untuk pemasangan NGT</i>
10.	Setting Station:	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Manekin dewasa - laboran <i>tata letak ruang :</i> 1. Tempat tidur dan manekin dewasa 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. laboran 

11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. sarung tangan bersih: 1 box 2. selang NGT sesuai ukuran: sejumlah peserta 3. Stetoskop: 1 4. Sduit 50 cc: 1 5. Jelly: 1 6. Tissue: 1 rol 7. Plester: 1 gulung 8. Bengkok: 1 9. Kom kecil: 1 10. Gelas: 1 11. Pengalas dada: 1 12. Baki: 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 melepaskan kembali selang NGT yang sudah terpasang.</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. Ns. Rezka Nurvinanda, S. Kep., M.Kep b. Institut Citra Internasional
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

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN NGT

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. Sarung tangan bersih b. Selang nasogastric sesuai ukuran c. Jeli d. S spuit sesuai kebutuhan e. Stetoskop f. Plester g. Tisu h. Bengkok i. Pengalas j. Kertas PH, jika perlu				
B	Tahap Orientasi				
	3. Menyampaikan salam terapeutik				
	4. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	5. Mengidentifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)				
	6. Menjelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur				
	7. Menjaga privasi				
C	Tahap Kerja				
	8. Mencuci tangan 6 langkah				
	9. Pasang sarung tangan bersih				
	10. Posisikan pasien semi fowler				
	11. Letakkan pengalas di dada pasien				
	12. Tentukan Panjang selang nasogastric dengan mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus				
	13. Tandai Panjang selang yang telah diukur				
	14. Periksa kepatenan lubang hidung				
	15. Lumasi ujung selang nasogastric sekitar 10 cm dengan jeli				
	16. Masukkan selang perlahan tagi tegas melalui lubang hidung sampai batas yang telah diukur				
	17. Anjurkan menundukkan kepala saat selang nasogastric mencapai nasofaring				
	18. Anjurkan menelan saat selang nasogastric dimasukkan				
	19. Periksa posisi ujung selang dengan cara:				

	a. Memasukkan sekitar 10 ml udara ke dalam selang dan auskultasi bunyi udara pada lambung b. Aspirasi cairan lambung c. Cek keasaman cairan lambung dengan kertas pH				
	20. Fiksasi selang nasogastric pada hidung dengan plester				
	21. Rapikan pasien dan alat-alat yang telah digunakan				
	22. Lepaskan sarung tangan				
	23. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
E	Tahap Dokumentasi				
	24. Dokumentasikan ukuran NGT, Panjang NGT yang dimasukkan, lubang hidung yang digunakan, pengecekan posisi NGT yang dilakukan dan respon pasien selama prosedur				
F	Penampilan Profesional				
	25. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
PEMASANGAN NGT PADA 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. Diagnosis keperawatan					2	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					2	

RUBRIK PENILAIAN
PEMASANGAN NGT PADA PASIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : pengkajian status nutrisi seperti riwayat penurunan berat badan, diet terakhir, nafsu makan menurun, otot menelan melemah.					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	
3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.tindakan yang dimaksud					5	

adalah pemasangan selang nasogastrik 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	

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PEMASANGAN NGT PADA PASIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian status nutrisi	Peserta melakukan penilaian status nutrisi, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian status nutrisi dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian status nutrisi pada manekin	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: deficit nutrisi, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan susah menelan, penurunan BB, nafsu makan menurun, albumin 2,7 gr/dL dan Hb 9 mg/dL.	2	
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pemasangan selang nasogastrik, namun memberikan	Peserta melakukan pemasangan selang nasogastrik, namun hanya memenuhi 1-3	Peserta melakukan pemasangan selang nasogastrik, namun hanya 4-6 dari Langkah-	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen dengan tepat sesuai langkah-langkah prosedur	5	

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

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :

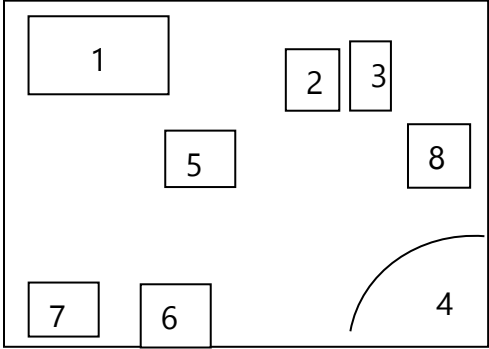
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10p an</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
6	Nutrisi	Dewasa	KMB	Ranap	2, 3, 4, 6	Pengkajian, Diagnosis dan perencanaan, implementasi pemasangan NGT, Prilaku Profesional	-	Ya, Perempuan, 50 tahun	ya	1	Ns. Yasherly Bachri, M.Kep

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Nutrisi pada pasien dewasa di ruang rawat penyakit dalam
3.	Waktu yang dibutuhkan	20 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan penkajian, menegakkan diagnosis dan melakukan pemasangan Naso Gastric Tube (NGT).
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, umur 50 tahun dirawat di Ruang Rawat penyakit dalam. Dengan keluhan utama susah menelan (post stroke), Hasil pengkajian: BB dalam 1 bulan terakhir mengalami penurunan 6 Kg, hasil laboratorium didapatkan : Hb 10 mg/dL ,albumin 2,8 gr/dL. direncanakan pemberian nutrisi diet cair 5 x 200cc per 24 jam. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian status nutrisi 2. Sampaikan kepada penguji diagnosis keperawatan utama klien Lakukan tindakan pemasangan NGT
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, umur 50 tahun dirawat di Ruang Rawat penyakit dalam. Dengan keluhan utama susah menelan (post stroke), Hasil pengkajian: BB dalam 1 bulan terakhir mengalami penurunan 6 Kg, hasil laboratorium didapatkan : Hb 10 mg/dL ,albumin 2,8 gr/dL. direncanakan pemberian nutrisi diet cair 5 x 200cc per 24 jam.

		<u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian status nutrisi 2. Sampaikan kepada penguji diagnosis keperawatan utama klien 3. Lakukan tindakan pemasangan NGT <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Penguji dapat menyampaikan jika peserta ujian menanyakan hasil pengkajian BB awal 70Kg, BB saat ini 64Kg, nafsu makan menurun, diet hanya bubur. 2. Penguji menilai pengkajian status nutrisi yang dilakukan oleh peserta ,seperti Riwayat penurunan berat badan awal & akhir, diet terakhir, nafsu makan menurun, otot menelan melemah. 3. Penguji menilai diagnosis keperawatan yang disampaikan oleh peserta. Dx :defisit nutrisi b ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan susah menelan, penurunan BB, nafsu makan menurun , Hb 10 mg/dL ,albumin 2,8 gr/dL. 4. Penguji mengamati & menilai saat peserta melakukan Tindakan pemasangan NGT. 5. Monitor perilaku Profesional peserta
9.	Instruksi untuk klien standar	Nama : Manekin Rentang Usia : 50 Tahun Jenis Kelamin : Perempuan Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga ➤ <i>Riwayat penyakit sekarang :</i> klien susah menelan (post stroke), berat badan turun 6 Kg dalam 1 bulan terakhir ➤ <i>Rawat inap saat ini :</i> rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama saat mengalami stroke. ➤ <i>Riwayat penyakit keluarga</i> Dalam keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama ➤ <i>Riwayat kebiasaan sosial</i> pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna ➤ <i>Harapan terhadap penyakit</i> pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, sehingga dapat berkumpul dengan keluarga dirumah ➤ <i>Manekin tiduran di bed, dengan posisi dorsal recumbent dalam keadaan lelah dan lesu</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa, digunakan untuk pemasangan NGT.</i>
10.	Setting Station.	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Manekin Dewasa - laboran

		<i>tata letak ruang :</i> 1. Tempat tidur dan manekin dewasa 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>Manikin yang digunakan untuk pemasangan NGT adalah manikin dewasa yang bisa dipasang NGT.</i> <i>Peralatan :</i> 1. Selang NGT (sesuai kebutuhan) : 1 buah 2. Jelly : 1 buah 3. Spuit 50 CC : 1 buah 4. Klem 5. Stetoskop 6. Gunting perban 7. Tongue spatel : 1 buah 8. Handscoen bersih : 1 buah 9. Penlight : 1 buah 10. Plester/ hypavix 11. Air putih matang 1 gelas 12. Kom kecil 13. Bengkok 14. Tissue <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 membuka selang NGT yang terpasang pada manekin</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> <i>a. Ns. Yasherly Bachri, M.Kep.</i> <i>b. Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat</i>
13.	Referensi	Potter, P. A. & PeNapasy., A. G. (2010). <i>Fundamental of Nursing</i>, 7th ed. Elsevier Smeltzer C. Suzanne.(2002). Brunner & Suddarth, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 3, volume 8. Jakarta, EGC. Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 8th edition. St. Louis, Missouri:

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

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN NASO GASTRIC TUBE

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. Selang NGT (sesuai kebutuhan) : 1 buah b. Jelly : 1 buah c. Spuit 50 CC : 1 buah d. Klem e. Stetoskop f. Gunting perban g. Tongue spatel : 1 buah h. Handscoen bersih : 1 buah i. Penlight : 1 buah j. Plester/ hypavix k. Air putih matang 1 gelas l. Kom kecil m. Bengkok n. Tissue				
	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. Pasang sampiran, pasang handuk, pakai hand scoon. Bersihkan dahulu sekitar hidung dan lubang hidung dengan kapas alkohol.				
	12. Siapkan selang NGT lalu ukur terlebih dahulu dari ubun-ubun sampai menuju lambung atau bisa diukur dari telinga lalu batas diklem				
	13. Oleskan jelly pada selang NGT, lalu masukkan NGT dengan pinset sambil menginstruksikan klien untuk menelan agar membantu masuknya selang menuju kerongkongan atau esofagus terus menuju lambung sesuai dengan yang kita ukur sebelumnya.				
	14. Lalu divalidasi apakah benar selang NGT sudah masuk ke lambung dengan cara menggunakan stetoskop dan spuit.				

