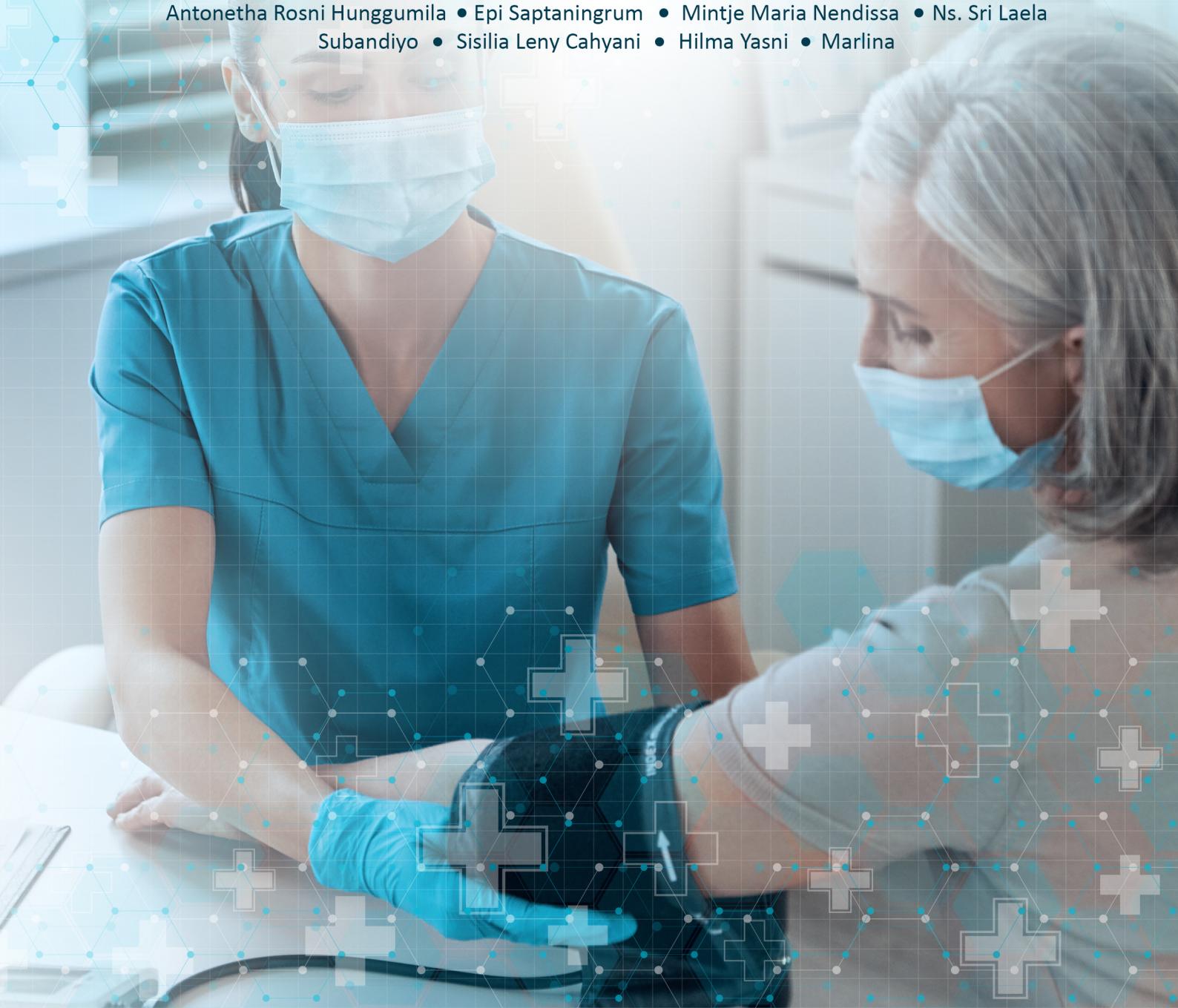


LATIHAN SOAL, RUBRIK, DAN BLUEPRINT OSCE DIII KEPERAWATAN

Atik Badi'ah • Siti Aminah • Heru Purnomo • Julimar
Ika Purwanto • Ida Zuhroidah • Kusmini Suprihatin • Nurhayati
Antonetha Rosni Hunggumila • Epi Saptaningrum • Mintje Maria Nendissa • Ns. Sri Laela
Subandiyo • Sisilia Leny Cahyani • Hilma Yasni • Marlina



LATIHAN SOAL, RUBRIK, DAN BLUEPRINT OSCE

DIII KEPERAWATAN

Penulis:

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes.