	Pakai stetoskop lalu tempelkan ke daerah perut sedangkan spuit dimasukkan ke selang NGT sambil disemprotkan udara yang ada di spuit lalu dengarkan dengan stetoskop.				
	15. Bisa juga dengan masukkan ujung selang NGT ke mangkuk yang sudah berisi air jika benar masuk ke lambung maka tidak mengeluarkan gelembung udara. Jika mengeluarkan gelembung udarah selang NGT masuk ke paru-paru.				
	16. Selanjutnya fiksasi selang NGT dengan plester di bagian hidung agar selang NGT tidak keluar.				
	17. Tutup ujung selang NGT.				
D	Tahap terminasi				
	18. simpulkan kegiatan				
	19. Evaluasi subjektif (respon klien) dan objektif (NGT sudah terpasang).				
	20. RTL (menginstruksikan klien jangan sering menggaruk-garuk hidungnya karena dapat menyebabkan fiksasi selang NGT rusak.				
	21. reinforcement positif				
	22. Kontrak selanjutnya (TWT) tempat, waktu dan topik yang akan dilakukan selanjutnya.				
	23. akhiri tindakan dengan baik (Rapihkan pasien dan rapihkan alat).				
E	Tahap DOkumentasi				
	24. hari_tanggal_jam, kegiatan serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	25. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
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					6	
2. Diagnosis keperawatan					6	
3. Implementasi: Keperawatan					5	
4. Perilaku Profesional					9	

RUBRIK PENILAIAN
OKSIGENASI KLIEN ANAK DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data subjektif dan objektif pada klien. Tuliskan teknik pengkajian yang relevan dilakukan dan data-data yang harus didapatkan. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					6	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah klinik klien. Tuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan oleh peserta ujian. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					6	
3. Implementasi: Keperawatan Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana					5	

asuhan keperawatan dengan jelas tindakan yang harus dilakukan oleh peserta ujian, dengan singkat dan jelas. Tidak perlu mencantumkan semua langkah dengan detail. Jika perlu lampirkan SOP tindakan yang akan dinilai. 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 inform consent, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					9	

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN OKSIGENASI 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 saturasi oksigen	Peserta melakukan penilaian saturasi oksigen, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian saturasi oksigen dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian saturasi oksigen pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa ujung ekstremitas manekin dengan oksimeter dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan pasien mengeluh sesak, penggunaan otot bantu napas tambahan, napas	2	

				dangkal, frekuensi napas 33 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	5	

				selang nasal kanule ke sumber oksigen, atur aliran 2 lpm, cek kepatenan adekuat dengan punggung tangan yang non dominan, pasang cabang kanule pada lubang hidung, lingkarkan 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 poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2	
----------------------	--	---	--	--	---	--

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :

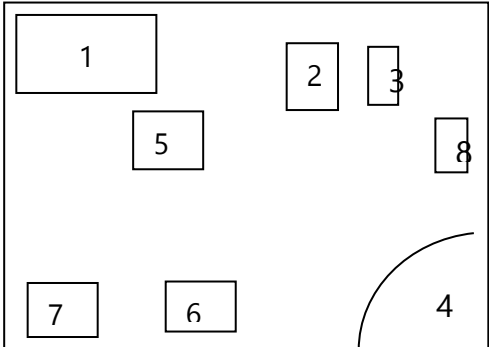
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori Kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel Keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah Soal	PJ
6	Nutrisi	Anak	Anak	Ranap	2,3,4,6	Pengkajian rooting- sucking reflek, diagnosis, pemasangan OGT	Perempuan, 28 tahun (Ibu)	Bayi yang bisa digunakan untuk pemasangan OGT	Ya	3	Yuli Ernawati

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan nutrisi pada klien anak di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis, pemasangan oro gastrik tube pada bayi
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Bayi laki-laki, usia 0 hari, usia gestasi 35 mg, dirawat di ruang perinatology dengan diagnosis BBLR, prematur. Hasil pengkajian: ibu mengatakan bayinya malas menetek, memuntahkan ASI yang masuk, ASI mulai lancar; mudah tertidur/ngantuk, perlu distimulus sensasi di area telapak kaki, tidak mau netek, rewel; berat badan 2100 gram, suhu 36,4⁰C, frekuensi nadi 110 kali/menit, frekuensi napas 54 kali/menit. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan masalah keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemasangan OGT pada manekin

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Bayi laki-laki, usia 0 hari, usia gestasi 35 mg, dirawat di ruang perinatology dengan diagnosis BBLR, prematur. Hasil pengkajian: ibu mengatakan bayinya malas menetek, memuntahkan ASI yang masuk, ASI mulai lancar; mudah tertidur/ngantuk, perlu distimulus sensasi di area telapak kaki, tidak mau netek, rewel; berat badan 2100 gram, suhu 36,4°C, frekuensi nadi 110 kali/menit, frekuensi napas 54 kali/menit. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan masalah keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemasangan OGT pada manekin <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni prosedur pemeriksaan reflek rooting dan sucking pada manekin. a. Pada saat peserta meletakkan ujung jari telunjuk pada tiap sisi mulut manekin baik kanan maupun kiri dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa rooting reflek kurang. b. Pada saat peserta meletakkan ujung jari telunjuk (dalam posisi memakai sarung tangan dengan mempertahankan universal precaution) ke dalam ujung mulut bayi pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa sucking reflek lemah. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label problem/masalah keperawatan: menyusui tidak efektif 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemasangan OGT pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa terdengar suara "duk" saat peserta melakukan evaluasi kepatenan pemasangan OGT dengan memasukkan udara ke paru dengan spuit atau sampaikan kepada peserta bahwa terdapat gelembung-gelembung udara saat peserta melakukan evaluasi kepatenen pemasangan OGT dengan memasukkan ujung selang OGT dalam gelas yang berisi air. 4. Monitor perilaku professional peserta

		5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya: 1. Identitas ibu pasien sesuai kasus (perempuan usia 28 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (ibu pasien ibu mengatakan bayinya malas menetek, memuntahkan ASI yang masuk, ASI mulai lancar) 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -0. 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 5. Riwayat kebiasaan sosial (ibu mengatakan jika suami menunggu bersama saat sudah pulang kerja, meski hanya lewat kaca tidak masuk ruangan) 6. Harapan terhadap penyakit (ibu pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa segera pulang) 7. KS duduk dekat box tidur bayinya, sambil posisi meraba lembut bayinya yang ada di box depan tempat duduknya. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana raut muka/ekspresi penuh harap akan kesembuhan bayinya dengan kasih sayang sehingga tidak membingungkan peserta ujian Manekin yang diperlukan adalah manekin bayi yang adaptif untuk dipasang OGT, yang diletakkan di dalam box dengan diberikan situasi developmental care berupa nesting dan posisi supine dengan diberikan selimut penghangat di atas tubuh pasien.
10.	Setting Station.	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin bayi - laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Box dan manekin bayi serta KS duduk di dekat boks bayi 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 : 1. Sarung tangan bersih : 1 2. Sarung tangan steril : 1 3. Pelumas berbahan dasar air/KY jelly : 1 4. Penlight atau senter : 1 5. S spuit ukuran 5 mL dan 10 ml : masing-masing 1 6. Plester : 1 roll, siapkan sesuai kebutuhan 7. Stetoskop : 1 8. Bengkok : 1 9. Handuk kecil : 1 10. Perlak : 1 11. Gelas berisi air untuk tes alternatif : 1 12. Selang OGT ukuran 6-8 fr : 1 13. Bak instrument : 1 14. Pinset : 1 jika diperlukan 15. Hand saniter : 1 <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> <i>c. Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., . Kep</i> <i>d. STIKES Wira Husada Yogyakarta</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
--	--	--

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMASANGAN OGT PADA BAYI**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. Sarung tangan bersih b. Sarung tangan steril c. Pelumas berbahan dasar air/KY jelly d. Penlight atau senter e. S spuit ukuran 5 mL dan 10 ml f. Plester, siapkan sesuai kebutuhan g. Stetoskop h. <i>Bengkok</i> i. <i>Handuk kecil</i> j. <i>Perlak</i> k. <i>Gelas berisi air untuk tes alternatif</i> l. <i>Selang OGT ukuran 6-8 fr</i> m. <i>Bak instrument</i> n. <i>Pinset</i> o. <i>Hand saniter</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d 19 : sistematis)				
	11. Slap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	12. Hand hygiene				
	13. Pakai sarung tangan bersih				
	14. Posisikan bayi semi fowler di box bayi				

	15. Letakkan pengalas di dada pasien				
	16. Pastikan semua perlengkapan yang akan digunakan siap saat akan digunakan (stetoskop/letakkan di leher perawat, plester/pastikan sudah dipotong sesuai kebutuhan fiksasi, selang OGT sesuai ukuran dibuka diletakkan dalam bak instrument/pastikan terjaga sterilitasnya, jelly/pastikan penutup sudah terbuka, gelas berisi air sebagai alternatif untuk mengecek, senter/dekatkan, bengkok/letakkan yang mudah dijangkau saat digunakan/tidak diletakkan di bed pasien, cukup di trolley, pinset ada di dalam bak instrument steril, spuit pengetes dibuka dimasukkan dalam bak instrument/pertahankan spuit posisi steril dalam bak instrumen)				
	17. Buka sarung tangan bersih, pakai sarung tangan steril				
	18. Ambil selang di bak instrument, pasang spuit pengetes di ujung selang, lakukan pengukuran Panjang selang yang masuk mulut pasien (dari mulut ke telinga pasien dan titip prosesus xiphoideus/px, tanpa menyentuh area tubuh pasien, tandai ujung selang yang masuk ke mulut pasien sesuai hasil pengukuran dengan tangan dominan)				
	19. Lumasi ujung selang dengan jelly melalui bantuan tangan non dominan				
	20. Masukkan selang perlahan tapi tegas melalui mulut bayi sampai batas yang telah diukur, sambil observasi tingkat adaptif bayi secara bertahap dengan tangan dominan, pinset digunakan saat diperlukan				
	21. Periksa posisi ujung selang yang masuk dengan cara : a. Mengetes dengan memasukkan udara sekitar 3-5 cc dengan spuit melalui selang dengan tangan non dominan memposisikan stetoskop yang benar, digunakan mendengarkan apakah suara "duk" terdengar saat spuit didorong b. Memasukkan ujung selang yang tidak terhubung spuit ke dalam gelas berisi air,				

	amati, pastikan tidak ada gelembung udara saat dimasukkan c. Lakukan aspirasi cairan lambung/tidak disarankan				
	22. Fiksasi selang pada salah satu sisi mulut dengan plester yang sudah disiapkan				
	23. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	24. Lepaskan sarung tangan				
	25. Lakukan hand hygiene dengan hand sanitizer				
D	Tahap terminasi				
	26. simpulkan kegiatan				
	27. evaluasi respon (subyektif ke orangtua dan obyektif)				
	28. reinforcement positif				
	29. kontrak waktu selanjutnya				
	30. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	31. hari_tanggal_jam, kegiatan, ukuran OGT, Panjang OGT, hasil pengecekan posisi OGT) serta respon dan kemungkinan efek lain yang diobservasi dari pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	32. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
PEMASANGAN OGT KLIEN BAYI DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
PEMASANGAN OGT KLIEN BAYI DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian reflek sucking dan rooting pada klien. Peserta meletakkan jari pemeriksa dengan tepat pada ujung sisi mulut manekin untuk rooting reflek dan meletakkan ujung tangan pemeriksa ke dalam mulut bayi untuk sucking reflek, lalu peserta mengobservasi hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai skenario).					1	

2. Masalah keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan masalah keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas masalah 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 OGT 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
PEMASANGAN OGT KLIEN BAYI DI RUANG RAWAT INAP**

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian Keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian rooting dan sucking refleks	Peserta melakukan penilaian rooting dan sucking refleks, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian rooting dan sucking refleks dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa pemeriksaan rooting dan sucking reflek pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa sisi mulut dan mulut bayi dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis Keperawatan	Peserta tidak menuliskan label problem diagnosis sama sekali	peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain	Prserta menyampaikan label problem diagnosis hampir mirip, hanya saja ada sedikit inovasi yang tidak sesuai kaitannya	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label problem diagnosis sesuai skenario: menyusi tidak efektif	2	

		yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji	standarisasi label problem diagnosis dalam SDKI, misal ketidakefektifan menyusui dan semacamnya yang tidak sesuai			
Implementasi Keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pemasangan OGT sampai waktu habis	Peserta melakukan pemasangan OGT, namun hanya memenuhi 1-2 dari 4 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan OGT, namun hanya 1-3 dari 4 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan OGT dengan tepat: Lima prinsip pemasangan OGT diberikan dengan tepat 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat: pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. hand hygiene dan prinsip pemasangan OGT dijaga dengan tepat 3. Sistematis (sesuai urutan tahap kerja dalam SOP) 4. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam,	5	

				kegiatan, ukuran selang, Panjang selang yang masuk) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :

AMAN DAN NYAMAN

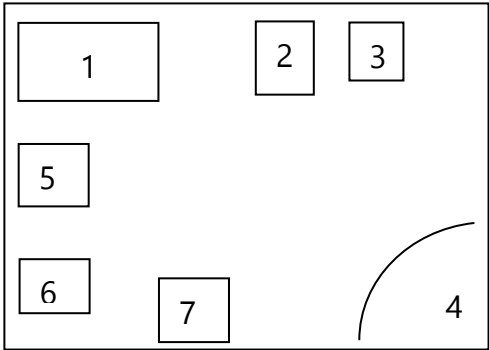
BLUE PRINT

Station	Kategori Kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel Keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah Soal	PJ
1	Aman nyaman	Dewasa	KMB	Rajal	2, 3, 6	Pengkajian nyeri, diagnosis perencanaan, teknik distraksi nafas dalam, evaluasi	Perempuan, 40 tahun	Ya, seusia 40 tahun	Ya	3	

SOAL OSCE

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan aman dan nyaman pada klien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	20 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian nyeri, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, implementasi teknik relaksasi nafas dalam , evaluasi.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan umur 40 tahun dirawat di ruang rawat inap dewasa dengan cedera kepala ringan hari ke-2. Hasil pengkajian: mengeluh nyeri seperti tertusuk pada pelipis dan temporal kanan, terdapat luka di kepala sebelah kanan, tampak meringis, skala nyeri 6, respirasi 28 x/ menit, nadi 125 x. menit. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawaban berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan teknik relaksasi nafas dalam

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan umur 40 tahun dirawat di ruang rawat inap dewasa dengan cedera kepala ringan hari ke-2. Hasil pengkajian: mengeluh nyeri seperti tertusuk pada pelipis dan temporal kanan, terdapat luka di kepala sebelah kanan, tampak meringis, skala nyeri 6, respirasi 28 x/ menit, nadi 125 x. menit. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawaban berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan teknik relaksasi nafas dalam <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pengukuran skala nyeri pada manekin. Pada saat peserta melakukan pengukuran skala nyeri pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa skala nyeri 6 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan kulit, otot dan vaskuler ditandai dengan pasien mengeluh nyeri seperti tertusuk pada pelipis dan temporal kanan, terdapat luka di kepala sebelah kanan, tampak meringis, skala nyeri 6, respirasi 28 x/ menit, nadi 125 x. menit. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian teknik distraksi nafas dalam pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa nyeri berkurang saat peserta melakukan evaluasi nyeri setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam 4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	1. <i>Identitas pasien sesuai dengan kasus (pasien perempuan, usia 40 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh mengeluh nyeri seperti tertusuk pada pelipis dan temporal kanan, terdapat luka di kepala sebelah kanan, tampak meringis, skala nyeri 6, respirasi 28 x/ menit, nadi 125 x. menit,</i>

		pasien rawat inap hari ke-2, masuk rumah sakit karena cedera kepala ringan) 3. <i>Rawat inap saat ini adalah rawat inap pertama</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit menurun atau menular)</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien adaptif dengan lingkungan rumah sakit)</i> 6. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa segera pulang ke rumah)</i> 7. <i>KS tiduran di bed, sambil posisi telentang tanpa bantal, mengeluh nyeri seperti tertusuk pada pelipis dan temporal kanan, terdapat luka pada kelapa sebelah kanan dan tampak meringis. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat tiduran, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</i> <i>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa, digunakan untuk teknik distraksi nafas dalam.</i>
10.	<i>Setting Station.</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin dewasa serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley tempat alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 

11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan :</i> 1. Pengukur waktu : 1 buah 2. Catatan observasi klien : sejumlah peserta 3. Pena dan buku catatan kecil : sejumlah peserta 4. Lingkungan yang nyaman di sekitar klien <i>Laboran: tidak ada</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. Nining Rusmianingsih, S. Kep., Ners., M. Kep. b. STIKes Kuningan
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

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM**

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. Pengukur waktu</i> <i>b. Catatan observasi klien</i> <i>c. Pena dan buku catatan kecil</i> <i>d. Lingkungan yang nyaman di sekitar klien</i>				
	3. Mencuci tangan 6 langkah				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sd 17: sistematis)				
	11. Anjurkan klien melakukan posisi paling nyaman dengan berbaring, semifowler ataupun fowler. memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	12. Instruksikan klien untuk memejamkan mata dengan perlahan sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata				
	13. Instruksikan klien agar tenang dan mengendorkan otot-otot tubuh dari ujung kaki, betis, paha, perut, bahu, tangan yang terulur sampai dengan otot wajah rasakan rileks di seluruh tubuh				
	14. Instruksikan mulai menarik nafas dalam lewat hidung selama 2 menit kemudian hembuskan lewat mulut disertai dengan mengucapkan kata pada diri sendiri berupa kata motivasi atau do'a				
	15. Instruksikan klien untuk membuang pikiran negatif dan tetap fokus pada nafas dalam dan kata motivasi yang dipilih atau do'a yang diucapkan				

	16. Ulangi terus relaksasi poin 14 dan 15 selama 20 menit				
	17. Setelah selesai 20 menit untuk mengakhiri relaksasi klien dianjurkan untuk tetap tenang dan menutup mata selama 2 menit kemudian membuka mata secara perlahan				
D	Tahap terminasi				
	18. Kaji respon klien setelah selesai teknik relaksasi nafas dalam				
	19. Berikan reinforcement positif pada klien				
	20. Jelaskan pada klien bahwa teknik relaksasi dilakukan 3 hari dalam seminggu 2 kali sehari (pagi dan malam hari selama 20 menit)				
	21. Rapihkan alat dan beri salam				
E	Tahap Dokumentasi				
	22. Catat hari_tanggal_jam teknik relaksasi nafas dalam				

FORM PENILAIAN
AMAN DAN NYAMAN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
AMAN DAN NYAMAN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian skala nyeri pada klien.					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah teknik relaksasi nafas dalam dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
--	--	--	--	--	----------	--

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN
AMAN DAN NYAMAN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian skala nyeri	Peserta melakukan penilaian skala nyeri, namun tidak tepat	Peserta melakukan penilaian skala nyeri dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian skala nyeri pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta menilai ekspresi wajah klien dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, sesuai yang tertuang dalam	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: nyeri tanpa menyampaikan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan kulit, otot dan vaskuler ditandai dengan	2	

	skenario kasus di bagian instruksi penguji	etiologi serta data pendukung	kulit, otot dan vaskuler namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	mengeluh nyeri seperti tertusuk pada pelipis dan temporal kanan, terdapat luka di kepala sebelah kanan, tampak meringis, skala nyeri 6, respirasi 28 x/ menit, nadi 125 x. menit		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan teknik relaksasi nafas dalam namun memberikan modalitas aman dan nyaman yang lainnya	Peserta melakukan Tindakan teknik relaksasi nafas dalam namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan Tindakan teknik relaksasi nafas dalam namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan tindakan teknik relaksasi nafas dalam 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. Cuci tangan 6 langkah 3. modalitas tepat skala nyeri 4. Sistematis (posisi yang paling nyaman bagi klien, memejamkan mata	5	

				perlahan, tenang dan mengendorkan otot-otot tubuh, menarik nafas lewat hidung selama 2 detik dan menghembuskan lewat mulut sambil mengucapkan kata-kata motivasi atau do'a, , buang pikiran negative dan tetap fokus pada nafas dalam sambil mengucapkan kata-kata motivasi atau do'a, ulangi selama 20 menit, setelah 20 menit pejamkan mata selama 2 menit dan buka perlahan 5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, teknik relaksasi nafas dalam serta respon dan kemungkinan efek		
--	--	--	--	---	--	--

				lain yang dirasakan pasien jika ada		
--	--	--	--	--	--	--

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji:

PSIKOSOSIAL

BLUE PRINT SOAL

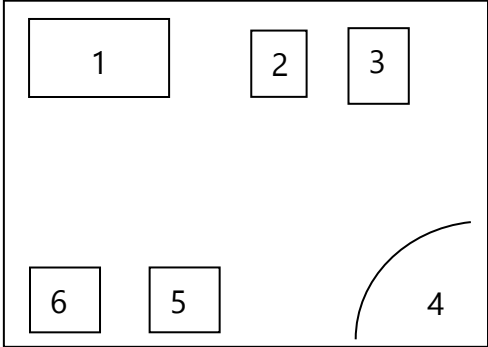
Station	Kategori Kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel Keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
7	Psikososial	Dewasa	Jiwa	Ranap	1, 5, 6	Edukasi teknik pengontrolan halusinasi, Evaluasi post edukasi	perempuan 40 tahun	Ya	Tidak	1	

SOAL OSCE

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan psikososial pada klien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan Komunikasi, edukasi, dan konseling, evaluasi serta perilaku professional , kebutuhan psikososial pada klien
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan umur 40 tahun di rawat di RSJ alasan masuk karena sering berbicara sendiri, memanggil anaknya yang sudah meninggal, mondar mandir berbicara sendiri, dan sudah 4 bulan putus obat. Pada saat pengkajian dengan perawat pasien bisa berinteraksi meskipun sesekali masih berbicara sendiri, dan menunjuk kearah tertentu sambil memanggil anaknya. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan komunikasi, edukasi dan konseling berdasarkan skenario tersebut pada KS 2. Lakukan evaluasi post edukasi 3. Lakukan perilaku professional

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan umur 40 tahun di rawat di RSJ alasan masuk karena sering berbicara sendiri, memanggil anaknya yang sudah meninggal, mondar mandir berbicara sendiri, dan sudah 4 bulan putus obat. Pada saat pengkajian dengan perawat pasien bisa berinteraksi meskipun sesekali masih berbicara sendiri, dan menunjuk kearah tertentu sambil memanggil anaknya. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan komunikasi, edukasi dan konseling berdasarkan skenario tersebut pada KS 2. Lakukan evaluasi post edukasi 3. Lakukan perilaku professional <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam melakukan komunikasi terapeutik pada pasien dengan halusinasi, ketepatan mengontrol halusinasi, aktivitas yang dilakukan pasien serta jadwal pengobatan yang harus dilakukan oleh pasien dengan halusinasi 2. menilai ketepatan evaluasi dengan pasien setelah melakukan komunikasi terapeutik 3. Monitor perilaku professional peserta 4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, usia 40 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien mengalami halusinasi berbicara sendiri, memanggil anaknya yang sudah meninggal, mondar mandir sambil berbicara sendiri)</i> 3. <i>Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang pertama.</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien suka menyendiri dan tidak mampu bersosialisasi dengan baik)</i> 6. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien bisa mengontrol halusinasinya)</i> 7. <i>KS duduk di bangku dan menghadap ke jendela sambil berbicara sendiri pada saat perawat datang. Klien sering mondar-mandir, berbicara sendiri dan selalu memanggil</i>

		nama anaknya, tatapan mata kosong, Penampilan: pakaian rumah sakit dan tidak rapi, rambut tidak tersisir rapi, dan tidak memakai sandal. Saat perawat datang, KS tampak masih berbicara sendiri dengan menatap ke arah jendela. Saat perawat menanyakan perasaan KS, KS menjawab biasa saja. Saat perawat mengingatkan kontrak, KS menjawab lupa tapi mau diajak berbincang-bincang dan mau diajak duduk. disela pembicaraan KS selalu tersenyum dan memanggil nama anaknya ke arah jendela. Perawat melakukan komunikasi terapeutik dengan KS tentang bagaimana mengenali halusinasi (dari mulai jenis halusinasi, isi, frekuensi/durasi dan kondisi pencetus halusinasi). Tatapan mata KS masih kosong dan sesekali tersenyum sambil berbicara sendiri. Perawat juga mengatakan bagaimana melawan halusinasi dengan menghardik, mengabaikan, melakukan kegiatan bersama, serta menggunakan obat dengan tepat. KS mendengarkan perawat dan mulai ada kontak mata dengan perawat serta ada ketertarikan untuk mulai mendengarkan apa yang diucapkan perawat. Pada saat ditanya oleh perawat apakah KS dapat mendengarkan perawat saat berkomunikasi, KS menjawab iya saya mendengarnya. ketika ditanya apakah sekarang KS memahami apakah itu halusinasi? KS menjawab iya dengan sedikit ragu. Perawat meminta kontrak waktu kembali dengan menjadwalkan ulang untuk berkomunikasi lagi dengan KS. KS menjawab iya bisa. perawat mengakhiri komunikasi pertemuan pertamanya dengan KS. <i>Diperlukan Klien Standar perempuan</i>
--	--	--