Ns. Siti Aminah, M.Kep.

Heru Purnomo, S.Kep., Ns., M.Kes.

Ns. Julimar, M.Kep.

Ns. Ika Purwanto, S.Kep., M.Kep.

Ns. Ida Zuhroidah, S.Kep., M.Kes.

Kusmini Suprihatin, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An.

Nurhayati, S.Kep., M.Kes.

Antonetha Rosni Hunggumila, SST., M.Kes.

Epi Saptaningrum, S.Kep., Ners., M.Kes.

Mintje Maria Nendissa, S.Pd., S.Kep., M.Kes.

Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J.

Subandiyo, S.Pd., S.Kep., Ns., M.Kes.

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc.

Hilma Yasni, SST., M.Kes.

Marlina, SST., S.Kep., Ners., M.Kes.



LATIHAN SOAL, RUBRIK, DAN BLUEPRINT OSCE DIII KEPERAWATAN

Penulis: Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes.
Ns. Siti Aminah, M.Kep.
Heru Purnomo, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Julimar, M.Kep.
Ns. Ika Purwanto, S.Kep., M.Kep.
Ns. Ida Zuhroidah, S.Kep., M.Kes.
Kusmini Suprihatin, M.Kep., Ns., Sp.Kep.An.
Nurhayati, S.Kep., M.Kes.
Antonetha Rosni Hunggumila, SST., M.Kes.
Epi Saptaningrum, S.Kep., Ners., M.Kes.
Mintje Maria Nendissa, S.Pd., S.Kep., M.Kes.
Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J.
Subandiyo, S.Pd., S.Kep., Ns., M.Kes.
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc.
Hilma Yasni, SST., M.Kes.
Marlina, SST., S.Kep., Ners., M.Kes.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8549-99-3

Cetakan Pertama: Juli, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

**PT NUANSA FAJAR CEMERLANG
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
JI. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)**

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunianya sehingga Buku Latihan Soal, Rubrik, Dan Blueprint Osce DIII Keperawatan dapat terselesaikan dan terkompilasi dengan baik. Buku ini hadir untuk memberikan gambaran tidak hanya kepada mahasiswa yang sedang menghadapi Ujian OSCE, namun kepada dosen dan penguji untuk memberikan penjelasan dan pemahaman kepada mahasiswa mengenai pelaksanaan ujian OSCE.

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

Juli 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
OKSIGENASI	1
SIRKULASI.....	71
CAIRAN DAN ELEKTROLIT	87
NUTRISI.....	103
AMAN DAN NYAMAN	129
PSIKOSOSIAL.....	157
AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT	169
SEKSUAL DAN REPRODUKSI	183