10.	<i>Setting Station:</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur serta KS (dekat jendela) 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Wastafel 6. Tempat sampah 
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. Kursi peserta ujian 1 buah 2. Bed klien 1 buah 3. Meja dan kursi penguji 4. Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah 5. Tempat sampah nonmedis 1 buah 6. Tissue 1 buah 7. Jam dinding 1 buah <i>Laboran tidak ada</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. Reni Hertini, S.Kep., Ners., M.Kep. b. 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

		Suryani. (2016). Komunikasi Terapeutik (Teori dan Praktik). Buku Kedokteran.EGC. Azizah, L M., Zainuri, I., Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa (Teori dan Aplikasi Praktik Klinik). Indomedia Pustaka. Fitria, N. (2011). Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP). Salemba Medika.
--	--	--

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL KOMUNIKASI TERAPEUTIK

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Mengumpulkan data tentang pasien				
	3. Mengekplorasi perasaan kekuatan dan kelemahan sendiri				
	4. Membuat rencana dengan pasien				
	5. Menciptakan lingkungan yang nyaman				
B	Tahap Orientasi				
	6. Menyampaikan salam terapeutik				
	7. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	8. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	9. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	10. Mengidentifikasi masalah klien				
	11. Memulai tindakan dengan baik				
	12. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d 19 : sistematis)				
	13. Menyanyakan keluhan pasien				
	14. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengutarakan perasaannya				
	15. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya				
	16. melakukan tindakan keperawatan				
D	Tahap terminasi				
	17. simpulkan kegiatan				
	18. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	19. reinforcement positif				
	20. kontrak waktu selanjutnya				
	21. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	22. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	23. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
PASIEN PSIKOSOSIAL DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
PASIEN PSIKOSOSIAL DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Komunikasi Terapeutik Menunjukkan Sikap positif: Tersenyum Ramah, Empati, menghargai, Tulus membantu. Melakukan Tahapan komter. Melakukan teknik komter dengan tepat mendengarkan, menggali masalah, klarifikasi, memfokuskan dll.					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

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

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PASIEH PSIKOSOSIAL DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
1. Komunikasi terapeutik	Peserta: 1. Tidak menunjukkan Sikap positif: Tersenyum Ramah, Empati, menghargai, Tulus membantu 2. Tidak melakukan Tahapan komter 3. Tidak melakukan teknik komter dengan tepat: mendengarkan, menggali masalah, klarifikasi, memfokuskan dll	Peserta menunjukkan 1 poin dari poin berikut: 1. Menunjukkan Sikap positif: Tersenyum Ramah, Empati, menghargai, Tulus membantu 2. Melakukan Tahapan komter 3. Melakukan teknik komter dengan tepat mendengarkan, menggali masalah, klarifikasi, memfokuskan dll	Peserta menunjukkan 2 poin dari poin berikut: 1. Menunjukkan Sikap positif: Tersenyum Ramah, Empati, menghargai, Tulus membantu 2. Melakukan Tahapan komter 3. Melakukan teknik komter dengan tepat mendengarkan, menggali masalah, klarifikasi,	Peserta menunjukkan ketepatan semua dilakukan dari poin-poin berikut: 1. Menunjukkan Sikap positif: Tersenyum Ramah, Empati, menghargai, Tulus membantu 2. Melakukan Tahapan komter 3. Melakukan teknik komter dengan tepat mendengarkan, menggali masalah, klarifikasi, memfokuskan dll	1	

			memfokuskan dll			
5. Evaluasi	Peserta tidak menjelaskan dan mendemonstrasikan tentang halusinasi	Peserta menyebutkan definisi halusinasi Peserta tidak mendemonstrasikan cara mengontrol halusinasi	Peserta menyebutkan definisi halusinasi dan menjelaskan satu cara mengontrol halusinasi Peserta mendemonstrasikan 1 cara mengontrol halusinasi tapi kurang tepat	Peserta menyebutkan definisi halusinasi dan menjelaskan lebih dari satu cara mengontrol marah Peserta mendemonstrasikan 1 cara mengontrol halusinasi dengan tepat	2	
6. Perilaku profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Tindakan tidak membahayakan klien dan diri sendiri (menjaga jarak dengan klien saat berkomunikasi)	Meminta izin secara lisan dan 1-2 poin berikut : 1. Tindakan tidak membahayakan klien dan diri sendiri (menjaga jarak dengan klien saat berkomunikasi) 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Menunjukkan sikap positif	Meminta izin secara lisan dan dan 3 poin berikut: 1. Tindakan tidak membahayakan klien dan diri sendiri (menjaga jarak dengan klien saat berkomunikasi) 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Menunjukkan sikap positif	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap : 1. Tindakan tidak membahayakan klien dan diri sendiri (menjaga jarak dengan klien saat berkomunikasi) 2. Memperhatikan kenyamanan klien	1	

	berkomunikasi) 2. Memperhatikan kenyamanan-an klien 3. Menunjukkan sikap positif 4. Menjaga privasi klien	menghargai 4. Menjaga privasi klien	4. Menjaga privasi klien	3. Menunjukkan sikap positif 4. Menjaga privasi klien		
--	--	--	--------------------------	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

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
8	Eliminasi	Dewasa	KMB	Ranap	2, 3, 4, 6	Komunikasi teraupetik Pemberian catheter urin, evaluasi	Laki-laki, Usia 54 tahun	Ya, manekin dewasa	Ya	1	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	
2.	Judul station	Kebutuhan eliminasi urin pada klien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan komunikasi terapeutik, pemasangan kateter urin, dan perilaku profesional
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang pasien 54 tahun dirawat di RS dengan diagnosis medis BPH, klien mengatakan sering BAK sedikit dan tidak tuntas, urin menetes setelah berkemih. Hasil pengkajian didapat pasien lemas, pusing, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 78 x/menit, pernapasan 18 x/menit, suhu 37,3 ⁰ C. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan komunikasi terapeutik 2. Lakukan pemasangan kateter pada manekin 3. Sampaikan evaluasi tindakan
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang pasien 54 tahun dirawat di RS dengan diagnosis medis BPH, klien mengatakan sering BAK sedikit dan tidak tuntas, urin menetes setelah berkemih. Hasil pengkajian didapat pasien lemas, pusing, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 78 x/menit, pernapasan 18 x/menit, suhu 37,3 ⁰ C. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan komunikasi terapeutik

		2. Lakukan pemasangan kateter pada manekin 3. Sampaikan evaluasi tindakan INSTRUKSI PENGUJI: 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian 2. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemasangan kateter urin. 3. Monitor perilaku professional peserta 4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Manikin untuk pemasangan kateter lak-laki</i> 1. <i>Keluhan utama : perasaan ingin BAK, BAK tidak tuntas dan menetes-netes setelah selesai, nyeri saat BAK</i> 2. <i>sejak kapan : sejak 3 hari yang lalu</i>
10.	Setting Station.	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Manekin - laboran <i>tata letak ruang :</i> 1. Tempat tidur dan manekin 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 pemasangan kateter</i> a. Set steril yang berisi: - 1 duk alas steril - 1 duk berlubang steril - 1 piala ginjal steril - 1 mangkok steril - 4 kapas steril - 1 pinset steril

		- 1 pasang sarung tangan steril b. Korentang steril c. 1 folley kateter sesuai dengan ukuran d. 1 urine bag dan gantungan e. Xylocain jelly steril f. cairan sublimat 1:1000 g. NaCL 0,9 % / aquadest steril sebanyak yang dibutuhkan oleh ballon kateter (20-30 cc) h. Sput 20 cc steril i. Jarum no.12 steril j. Perlak dan alas k. Plester l. Alat tulis m. Handuk / selimut ganti n. Kapas sublimat <i>Laboran ada</i> <i>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</i>
12.	Penulis	<i>Ns. Martha Katarina Silalahi, S.Kep., M.Kep</i> <i>Universitas MH Thamrin</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

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMASANGAN CATETER URINE

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. Set steril yang berisi: - 1 duk alas steril - 1 duk berlubang steril - 1 piala ginjal steril - 1 mangkok steril - 4 kapas steril - 1 pinset steril - 1 pasang sarung tangan steril b. Korentang steril c. 1 folley kateter sesuai dengan ukuran d. 1 urine bag dan gantungan e. Xylocain jelly steril f. cairan sublimat 1:1000 g. NaCL 0,9 % / aquadest steril sebanyak yang dibutuhkan oleh ballon kateter (20-30 cc) h. S spuit 20 cc steril i. Jarum no.12 steril j. Perlak dan alas k. Plester l. Alat tulis m. Handuk / selimut ganti n. Kapas sublimat				
B	Tahap Orientasi				
	1. Memperkenalkan diri perawat 2. Mengecek identitas pasien (nama, tanggal lahir, no rekam medis) 3. Menyampaikan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan 4. Memberi kesempatan untuk bertanya 5. Menanyakan kesediaan pasien untuk tindakan yang akan dilakukan, bila pasien menolak tindakan tidak jadi dilakukan 6. Kontrak waktu dan tempat tindakan pemasangan 7. Jaga privasi pasien (tutup pintu /jendela, atau pasang tirai)				
C	Tahap kerja				

	8. Perawat mencuci tangan				
	9. Bersihkan daerah perineum dengan sabun dan keringkan.				
	10. Atur posisi untuk pemasangan kateter. • Wanita: dorsal recumbent • Pria :Supine				
	11. Letakkan set kateter diantara kedua tungkai bawah pasien dengan jarak min 45cm dari perineum pasien.				
	12. Buka set kateter				
	13. Gunakan sarung tangan steril.				
	14. Pasang duk berlubang didaerah genitalia pasien.				
	15. Tes ballon kateter.				
	16. Membuka daerah meatus • Wanita: Buka labia dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri lalu sedikit ditarik keatas • Pria: Pegang daerah dibawah glanda penis dengan jari dan telunjuk, preputium ditarik keatas				
	17. Membersihkan daerah meatus dengan kapas sublimat dan pinset. • Wanita: Bersihkan daerah labia luar terakhir bagian meatus, kapas hanya sekali dipakai. • Pria: Bersihkan dengan arah melingkar dari meatus keluar minimum 3x				
	18. Lumasi ujung kateter dengan xylocain jelly • Wanita : 4-5 cm • Pria : 15-18 cm				
	19. Masukkan kateter • Wanita : Sepanjang 5-7 cm sampai urine keluar • Pria : sepanjang 18-20cm sampai urine keluar, tegakkan penis dengan sudut 90° .				
	22. Jika waktu memasukkan kateter terasa adanya tahanan jangan dilanjutkan				
	23. Selama pemasangan kateter anjurkan pasien untuk nafas dalam.				
	24. Masukkan kateter sepanjang 2cm sambil sedikit diputar.				
	25. Isi ballon kateter dengan NaCL sebanyak yang ditentukan, menggunakan spuit tanpa jarum				
	26. Tarik kateter perlahan sampai ada tahanan ballon.				
	27. Fiksasi kateter menggunakan plester.				

	28. Gantung urine bag dengan posisi lebih rendah daripada vesikaurinaria.				
	29. beri posisi yang nyaman pada pasien.				
	30. Rapihkan alat simpan alat pada tempatnya.				
	31. lepaskan sarung tangan perawat				
D	Tahap terminasi				
	32. Evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	33. Reinforcement positif				
	34. Kontrak waktu selanjutnya				
	35. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap dokumentasi				
	36. Catat prosedur pelaksanaan, kondisi perineum dan meatus, waktu pelaksanaan, konsistensi, warna, bau, jumlah urine, reaksi pasien pada catatan perawat/				
F	Penampilan profesional				
	37. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

**FORM PENILAIAN
PEMASANGAN CATETER URINE**

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
PEMASANGAN CATETER URINE**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengkaji data fokus : BAK sedikit dan tidak tuntas, urin menetes setelah berkemih. Hasil pengkajian didapat pasien lemas, pusing, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 78 x/menit, pernapasan 18 x/menit, suhu 37,3 ⁰ C. (hasil dijawab sesuai skenario).					3	
2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.tindakan yang dimaksud adalah pemasangan cateter urine					5	

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

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PEMASANGAN CATETER URINE

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan pengkajian	Peserta hanya melakukan 1-2 pengkajian Kebutuhan pasien 1. BAK sedikit dan tidak tuntas 2. Urin menetes setelah berkemih. 3. Hasil pengkajian didapat keluhan pasien lemas, pusing 4. Hasil pemeriksaan tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 78 x/menit, pernapasan 18 x/menit, suhu 37,3⁰ C.	Peserta hanya melakukan 3-4 pengkajian Kebutuhan pasien 1. BAK sedikit dan tidak tuntas 2. Urin menetes setelah berkemih. 3. Hasil pengkajian didapat keluhan pasien lemas, pusing 4. Hasil pemeriksaan tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 78 x/menit, pernapasan 18 x/menit, suhu 37,3⁰ C.	Peserta mampu melakukan semua pengkajian dan kebutuhan pasien lain 1. BAK sedikit dan tidak tuntas 2. Urin menetes setelah berkemih. 3. Hasil pengkajian didapat keluhan pasien lemas, pusing 4. Hasil pemeriksaan tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 78 x/menit, pernapasan 18 x/menit, suhu 37,3⁰ C. 5. Perawat memperhatikan privasi pasien	3	

				6. Perawat melakukan tindakan dengan tepat dan aman		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan pemasangan kateter urine namun memberikan terapi modalitas yang lainnya	Peserta melakukan pemasangan kateter urine, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan kateter urine, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan kateter urine dengan tepat sesuai dengan 5 prinsip dengan tepat 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat: pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. hand hygiene 3. Tindakan terapi yang tepat sesuai dengan kebutuhan pasien : pemasangan kateter urine 4. Sistematis (pastikan pemasangan kateter urin sesuai dengan panduan yang diberikan) dan monitor respon pasien secara	5	

				subjektif dan objektif, lalu rapikan alat. 5. Dokumentasikan prosedur (waktu pemasangan: tanggal, jam kegiatan) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap	2	

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

Jumlah total score

Nilai akhir = ----- x 100 =

25

Jakarta,

.....

Penguji :.....

SEKSUAL DAN REPRODUKSI

BLUE PRINT SOAL

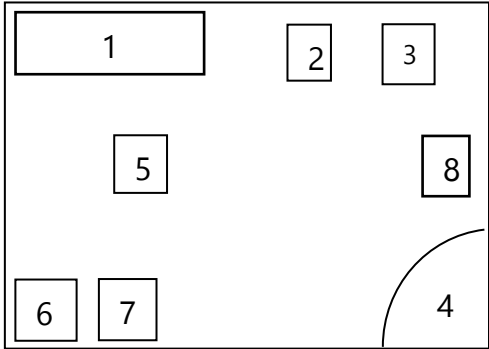
Station	Kategori Kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel Keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah Soal	PJ
10	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 3, 6	Perawatan Payudara, Diagnosis		Phantom Payudara		1	Ns. Septina Boru Saragih M.Kep

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Perawatan Payudara pada klien ibu nifas di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	10 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, Perawatan payudara.
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Perempuan umur 30 tahun, post partum normal hari ke 2 dirawat gabung degan bayi diruang nifas. Hasil pengkajian: ibu mengeluh ASI belum keluar, payudara terasa bengkak, tampak ukuran puting susu kecil atau mendelep, Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital didapatkan hasil, Tekanan Darah: 110/80mmHg, Nadi:83 kali/menit, Pernafasan: 18 kali/menit, Suhu: 37°C. <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin. 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus. 3. Lakukan perawatan payudara/<i>breast care</i>.

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Perempuan umur 30 tahun, post partum normal hari ke 2 dirawat gabung dengan bayi diruang nifas. Hasil pengkajian: ibu mengeluh ASI belum keluar, payudara terasa bengkak, tampak ukuran puting susu kecil atau mendelep, Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital didapatkan hasil, Tekanan Darah: 110/80mmHg, Nadi:83 kali/menit, Pernafasan: 18 kali/menit, Suhu: 37°C. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan perawatan payudara/<i>breast care</i> <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni : - Saat pemeriksa memeriksa payudara pada manekin, penguji menyampaikan bahwa teraba. - Saat pemeriksa memeriksa puting susu, penguji menjawab flat/datar. - Saat pemeriksa memeriksa pengeluaran ASI, penguji menjawab belum ada. - Saat pemeriksa memeriksa kondisi bayi, penguji menjawab bayi sering menangis dan jarang BAK. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: menyusui tidak efektif berhubungan dengan anomali payudara ibu, payudara bengkak ditandai dengan ASI tidak menetes/memancar. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam melakukan tindakan perawatan payudara pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa puting susunya sudah mulai timbul saat peserta melakukan evaluasi menyusui tidak efektif setelah pemberian perawatan payudara. 4. Observasi perilaku profesional peserta ujian: komunikasi, anamnesis (terkait status obstetri dan pengalaman menyusui) penguji menjawab status
----	-------------------------	---

		obstetri G1P1A0 dan belum ada pengalaman menyusui karena anak pertama. 5. Observasi saat peserta ujian melaksanakan edukasi keperawatan tentang pentingnya perawatan payudara. 6. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	Nama Ibu: Ny. M Usia : 30 tahun Jenis kelamin: Perempuan Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga Status: Menikah Pendidikan Terakhir : SMA Riwayat Penyakit sekarang: pasien mengeluh ASI belum keluar, payudara terasa bengkak, hari ke-2 post partum persalinan normal. Riwayat penyakit keluarga: - Riwayat kebiasaan sosial: pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit. Harapan terhadap ibu: pasien berharap ASInya bisa cepat keluar dan lancar serta bengkak payudaranya berkurang dan bisa segera memberikan ASI kepada bayinya. Kondisi Menakini: Phantom payudara diletakkan diatas tempat tidur.

10.	Setting Station:	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin payudara - Laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin/phantom payudara 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolly t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran  <i>Petugas Laboran:</i> 1. Menyiapkan alat yang dibutuhkan 2. Merapikan alat yang sudah digunakan
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan :</i> 1. Handuk 2 buah 2. Waslap 2 buah 3. Sarung tangan 4. Baskom 2 buah yang berisi air hangat dan dingin 5. Kapas dan minyak kelapa/baby oil 6. Bengkok : 1
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. <i>Ns. Septina Boru saragih M.Kep.</i> b. <i>STIKES Kapuas Raya Sintang</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
--	--	---

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PERAWATAN PAYUDARA**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <i>a. Handuk 2 buah</i> <i>b. Waslap 2 buah</i> <i>c. Sarung tangan</i> <i>d. Baskom 2 buah yang berisi air hangat dan dingin</i> <i>e. Kapas dan minyak kelapa/baby oil</i> <i>f. Bengkok : 1</i>				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sampai dengan 24: sistematis)				
	11. Siapkan pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien;				
	12. Hand hygiene;				
	13. Memasang handuk pada bagian perut bawah dan bahu sambil melepaskan pakaian atas;				
	14. Kompres kedua puting dengan kapas sambil membersihkan puting dengan melakukan gerakan memutar dari dalam keluar;				

	15. Untuk urutan pertama, empat gerakan, dilakukan pada payudara selma lima menit (20-30 kali);				
	16. Dengan kapas yang baru, bersihkan bagian tengah puting susu dari snetral keluar, apabila didapat inverted/puting susu tidak emnunjol lakukan penarikan secara perlahan;				
	17. Membasahi kedua telapak tangan dengan baby oil dan melakukan pengurutan dengan telapak tangan berada diantara kedua payudara dengan gerakan keatas, kesamping, kebawah dan kedepan sambil menghentakkan payudara. pengurutan dilakukan 20-30 kali;				
	18. Tangan kiri menopang payudara kiri dan tangan kanan mealkukan pengurutan dengan menggunakan sisi kelingking. Dilakukan 20-30 kali pada kedua payudara;				
	19. Langkah selanjutnya, dengan menggunakan sendi-sendi jari posisi tangan mengepal, tangan kiri menopang payudara dan tangan kanan melakukan pengurutan dari pangkal ke arah puting. Lakukan sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara;				
	20. Meletakkan baskom dibawah pauudara dan menggunakan waslap yang dibasahi air hangat;				
	21. Mengguyur payudara kurang lebih 5 kali kemudian dilap dengan waslap bergantian dengan air dingin, masing-masing 5 kali guyuran kemudian diakhiri dengan air hangat;				
	22. Mengeringkan payudara dengan handuk yang dipasang dibahu;				
	23. Memakai BH yang dapat menopang payudara				
	24. Setelah memijat, cuci tangan				
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. Catat hari_tanggal_jam, kegiatan, serta respon yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	31. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU POST PARTUM DI RUANG NIFAS

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU POST PARTUM DI RUANG NIFAS

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Peserta melakukan pemeriksaan anamnesis dan antropometri dan TTV ibu nifas dengan tepat meliputi seluruh aspek: - Anamnesis: a. terkait (status obstetri dan pengalaman menyusui), b. pemeriksaan payudara, puting dan pengeluaran ASI, c. pemeriksaan kondisi bayi. - Antropometri: a. Berat badan b. Tinggi Badan						

c. Lingkaran Lengan Atas (LILA) - TTV a. Tekanan Darah b. Nadi c. Pernafasan d. Suhu Tubuh						
2. Diagnosis keperawatan Peserta ujian mampu merumuskan masalah keperawatan sesuai dengan kondisi klien: menyusui tidak efektif.					2	
3. Implementasi: Keperawatan Peserta melakukan tindakan dan edukasi mengenai: a. perawatan payudara dengan langkah-langkah kerja yang tepat. b. Perawatan payudara bertujuan untuk memperlancar pengeluaran ASI. c. Untuk memberikan rasa nyaman.. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : a. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri. b. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien. c. Melakukan tindakan sesuai prioritas. d. Menunjukkan sikap menghargai, Empati e. Menjaga privasi					2	