OKSIGENASI

BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Oksigenasi	Anak	Anak	Ranap	3,4,5,6	Diagnosis Implementasi, perencanaan, Implementasi memberikan nebulizer/Inhalasi Perilaku profesional	Ibu anak Perempuan, 40 tahun	Ya, seusia 7 tahun	ya	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan oksigenasi pada anak di unit rawat inap Anak
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan melakukan nebulizer / memberikan obat melalui inhalasi pada anak
5.	Kompetensi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>SKENARIO KLINIK: Seorang anak perempuan, usia 7 tahun dengan diagnosis medis Asma Bronchiale, dirawat di ruang anak dengan keluhan sesak napas, dahak sulit keluar, seperti tercekik. Hasil pemeriksaan fisik batuk tidak efektif, terdengar wheezing, NAPAS:40 x/menit, mendapat terapi nebulizer dengan Pulmicort 3 x 1 ml, Combivent 3 x 1.5 ml inhalasi.</p> <p>TUGAS PESERTA :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tegakan diagnosis keperawatan dan tuliskan pada dokumen yang diSiapkan 2. Lakukan tindakan nebulizer / inhalasi terapi 3. Lakukan evaluasi respon pasien setelah pemberian nebulizer / inhalasi terapi
8.	Instruksi untuk penguji	<p>SKENARIO KLINIK: Seorang anak perempuan, usia 7 tahun dengan diagnosis medis Asma Bronchiale, dirawat di ruang anak dengan keluhan sesak napas , dahak sulit keluar, seperti tercekik. Hasil pemeriksaan fisik batuk tidak efektif, terdengar wheezing, NAPAS:40 x/menit, mendapat terapi nebulizer dengan Pulmicort 3 x 1 ml, Combivent 3 x 1.5 ml inhalasi.</p>

		<p>TUGAS PESERTA :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tegakan diagnosis keperawatan dan tuliskan pada dokumen yang diSiapkan 2. Lakukan tindakan nebulizer / inhalasi terapi 3. Lakukan evaluasi respon pasien setelah pemberian nebulizer / inhalasi terapi <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik. 2. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi berupa pertanyaan, maupun respon non verbal/gerakan kepada peserta selain yang ditentukan. 3. Penguji menilai kemampuan peserta uji dalam melakukan Tindakan pemberian inhalasi terapi/nebulizer secara benar dan sistematis. 4. Penguji menilai diagnosis keperawatan yang di tegakan oleh Peserta Bershan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, dengan tanda batuk tidak efektif, wheezing, NAPAS: 42x/menit, sesak napas 5. Penguji menilai keterampilan peserta uji dalam melakukan pemberian inhalasi terapi/nebulizer 6. Penguji menilai kemampuan peserta uji dalam mengevaluasi inhalasi terapi /nebulizer, meliputi : dahak keluar spontan, suara vesikuler. NAPAS : 30/menit, pasien merasa nyaman
9.	Instruksi untuk klien standar	Manekin untuk pemasangan nebulizer
10.	Setting station	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poliklinik 2. Unit Gawat Darurat 3. Ruangan Rawat Inap 4. Ruang Keluarga 5. Komunitas

11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Set Manikin Anak 1 set Tempat tidur yang ada pengaturan 1 buah Meja penguji 1 buah Nebulizer unit atau oksigen dan flowmeter 1 buah Slang konektor 1 buah Obat Pulmicort 2 ml, Combivent 2.5 1 dosis Cairan fisiologis (NaCl 0,9%, aquadest) 1 dosis</p>	
12.	Penulis	<p>Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Jurusan Keperawatan</p>	
13.	Referensi	<p>PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p>	

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMBERIAN NEBULIZER**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Nebulizer set oksigen dan flowmeter 1 buah b. Slang konektor 1 buah c. Obat inhalasi (Obat Pulmicort 2 ml, Combivent 2,5 ml 1 dosis) d. Cairan fisiologis (NaCl 0,9%, aquadest) 1 dosis e. Bengkok 				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d. 22 : sistematis)				
	11. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman setengah duduk atau duduk, Siap perawat atur kenyamanan tindakan, Siap alat memastikan alat Siap semuanya dekat pasien				
	12. Hand hygiene				
	13. Modalitas tepat yang digunakan : nebulizer				
	14. Pastikan jalan napas atas paten				
	15. Menuangkan obat dan atau cairan fisiologis ke tempat obat pada nebulizer				
	16. Menghidupkan nebulizer dan mengatur aliran				
	17. Memasang masker pada hidung pasien				
	18. Menganjurkan klien untuk bernapas dalam melalui mulut dan mengekspirasikan secara pelan - pelan sampai obat atau cairan habis				
	19. Menganjurkan klien untuk bernapas dalam hingga obat atau cairan habis dilakukan secara mantap				
	20. Menganjurkan klien melakukan batuk efektif pada akhir				
	21. Membantu klien ke posisi semula dan nyaman				