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PERWATAN PAYUDARA PADA IBU POST PARTUM DI RUANG NIFAS

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan anamnesis	Peserta hanya melakukan 1 aspek anamnesis dan persiapan alat hanya 2.	Peserta hanya melakukan 2 aspek anamnesis dan hanya persiapan alat.	Peserta melakukan pemeriksaan anamnesis dan antropometri dan TTV ibu nifas dengan tepat meliputi seluruh aspek: - Anamnesis: 1. terkait (status obstetri dan pengalaman menyusui), 2. pemeriksaan payudara, putting dan pengeluaran ASI, 3. pemeriksaan kondisi bayi. - Pemeriksaan payudara: 1. Handsrub	1	

				2. Handuk 2 buah 3. Waslap 2 buah 4. Sarung tangan 5. Baskom 2 buah yang berisi air hangat dan dingin 6. Kapas dan minyak kelapa/baby oil		
Diagnosis keperawatan	Peserta tidak merumuskan masalah keperawatan	Peserta merumuskan masalah keperawatan tetapi salah : Pengetahuan	Peserta merumuskan masalah keperawatan tetapi tidak sesuai dengan kondisi klien: Risiko Infeksi	Peserta merumuskan masalah keperawatan sesuai dengan kondisi klien: menyusui tidak efektif.	2	
Implementasi keperawatan	Peserta ujian tidak melakukan edukasi kesehatan	Peserta hanya melakukan edukasi kondisi ibu	Peserta melakukan edukasi kesehatan hanya tanda	Peserta melakukan edukasi 1. Perawatan payudara bertujuan untuk memperlancar pengeluaran ASI. 2. Untuk memberikan rasa nyaman.	5	

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

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :

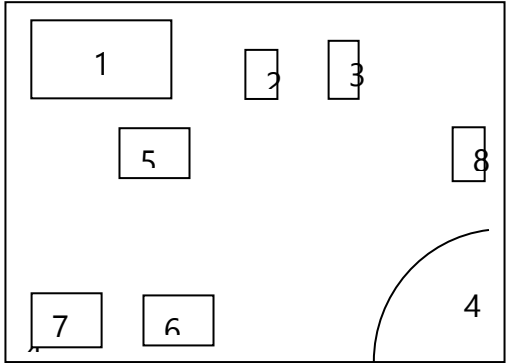
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
10	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 3, 6	Pengkajian lochea, Diagnosis	perempuan 25 tahun				

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	
2.	Judul station	Perawatan perineum
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan mahasiswa dalam mengkaji kebutuhan tindakan, menetapkan diagnosis, melakukan tindakan dan melakukan evaluasi
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dankonseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	Keperawatan Maternitas 1) Pemeriksaan ANC dan Senam Hamil 2) APN 3) Perawatan Perineum 4) Perawatan Payudara 5) Perawatan BBL (Memandikan, Perawatan Tali pusat)
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIS:</u> Seorang perempuan berumur 25 tahun dirawat di ruang bersalin post partum hari ke 2. Pasien melahirkan pervaginam dengan riwayat episiotomi <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pengkajian pada luka episiotomy pasien 2. Lakukan perawatan perineum pada pasien 3. Lakukan Evaluasi Hasil Tindakan 4. Lakukan Dokumentasi hasil tindakan
8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIS:</u> Seorang perempuan berumur 25 tahun dirawat di ruang bersalin post partum hari ke 2. Pasien melahirkan pervaginam dengan riwayat episiotomi.

		<u>INSTRUKSI UMUM:</u> 1. Pastikan identitas peserta sesuai dengan kartu ujian 2. Tulislah nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis 3. Amati peserta, tentukan global rating dan berilah skor (0/1/2/3/) pada lembar nilai terhadap tugas yang dikerjakan sesuai rubrik 4. Amati peserta, tentukan global performance dan berilah skor (1/2/3/4/) pada lembar nilai terhadap performa mahasiswa 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan 6. Taatilah peraturan dan laksanakan tugas sebagai penguji OSCE <u>INTRUKSI KHUSUS:</u> 1. Mengamati tindakan yang dilakukan peserta ujian 2. Menerima lembar catatan yang diberikan peserta ujian dan membacanya 3. Memberi penilaian sesuai rubrik penilaian <u>TUGAS TAMBAHAN:</u> Merapikan kembali peralatan yang telah digunakan untuk persiapan peserta berikutnya
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. <i>Identitas pasien sesuai kasus (pasien wanita, usia 25 tahun)</i> 2. <i>Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh masih keluar darah dari genetaliaanya)</i> 3. <i>Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -1.</i> 4. <i>Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</i> 5. <i>Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</i> 6. <i>Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa segera pulang)</i>

		7. Pasien tampak duduk di atas tempat tidur dan pasien sudah bisa melakukan aktivitas dengan mandiri Manekin yang diperlukan adalah manekin vulva, digunakan untuk perawatan perineum
10.	Setting Station:	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin vulva - 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	1. Kom steril berisi kapas savlon/kapas sublimat 2. Sarung tangan 3. Pinset anatomis 4. Korentang 5. Perlak 6. Bengkok 7. Pispot 8. Baskom berisi air bersih 9. Pembalut 10. Celana dalam
12.	Penulis	Tulislah dengan lengkap a. Nur Hidayatin, S. Kep., Ns., M. Kep b. STIKES Banyuwangi
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
--	--	---

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PERAWATAN PERINEUM

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. Kom steril berisi kapas savlon/kapas sublimat b. Sarung tangan c. Pinset anatomis d. Korentang e. Perlak f. Bengkok g. Pispot h. Baskom berisi air bersih i. Pembalut j. Celana dalam				
	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. Slap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman (litotomi), siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien				
	12. hand hygiene				
	13. lepas celana dalam				
	14. cuci tangan				
	15. kenakan sarung tangan				
	16. pasang perlak dan pispot				
	17. Lakukan tindakan hygiene vulva dengan tangan kiri membuka vulva memakai kapas sublimat dan tangan kanan menyiram vulva dengan larutan desinfektan. Membersihkan vulva harus				

	secara searah dari atas kebawah dan tidak boleh dibolak balik.				
	18. Kemudian ambil kapas sublimat dengan pinset lalu usapkan kapas sublimat pada labia mayora kanan, labia mayora kiri dan minora. Satu kapas digunakan untuk satu labia. Sekali usap dan buang kebengkok.				
	19. Pasang pembalut dan celana dalam				
	20. Rapikan alat				
	21. Kembalikan pasien pada posisi semula				
	22. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan				
D	Tahap terminasi				
	23. simpulkan kegiatan				
	24. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	25. reinforcement positif				
	26. kontrak waktu selanjutnya				
	27. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap DOKumentasi				
	28. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	29. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

**FORM PENILAIAN
PERAWATAN PERINEUM**

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
PERAWATAN PERINEUM**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : menentukan jenis lochea, penilaian jumlah perdaraha pada klien, menentukan tanda-tanda infeksi.					3	
2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.tindakan yang dimaksud perawatan perineum dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	

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

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PERAWATAN PERINEUM

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian Keperawatan	Tidak melakukan pemeriksaan.	Peserta ujian hanya melakukan 1 dari 3 poin <i>assesment</i> di bawah ini: 1) Memberi salam dan memperkenalkan diri 2) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3) Membantu pasien melepas celana dalam	Peserta ujian melakukan semua poin tapi tidak tepat dari poin di bawah ini: 1) Memberi salam dan memperkenalkan diri 2) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3) Membantu pasien melepas celana dalam 4) Mengatur posisi pasien dorsal recumben sehingga	Peserta ujian melakukan <i>assesment</i> secara sistematis dan semua poin tepat: 1) Memberi salam dan memperkenalkan diri 2) Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 3) Membantu pasien melepas celana dalam 4) Mengatur posisi pasien dorsal recumben sehingga perineum dapat terlihat jelas	3	

			perineum dapat terlihat jelas			
Tindakan Perawatan Perineum	Tidak melakukan tindakan	Peserta ujian hanya melakukan 3-4 dari 31 poin di bawah ini: 1) Cuci tangan 2) Pakai sarung tangan bersih 3) Perawat memakai celemek 4) Pasang perlak di bawah bokong pasien dengan cara menggulung 5) Ganti selimut klien dengan selimut mandi. 6) Atur posisi klien rekumben dorsal dan lepaskan pakaian bawah klien. 7) Bantu buka celana dalam dan buang pembalut yang telah penuh	Peserta ujian melakukan semua poin tapi tidak tepat dari poin di bawah ini: 1) Cuci tangan 2) Pakai sarung tangan bersih 3) Perawat memakai celemek 4) Pasang perlak di bawah bokong pasien dengan cara menggulung 5) Ganti selimut klien dengan selimut mandi. 6) Atur posisi klien rekumben dorsal dan lepaskan pakaian bawah klien. 7) Bantu buka celana dalam dan buang	Peserta ujian melakukan tindakan secara sistematis dan semua poin tepat: 1) Cuci tangan 2) Pakai sarung tangan bersih 3) Perawat memakai celemek 4) Pasang perlak di bawah bokong pasien dengan cara menggulung 5) Ganti selimut klien dengan selimut mandi. 6) Atur posisi klien rekumben dorsal dan lepaskan pakaian bawah klien. 7) Bantu buka celana dalam dan buang pembalut yang telah penuh dengan	5	

		dengan gerakan ke bawah mengarah ke rektum dan letakkan pembalut tersebut ke dalam kantung plastik 8) Dekatkan baskom yang berisi air sabun dan air hangat 9) Usap paha klien dari dalam keluar menggunakan air sabun menggunakan washlap 10) Usap paha klien dari dalam keluar menggunakan air hangat menggunakan washlap 11) Rapikan baskom jika sdh selesai	pembalut yang telah penuh dengan gerakan ke bawah mengarah ke rektum dan letakkan pembalut tersebut ke dalam kantung plastik 8) Dekatkan baskom yang berisi air sabun dan air hangat 9) Usap paha klien dari dalam keluar menggunakan air sabun menggunakan washlap 10) Usap paha klien dari dalam keluar menggunakan air hangat menggunakan washlap	Gerakan ke bawah mengarah ke rektum dan letakkan pembalut tersebut ke dalam kantung plastik. 8) Dekatkan baskom yang berisi air sabun dan air hangat 9) Usap paha klien dari dalam keluar menggunakan air sabun menggunakan washlap 10) Usap paha klien dari dalam keluar menggunakan air hangat menggunakan washlap 11) Rapikan baskom jika sdh selesai 12) Buka sarung tangan bersih		
--	--	---	--	--	--	--

		12) Buka sarung tangan bersih 13) Siapkan kasa steril dari tromol ke bak instrument sejumlah 6 lembar 14) Siapkan kapas sublimat sejumlah 10 butir 15) Tuangkan NaCl 0,9 % ke dalam cucing dan kom tertutup (yang telah diisi kapas sublimat 10 butir) 16) Tuangkan Betadin pada Cucing 17) Tuangkan salep pada kapas lidi 18) Siapkan kasa steril lembab (dibasahi dengan NaCl 0,9 %) 19) Dekatkan bengkok dan kom tertutup yang	11) Rapiakan baskom jika sdh selesai 12) Buka sarung tangan bersih 13) Siapkan kasa steril dari tromol ke bak instrument sejumlah 6 lembar 14) Siapkan kapas sublimat sejumlah 10 butir 15) Tuangkan NaCl 0,9 % ke dalam cucing dan kom tertutup (yang telah diisi kapas sublimat 10 butir) 16) Tuangkan Betadin pada Cucing 17) Tuangkan salep pada kapas lidi 18) Siapkan kasa steril lembab	13) Siapkan kasa steril dari tromol ke bak instrument sejumlah 6 lembar 14) Siapkan kapas sublimat sejumlah 10 butir 15) Tuangkan NaCl 0,9 % ke dalam cucing dan kom tertutup (yang telah diisi kapas sublimat 10 butir) 16) Tuangkan Betadin pada Cucing 17) Tuangkan salep pada kapas lidi 18) Siapkan kasa steril lembab (dibasahi dengan NaCl 0,9 %) 19) Dekatkan bengkok dan kom tertutup yang berisi kapas sublimat		
--	--	--	---	---	--	--

		berisi kapas sublimat 20) Perawat menggunakan handscone steril 21) Siapkan kasa lembab berjumlah 4 lembar 22) Lakukan vulva hygiene dengan menggunakan kapas sublimat dari arah atas ke arah bawah (perineum), Lakukan mulai dari bagian terluar, yaitu labia mayora kanan kemudian kiri, dilanjutkan labia minora kanan dan kiri, dan yang terakhir usap bagian tengah genital. (Lakukan dengan	(dibasahi dengan NaCl 0,9 %) 19) Dekatkan bengkok dan kom tertutup yang berisi kapas sublimat 20) Perawat menggunakan handscone steril 21) Siapkan kasa lembab berjumlah 4 lembar 22) Lakukan vulva hygiene dengan menggunakan kapas sublimat dari arah atas ke arah bawah (perineum), Lakukan mulai dari bagian terluar, yaitu labia mayora kanan	20) Perawat menggunakan handscone steril 21) Siapkan kasa lembab berjumlah 4 lembar 22) Lakukan vulva hygiene dengan menggunakan kapas sublimat dari arah atas ke arah bawah (perineum), Lakukan mulai dari bagian terluar, yaitu labia mayora kanan kemudian kiri, dilanjutkan labia minora kanan dan kiri, dan yang terakhir usap bagian tengah genital. (Lakukan dengan menggunakan pinset anatomis) Lakukan masing-masing dengan 1 kapas dan		
--	--	--	---	---	--	--

		menggunakan pinset anatomis) Lakukan masing-masing dengan 1 kapas dan sekali usap. Ulangi sekali lagi mulai dari labia mayora kembali. 23) Lakukan perawatan luka perineum dengan mengusap luka perineum dengan kasa lembab dengan sekali usap sebanyak 2 kali 24) Usap luka perineum dengan kasa betadin 25) Usap kembali luka perineum menggunakan kasa lembab sebanyak 2 kali	kemudian kiri, dilanjutkan labia minora kanan dan kiri, dan yang terakhir usap bagian tengah genital. (Lakukan dengan menggunakan pinset anatomis) Lakukan masing-masing dengan 1 kapas dan sekali usap. Ulangi sekali lagi mulai dari labia mayora kembali. 23) Lakukan perawatan luka perineum dengan mengusap luka perineum dengan kasa lembab dengan sekali usap sebanyak 2 kali	sekali usap. Ulangi sekali lagi mulai dari labia mayora kembali. 23) Lakukan perawatan luka perineum dengan mengusap luka perineum dengan kasa lembab dengan sekali usap sebanyak 2 kali 24) Usap luka perineum dengan kasa betadin 25) Usap kembali luka perineum menggunakan kasa lembab sebanyak 2 kali 26) keringkan luka perineum dengan kasa kering 27) usap luka perineum dengan salep 28) Rapikan alat 29) Lakukan evaluasi: Evaluasi respon klien setelah Tindakan		
--	--	--	--	---	--	--

		26) keringkan luka perineum dengan kasa kering 27) usap luka perineum dengan salep 28) Rapikan alat 29) Lakukan evaluasi: Evaluasi respon klien setelah Tindakan 30) Lepas sarung tangan dan celemek 31) Cuci tangan	24) Usap luka perineum dengan kasa betadin 25) Usap kembali luka perineum menggunakan kasa lembab sebanyak 2 kali 26) keringkan luka perineum dengan kasa kering 27) usap luka perineum dengan salep 28) Rapikan alat 29) Lakukan evaluasi: Evaluasi respon klien setelah Tindakan 30) Lepas sarung tangan dan celemek 31) Cuci tangan	Lepas sarung tangan dan celemek 31) Cuci tangan		
Evaluasi Tindakan	Tidak melakukan evaluasi	Peserta ujian hanya melakukan 1 dari 2 poin di bawah ini:	Peserta ujian melakukan semua poin tapi tidak tepat dari poin di bawah ini:	Peserta ujian melakukan evaluasi secara sistematis dan semua poin tepat:	2	

		1) Mengobservasi ada/tidaknya tanda-tanda infeksi pada luka pasien, apabila terdapat tanda-tanda infeksi kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan terapi medis sebagai tindakan selanjutnya. 2) Mengobservasi respon pasien selama dilakukan perawatan perineum	1) Mengobservasi ada/tidaknya tanda-tanda infeksi pada luka pasien, apabila terdapat tanda-tanda infeksi kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan terapi medis sebagai tindakan selanjutnya.	1) Mengobservasi ada/tidaknya tanda-tanda infeksi pada luka pasien, apabila terdapat tanda-tanda infeksi kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan terapi medis sebagai tindakan selanjutnya. 2) Mengobservasi respon pasien selama dilakukan perawatan perineum		
--	--	---	---	---	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =
30

Jakarta,

.....

Penguji :

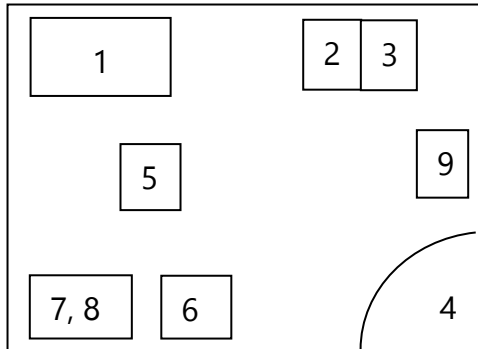
BLUE PRINT SOAL

Station	Kategori Kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
10	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ruang Persalinan	2, 3, 5	Penentuan Diagnosis Tindakan pada Kala III	Perempuan 50 tahun	Ya Dewasa seusia 27 tahun	Ya	1	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kala III persalinan normal
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Peserta ujian dapat melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, keterampilan prosedur tindakan dan menunjukan prilaku profesional
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairandanelektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, umur 27 tahun, melahirkan anak ke 3 dengan usia kehamilan 38 minggu, 1 menit yang lalu baru saja melahirkan anaknya di klinik bidan, pasien sering mengeluh sakit dan mulas. Hasil pemeriksaan TD 115/78 mmHG, nadi 83 x/menit, nafas 18 x/menit. TFU setinggi pusat, uterus globular, tali pusat bertambah panjang di depan vagina dan disertai pengeluaran darah. <u>TUGAS:</u> 1. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas 2. Lanjutkan tindakan sesuai kasus 3. Lakukan pencatatan di lembaran partograf

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan, umur 27 tahun, melahirkan anak ke 3 dengan usia kehamilan 38 minggu, 1 menit yang lalu baru saja melahirkan anaknya di klinik bidan, pasien sering mengeluh sakit daerah perineum dan mulas. Hasil pemeriksaan TD 115/78 mmHG, nadi 83 x/menit, nafas 18 x/menit. TFU setinggi pusat, uterus globular, tali pusat bertambah panjang di depan vagina dan disertai pengeluaran darah <u>TUGAS :</u> 1. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas 2. Lanjutkan tindakan sesuai kasus 3. Lakukan pencatatan di lembaran partograf <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai kemampuan peserta dalam menulis diagnosis keperawatan: Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri melahirkan yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dan mulas 2. Amati dan beri skor (0/1/2/3) tugas yang dikerjakan peserta, serta tentukan global rating dan berikan skor (1/2/3/4) pada lembaran nilai terhadap tugas yang dikerjakan sesuai rubrik. 3. Menerima hasil pencatatan partograf 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. 6. Taati peraturan dan laksanakan tugas sebagai penguji OSCE
9.	Instruksi untuk klien standar	1. Identitas pasien : klien seorang perempuan berumur 27 tahun, pekerjaan sebagai guru dengan status menikah dan berpendidikan sarjana. 2. Riwayat penyakit sekarang Pasien mengeluh nyeri pada perineum dan pasien 1 menit yang lalu baru saja melahirkan bayinya. 3. Rawat inap saat ini rawat inap yang ke -3. 4. Riwayat penyakit keluarga

		Tidak ada 5. Riwayat kebiasaan sosial Pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit 6. Harapan terhadap penyakit Tidak ada 7. KS tiduran di bed, Posisi pasien dalam posisi persalinan atau dorsal recumbent, raut wajah pasien tegang dan meringis Manekin yang diperlukan adalah manekin Perempuan Dewasa digunakan untuk proses persalinan normal pada kala III.
10.	<i>Setting Station.</i>	Ruangan Persalinan - Tempat tidur bersalin - Klien standart - Manekin Dewasa - laboran Tata Letak Ruang: 1. Tempat tidur bersalin dan manekin dewasa serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah Medis 8. Tempat sampah non medis 9. Kursi laboran  The diagram shows a rectangular room layout with numbered boxes: 1 (top left), 2 and 3 (top right), 5 (center), 9 (middle right), 7, 8 (bottom left), 6 (bottom center), and 4 (bottom right corner, partially cut off by a curved line representing a door or corner).
11	Peralatan yang dibutuhkan	Peralatan: 1. Bak Instrumen berisikan sarung tangan steril: 1 2. Spuit 3 cc yang berisikan oksitosin di bak instrumen: 1 3. APD (Apron): 1 4. Underpad: 1 5. Handuk: 1

		6. Tempat plasenta / kom: 1 7. Tempat sampah medis: 1 8. Tempat sampah non medis: 1 9. Bengkok: 1 10. Partograf: sesuai kebutuhan 11. Spigmomanometer 12. Stetoskop 13. Jam <i>Ada Laboran:</i> Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta <i>masuk ruang ujian</i> .
12.	Penulis	a. Leni Tri Wahyuni, S. Kep, M. Biomed b. STIKES Ranah Minang Padang
13.	Referensi	SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI. SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI Modul APN, JNPK-KR 2017 Ricci,S.S & Kyle, T (2009). <i>Maternity and Pediatric Nursing</i> . Philadelphia : Lippincott

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KALA III PERSALINAN NORMAL**

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. Bak Instrumen berisikan Sarung tangan steril : 1 b. Sduit 3 cc yang berisikan oksitosin di bak instrumen : 1 c. APD (Apron) : 1 d. Underpad : 1 e. Handuk : 1 f. Tempat plasenta / kom : 1 g. Tempat sampah medis : 1 h. Tempat sampah non medis : 1 i. Bengkok : 1 j. Partograf : sesuai kebutuhan k. Spigmomanometer l. Stetoskop m. Jam				
	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 Pada Kala III Persalinan Normal				
	11. Pasang sarung tangan steril				
	12. Monitor keadaan umum ibu				
	13. Monitor tanda-tanda vital ibu				
	14. Monitor Volume air ketuban				
	15. Monitor pendarahan pervaginam				
	16. Fasilitas kebutuhan fisiologi ibu seperti makan, minum, istirahat, BAK, BAB				
	17. Fasilitas kebutuhan rasa aman seperti: posisi dan pendamping				
	18. Ajarkan ibu teknik relaksasi				
	19. Periksa kelengkapan plasenta: ukuran dan bentuk plasenta				
	20. Lepaskan sarung tangan				
	21. Cuci tangan dengan 6 langkah				
D	Tahap terminasi				
	22. Simpulkan kegiatan				
	23. Evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	24. Reinforcement positif				
	25. Kontrak waktu selanjutnya				
	26. Akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap dokumentasi				
	27. Hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	28. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
KALA III PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
KALA III PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Diagnosis keperawatan Menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik pasien. Peserta menuliskan diagnosis dengan tepat dan jelas sesuai dengan skenario.					3	