	22. Monitor setelah pemberian nebulizer (subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene			
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 nebulizer(inhalasi terapi) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan klien jika ada			
F	Penampilan Profesional			
	29. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif			

FORM PENILAIAN
KEBUTUHAN OKSIGENASI PADA KLIEN ANAK DI RUANG PERAWATAN ANAK

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
KEBUTUHAN OKSIGENASI PADA KLIEN ANAK DI RUANG PERAWATAN ANAK

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah klinik klien. Tuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan oleh peserta ujian. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.						

2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tuliskan 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.					
3. Evaluasi Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan kepada klien. Tuliskan dengan jelas tindakan evaluasi yang harus dilakukan kepada klien dan keluarga terkait tindakan yang telah dilakukan. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					

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 OKSIGENASI PADA KLIEN ANAK DI RUANG PERAWATAN ANAK

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S x B)
	0	1	2	3		
1. Diagnosis Keperawatan	Peserta tidak dapat menyampaikan masalah keperawatan	Peserta hanya dapat menyebutkan masalah keperawatan saja atau data pendukung saja: <i>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, dengan tanda batuk tidak efektif, wheezing, NAPAS: 42x/menit, sesak napas</i>	Peserta menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat namun data pendukung kurang : <i>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, dengan tanda batuk tidak efektif, wheezing, NAPAS: 42x/menit, sesak napas</i>	Peserta menyebutkan masalah keperawatan yang disertai dengan data pendukung dengan tepat : <i>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, dengan tanda batuk tidak efektif, wheezing, NAPAS: 42x/menit, sesak napas</i>	2	
2. Implementasi: NEBULIZER	Peserta ujian tidak melakukan NEBULIZER/ pemberian obat inhalasi	Peserta melakukan langkah tindakan 1- 4 point berikut : 1. Mencuci tangan 2. Mengatur Posisi setengah duduk atau duduk.	Peserta melakukan langkah tindakan 1- 8 point berikut 1. Mencuci tangan 2. Mengatur Posisi setengah duduk atau duduk.	Peserta melakukan langkah tindakan secara lengkap : 1. Mencuci tangan 2. Mengatur Posisi setengah duduk atau duduk .	4	

		<p>3. Mensemprot nebulizer unit</p> <p>4. Memenuhi obat dan atau cairan fisiologis ke tempat obat pada nebulizer</p> <p>5. Menghidupkan nebulizer dan mengatur aliran secara tepat dan hati-hati.</p> <p>6. Memasang masker pada hidung pasien</p> <p>7. Mengajak klien untuk bernapas dalam melalui mulut dan mengekspirasi secara pelan-pelan sampai obat atau cairan habis</p> <p>8. Mengajak pasien untuk bernapas dalam hingga obat atau cairan habis</p>	<p>3. Mensemprot nebulizer unit</p> <p>4. Memenuhi obat dan atau cairan fisiologis ke tempat obat pada nebulizer</p> <p>5. Menghidupkan nebulizer dan mengatur aliran secara tepat dan hati-hati.</p> <p>6. Memasang masker pada hidung pasien</p> <p>7. Mengajak klien untuk bernapas dalam melalui mulut dan mengekspirasi secara pelan-pelan sampai obat atau cairan habis</p> <p>8. Mengajak pasien untuk bernapas dalam hingga obat atau cairan habis dilakukan secara mantap</p>	<p>3. Mensemprot nebulizer unit</p> <p>4. Memenuhi obat dan atau cairan fisiologis ke tempat obat pada nebulizer</p> <p>5. Menghidupkan nebulizer dan mengatur aliran secara tepat dan hati-hati.</p> <p>6. Memasang masker pada hidung pasien</p> <p>7. Mengajak klien untuk bernapas dalam melalui mulut dan mengekspirasi secara pelan-pelan sampai obat atau cairan habis</p> <p>8. Mengajak pasien untuk bernapas dalam hingga obat atau cairan habis dilakukan secara mantap</p>	
--	--	--	--	--	--