2. Implementasi: Keperawatan Menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam Asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah melakukan persalinan pada kala III dengan tepat dan sistematis yaitu : dengan melihat tanda- tanda pelepasan plasenta yaitu kontraksi baik, uterus membulat tali pusat menjulur dan ada pengeluaran darah darah, memberikan suntikan oksitosin yang sudah disediakan di bak instrumen, saat uterus berkontraksi maka tangan kanan(tangan yang dominan) memegang tali pusat, sementara tangan kiri memegang fundus kearah dorsal cranial sambil melakukan masase fundus uteri					5	
3. Perilaku Profesional Menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesional dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal etik dengan meminta persetujuan klien dalam melaksanakan tindakan, serta melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN KALA III PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Diagnosis keperawatan	Peserta tidak merumuskan diagnosis keperawatan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: gangguan rasa nyaman, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri malahirkan, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: gangguan rasa nyaman berhubungan dengan nyeri malahirkan, ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada daerah perium, TD 115/78 mmHG, nadi 83 x/menit, nafas 18 x/menit. TFU setinggi pusat, uterus globular, tali pusat bertambah panjang di depan vagina dan disertai pengeluaran darah	3	
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan dengan kriteria teknik yang	Peserta melakukan 2 dari 4 prosedur tindakan dengan benar:	Peserta melakukan 2 dari 4 prosedur tindakan dengan benar:	Peserta melakukan 2 dari 4 prosedur tindakan dengan benar dan lengkap:	5	

	tidak benar atau tidak lengkap	1. Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu kontraksi baik, uterus membulat tali pusat menjulur dan ada pengeluaran darah darah 2. Memberikan suntikan oksitosin yang sudah disediakan di bak instrumen 3. Saat uerus berkontraksi maka tangan kanan (tangan yang dominan) memegang tali pusat, sementara tangan kiri memegang fundus kearah dorsal cranial 4. Melakukan masase fundus uteri	1. Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu kontraksi baik, uterus membulat tali pusat menjulur dan ada pengeluaran darah darah 2. Memberikan suntikan oksitosin yang sudah disediakan di bak instrumen 3. Saat uerus berkontraksi maka tangan kanan (tangan yang dominan) memegang tali pusat, sementara tangan kiri memegang fundus kearah dorsal cranial 4. Melakukan masase fundus uteri Keterangan:	1. Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu kontraksi baik, uterus membulat tali pusat menjulur dan ada pengeluaran darah darah 2. Memberikan suntikan oksitosin yang sudah disediakan di bak instrumen 3. Saat uerus berkontraksi maka tangan kanan (tangan yang dominan) memegang tali pusat, sementara tangan kiri memegang fundus kearah dorsal cranial 4. Melakukan masase fundus uteri		
--	--------------------------------	--	--	--	--	--

		Keterangan: Jika Peserta melakukan semua langkah tetapi <u>sebagian besar</u> di lakukan <u>kurang lengkap</u>	Jika Peserta melakukan semua langkah tetapi <u>sebagian kecil</u> di lakukan <u>kurang lengkap</u>			
Perilaku profesional	Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini : 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =
30

Jakarta,

Penguji :

BLUE PRINT

Station	Kategori Kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel Keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
10	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 3, 6	Pengkajian/ Pemeriksaan payudara, Diagnosis	Perempuan, usia 55 tahun	Ya, manikin payudara	Ya	1	

TEMPLATE SOAL OSCE KEPERAWATAN

1.	Nomor station	 (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan seksual dan reproduksi pada pasien dengan <i>kanker payudara</i> di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian dan penegakan diagnosis keperawatan
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan umur 55 tahun, baru datang dari IGD dan saat ini masuk ruang nifas. Hasil pengkajian: Pasien mengatakan bahwa payudara sebelah kanan terasa nyeri, tidak bisa tidur semalam, skala 7, meringis kesakitan akibat benjolan pada payudara sejak satu tahun yang lalu. Pasien sudah berobat, namun sebulan terakhir ini nyeri kambuh dan lebih hebat dari sebelumnya. Hasil pemeriksaan fisik: Suhu 37,5°C, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 124x/menit, frekuensi napas 24 x/menit, payudara terlihat berubah bentuk, teraba keras, wajah dan dahi berkeringat, dan terasa nyeri saat dilakukan palpasi, dan terlihat klien memegang area sekitar payudara sebelah kanan. <u>TUGAS :</u> 1. Lakukan pemeriksaan/pengkajian payudara! 2. Rumuskan diagnosis keperawatan pada klien!

8.	Instruksi untuk penguji	<u>SKENARIO KLINIK:</u> <u>TUGAS:</u> 1. Lakukan pengkajian/pemeriksaan payudara berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus <u>INSTRUKSI PENGUJI:</u> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian payudara pada manekin. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (neoplasma), d.d tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, melindungi area nyeri, berkeringat 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pengkajian payudara 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<i>Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</i> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, usia 55 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (Pasien mengatakan bahwa payudara sebelah kanan terasa nyeri, tidak bisa tidur semalam, skala 7, meringis kesakitan akibat benjolan pada payudara sejak satu tahun yang lalu. Pasien sudah berobat, namun sebulan terakhir ini nyeri kambuh dan lebih hebat dari sebelumnya. Hasil pemeriksaan fisik: Suhu 37,5°C, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 124x/menit, frekuensi napas 24 x/menit, payudara terlihat berubah bentuk, teraba keras, wajah dan dahi berkeringat, dan terasa nyeri saat dilakukan palpasi, dan terlihat klien memegang area sekitar payudara sebelah kanan) 3. KS tiduran di bed, posisi berbaring terlentang, meringus kesakitan, sambil memegang area sekitar payudara sebelah kanan. Ketika ditanya oleh peserta ujian, maka jawablah sesuai dengan skenario yang ada di kasus.

		<i>Manekin yang diperlukan adalah manekin payudara, manekin memakai baju dan pakaian dalam (bra).</i>
10.	<i>Setting Station.</i>	Ruangan Rawat Inap - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin payudara - laboran <i>tata letak ruang:</i> 1. Tempat tidur dan manekin payudara serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolly t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran
11	Peralatan yang dibutuhkan	<i>Peralatan:</i> 1. Bantal kecil 2. Handuk 3. Satung tangan, 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 merapikan manekin kembali dalam posisi berdiri, menggunakan baju dan pakian dalam (bra)</i>
12.	Penulis	<i>Tulislah dengan lengkap</i> a. Ns. Kartika Wijayantii, M.Kep b. FIKES Universitas Muhammadiyah Magelang
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
--	--	--

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMERIKSAAN PAYUDARA**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap dan/atau nomor RM)				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. Bantal kecil b. Handuk c. Sarung tangan, jika perlu				
	3. Mencuci tangan (lakukan kebersihan tangan 6 langkah)				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur				
	6. Jaga privasi ibu				
	7. Atur posisi yang nyaman untuk pemeriksaan payudara				
	8. Pakai sarung tangan bersih, jika perlu				
C	Tahap Kerja				
	9. Identifikasi faktor risiko kanker payudara (meliputi usia saat hamil pertama, usia menarche, usia menopause, Riwayat keluarga), Riwayat penyakit pada payudara, status paritas dan Riwayat menyusui)				
	10. Identifikasi adanya keluhan nyeri, rasa tidak nyaman, pengeluaran, perubahan bentuk payudara dan puting				
	11. Minta pasien membuka pakaian bagian atas				
	12. Inspeksi payudara (bentuk, ukuran, tekstur, warna kulit seperti kemerahan, retraksi kulit payudara)				
	13. Periksa adanya bekas mastektomi, lesi, jaringan partu, kemerahan, eritema				
	14. Tempatkan gulungan handuk atau bantal kecil dibawah Pundak dan letakkan tangan dibawah kepala				
	15. Palpasi dengan menekan bagian puting menggunakan jempol dan jari telunjuk				
	16. Periksa adanya pengeluaran cairan, posisi puting Kembali ke bentuk semula				

	17. Palpasi payudara menggunakan tiga jari dominan pemeriksa (telunjuk, jari Tengah, jari manis) berhalan secara vertikal				
	18. Lakukan pemeriksaan dengan Gerakan memutar dan menekan jaringan payudara melawan dinding dada, serta area ketiak				
	19. Periksa empat kuadran payudara sampai ke pangkal payudara dan ulangi pada payudara yang lainnya				
	20. Catat adanya massa (meliputi ukuran, lokasi, konsistensi dan pergerakan nodus)				
	21. Catat kesimawrisan payudara (meliputi perbedaan bentuk, ukuran, puting, kerutan atau lekukan pada kulit)				
	22. Ajarkan melakukan pemeriksaan payudara sendiri				
	23. Anjurkan melakukan pemeriksaan mamografi secara rutin sesuai dengan usia, faktor risiko, dan kondisi pasien				
	24. Informasikan hasil pemeriksaan				
	25. Rapiakan pasien dan alat-alat yang digunakan				
	26. Lepaskan sarung tangan				
	27. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
D	Tahap terminasi				
	28. Menyampaikan hasil pemeriksaan				
	29. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan payudara				
	30. Menyampaikan Rencana Tindak Lanjut (RTL) sesuai hasil pemeriksaan				
	31. Akhiri tindakan dengan baik				
	32.				
E	Tahap Dokumentasi				
	33. hari_tanggal_jam, kegiatan, hasil pemeriksaan payudara) serta respon lain pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	34. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
SEKSUAL 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					5	
2. Diagnosis keperawatan					2	
3. Perilaku Profesional					3	

RUBRIK PENILAIAN
SEKSUAL REPRODUKSI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pemeriksaan payudara: 1) identifikasi faktor risiko kanker payudara, identifikasi adanya keluhan nyeri, 2) inspeksi payudara (bentuk, ukuran, tekstur, warna, retraksi kulit), 3) periksa lesi, jaringan parut, palpasi (cairan, posisi putting kembali ke tempat semula), 4) palpasi dengan 3 jari dominan pemeriksa					5	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta					3	

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

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN SEKSUAL REPRODUKSI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Score (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan pemeriksaan payudara	Peserta melakukan pemeriksaan payudara, namun hanya menyampaikan kurang dari atau sama dengan 3 dari 4 poin pemeriksaan payudara	Peserta melakukan pemeriksaan payudara dengan lengkap (4 poin pemeriksaan), namun tidak menyampaikan secara lengkap masing-masing poin detail pemeriksaan	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa melakukan pemeriksaan lochea dengan lengkap (4 karakteristik lochea), menyampaikan informasi hasil pemeriksaan lochea, menjaga privasi pasien, memastikan kenyamanan pasien.	5	
Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam senario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: nyeri akut tanpa menyampaikan penyebabnya	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis, namun tidak mneyertakan data pendukungnya	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: nyeri akut b.d agen pencedre fisiolgis (neoplasma) d.d tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur,	3	

				melindungi area nyeri, berkeringat		
Perilaku profesional	Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan poin-poin berikut ini: 1. Melakukan komunikasi 2 arah secara interaktif 2. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 3. Menggunakan bahasa yang dipahami oleh pasien 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Peserta meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 poin berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap: 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2	

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :

SINOPSIS

Buku Latihan Soal, Rubrik, dan Blueprint OSCE Profesi Ners 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 Latihan Soal, Rubrik, dan Blueprint OSCE Profesi Ners 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 Latihan Soal, Rubrik, dan Blueprint OSCE Profesi Ners 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 Latihan Soal, Rubrik, dan Blueprint OSCE Profesi Ners 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 978-623-8549-63-4



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