		<p>9. Menganjurkan klien melakukan batuk efektif pada akhir tindakan.</p> <p>10. Membantu klien ke posisi semula dan nyaman</p> <p>11. Merapikan alat seperti semula pada tempatnya</p> <p>12. Mengevaluasi respon pasien setelah melakukan tindakan</p>	<p>9. Menganjurkan klien melakukan batuk efektif pada akhir tindakan.</p> <p>10. Membantu klien ke posisi semula dan nyaman</p> <p>11. Merapikan alat seperti semula pada tempatnya</p> <p>12. Mengevaluasi respon pasien setelah melakukan Tindakan</p>	<p>9. Menganjurkan klien melakukan batuk efektif pada akhir.</p> <p>10. Membantu klien ke posisi semula dan nyaman</p> <p>11. Merapikan alat seperti semula pada tempatnya</p> <p>12. Mengevaluasi respon pasien setelah melakukan Tindakan</p>		
3. Evaluasi Tindakan NEBULIZER	Peserta tidak melakukan implementasi	<p>Peserta melakukan hanya 2 point yang benar</p> <p>1. dahak keluar spontan, 2. suara vesikuler. 3. NAPAS : 30/menit, 4. pasien merasa nyaman</p>	<p>Peserta melakukan hanya 3 poin</p> <p>1. dahak keluar spontan, 2. suara vesikuler. 3. NAPAS : 30/menit, 4. pasien merasa nyaman</p>	<p>Peserta melakukan semua poin dibawah ini dengan tepat dan sistematis :</p> <p>1. dahak keluar spontan, 2. suara vesikuler. 3. NAPAS : 30/menit, 4. pasien merasa nyaman</p>	2	
4. Perilaku profesional	Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali	<p>Meminta izin secara lisan dan 1-2 poin berikut :</p> <p>1. Melakukan setiap tindakan dengan</p>	<p>Meminta izin secara lisan dan 1-3 poin berikut:</p> <p>1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti</p>	<p>Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap:</p> <p>1. Melakukan setiap tindakan dengan</p>	2	

	<p>tidak melakukan poin berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Menunjukan sikap empati, menghargai, 4. Menjaga privasi klien 	<p>berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan sikap empati, menghargai 5. Menjaga privasi klien 	<p>sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan sikap empati, menghargai 5. Menjaga privasi klien 	
--	--	---	---	--

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :.....

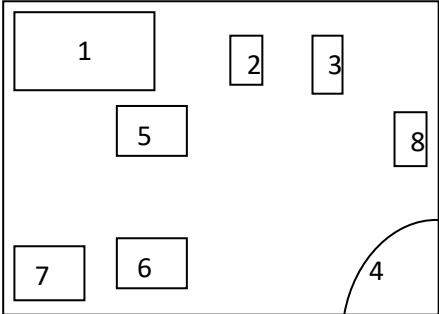
BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes 10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Oksigenasi	Dewasa	KMB	Ranap	2, 4, 5, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Latihan batuk efektif.	Laki-laki, 35 tahun	Ya, usia dewasa	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, memberikan latihan batuk efektif.
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	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang Laki-laki umur 35 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan batuk berdahak disertai nafsu makan berkurang dan lemas. Pasien tampak susah mengeluarkan dahaknya. Pada saat dilakukan pemeriksaan, frekuensi napas 25 x/ menit, wajah tampak pucat, terdengar suara ronchi pada lapang paru kiri atas</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan auskultasi suara napas berdasarkan scenario tersebut pada manekin Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawaban berdasarkan scenario kasus dan hasil validasi pengkajian fokus Lakukan latihan batuk efektif pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang Laki- laki umur 35 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan batuk berdahak disertai nafsu makan berkurang dan lemas. Pasien tampak susah mengeluarkan dahaknya. Pada saat dilakukan pemeriksaan, frekuensi napas</p>

		<p>25 x/ menit, wajah tampak pucat, terdengar suara ronchi pada lapang paru kiri atas</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan auskultasi suara napas berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario kasus dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan latihan batuk efektif pada manekin <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai kemampuan peserta dalam melakukan auskultasi. Bila peserta sudah melakukan teknik auskultasi paru, maka sampaikan kepada peserta ada suara tambahan: terdengar suara ronchi basah di lapang paru kiri atas 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan sekret ditandai dengan batuk berdahak dan sulit mengeluarkan dahaknya, terdengar suara ronchi pada lapang paru kiri atas. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam melakukan latihan batuk efektif. 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 35 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh batuk berdahak yang sulit dikeluarkan , masuk rumah sakit karena sesak napas) 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -1. 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit) 6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa masuk kerja lagi) 7. KS tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk dan miring ke salah satu posisi, menunjukkan sesak, napas dangkal, tarikan dinding dada dan batuk batuk. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan

		<p>dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</p> <p>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa, yang bisa dilakukan untuk melatih batuk efektif</p>
10.	Setting Station:	<p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa - laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur dan manekin dewasa serta KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran 
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Jam tangan 3. Sarung Tangan bersih 4. Tisu 5. Bengkok dengan cairan desinfektan 6. Suplai oksigen Jika perlu 7. Pengalas atau <i>underpad</i> <p>Laboran ada</p> <p>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</p>
12.	Penulis	Ns. Siti Aminah, M.Kep
13.	Referensi	<p>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p>

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

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
LATIHAN BATUK EFEKTIF

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Stetoskop b. Sarung Tangan bersih c. Tisu d. Bengkok dengan cairan desinfektan e. Suplai oksigen Jika perlu f. Pengalas atau underpad 				
	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. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, Siap perawat atur kenyamanan tindakan, Siap alat memastikan alat Siap semuanya dekat pasien				
	12. Cuci tangan dengan prosedur 6 langkah				
	13. Pasang sarung tangan bersih, jika perlu				
	14. Identifikasi kemampuan batuk				
	15. Atur posisi semi-fowler dan fowler,				
	16. Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, Menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik				
	17. Anjurkan mengulangi tindakan menarik napas dan hembuskan selama 3 kali				
	18. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke-3				
	19. Monitor setelah latihan batuk efektif (subjektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene				

D	Tahap terminasi			
	20. Beri reinforcement positif			
	21. Rapikan pasien dan alat- alat yang digunakan			
	22. Lepaskan sarung tangan			
	23. Cuci tangan dengan prosedur 6 langkah			
	24. Evaluasi respon klien terhadap tindakan			
E	Tahap Dokumentasi			
	25. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode latihan batuk efektif, serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada			
F	Penampilan Profesional			
	26. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif			

FORM PENILAIAN
LATIHAN BATUK EFEKTIF DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
LATIHAN BATUK EFEKTIF 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 : auskultasi suara napas pada klien. Peserta melakukan auskultasi paru dengan tepat: menjaga privacy klien dan cara menggunakan stethoscope benar, auskultasi di lapang paru mendengarkan pada seluruh lapang paru secara sistematis.					2	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas masalah, etiologi dan data pendukung masalah dengan tepat diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

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

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN
LATIHAN BATUK EFEKTIF KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan auskultasi paru	Peserta melakukan auskultasi paru namun tidak tepat (privacy klien tidak diperhatikan, tidak mencuci tangan, auskultasi paru-paru diatas pakaian klien)	Peserta melakukan auskultasi paru dengan tepat (privacy klien tidak diperhatikan, melakukan cuci tangan, cara menggunakan stetoscope benar, auskultasi langsung atau tidak diatas pakaian klien) pada seluruh lapang paru, namun tidak sistematis.	Peserta melakukan auskultasi paru dengan tepat: menjaga privacy klien dan cara menggunakan stetoscope benar, auskultasi di lapang paru mendengarkan) pada seluruh lapang paru secara sistematis	2	
Diagnosis keperawatan	Peserta tidak menuliskan diagnosis keperawatan utama Atau Hanya menuliskan diagnosis	Peserta hanya menuliskan masalah keperawatan dengan tepat. Atau Peserta menyebutkan masalah keperawatan tepat,	Peserta menuliskan masalah keperawatan dan etiologinya dengan tepat tanpa menyebutkan data pendukung	Peserta menyebutkan masalah, etiologi dan data pendukung masalah dengan tepat	2	

	keperawatan tetapi tidak tepat.	tetapi etiologi tidak tepat	masalah atau menyebutkan tetapi tidak tepat.			
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan latihan batuk efektif	Peserta melakukan pemberian latihan batuk efektif, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemberian latihan batuk efektif namun tidak sistematis	<p>Peserta melakukan pemberian latihan batuk efektif dengan tepat :</p> <p>Lima prinsip latihan batuk efektif diberikan dengan tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siap pasien, Siap perawat, Siap alat : pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. Cuci tangan dengan prosedur 6 langkah 3. Identifikasi kemampuan batuk 4. Sistematis (Atur posisi semi-fowler dan fowler, Anjurkan menarik napas melalui hidung selama 4 detik, Menahan napas selama 2 detik, kemudian menghembuskan napas dari mulut dengan bibir dibulatkan (mencucu) selama 8 detik, Anjurkan 	4	

				<p>mengulangi tindakan menarik napas dan hembuskan selama 3 kali, Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke-3</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode latihan batuk efektif) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada</p>		
Perilaku profesional	<p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 	<p>Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 	2	

	<p>2. klien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati</p> <p>5. Menjaga privasi</p>	<p>2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati</p> <p>5. Menjaga privasi</p>	<p>2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati</p> <p>5. Menjaga privasi</p>	<p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati</p> <p>5. Menjaga privasi</p>		
--	--	---	---	--	--	--

Jumlah total skor

$$\text{Nilai akhir} = \dots \times 100 = \\ 30$$

Jakarta,

.....
Penguji :

BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes 10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Oksigenasi	Dewasa	Keperawatan Gawat Darurat	IGD	2, 3, 4, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan, Pemberian Oksigen Masker Non Rebreathing	Laki-laki, 55 tahun	Ya, Laki-laki Dewasa	ya	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan oksigenasi pada klien dewasa di ruang Instalasi Gawat Darurat
3.	Waktu yang dibutuhkan	12 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemberian Oksigen menggunakan Masker Non Rebreathing.
5.	Kompetensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>SKENARIO KLINIK: Seorang laki-laki umur 55 tahun datang di Unit Gawat Darurat diantar oleh keluarga dengan tidak sadarkan diri. Hasil pengkajian : korban ditemukan tidak sadarkan diri dengan posisi terduduk di lantai ruangan bengkel dengan mesin generator menyala, diduga pasien mengalami keracunan Karbon. Hasil pemeriksaan fisik : keadaan umum tidak sadar, GCS 1-1-1, pernapasan 43 X/mnt, Nadi 128 x/mnt, tekanan darah 50/palpasi mmHg, Kadar COHb 16 %.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi oksigen dengan aliran 10 lpm pada manekin

8.	Instruksi untuk penguji	<p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang laki-laki umur 55 tahun datang di Unit Gawat Darurat diantar oleh keluarga dengan tidak sadarkan diri. Hasil pengkajian : korban ditemukan tidak sadarkan diri dengan posisi terduduk di lantai ruangan bengkel dengan mesin generator menyala, diduga pasien mengalami keracunan Karbon. Hasil pemeriksaan fisik : keadaan umum tidak sadar, GCS 1-1-1, pernapasan 43 X/mnt, Nadi 128 x/mnt, tekanan darah 50/palpasi mmHg, Kadar COHb 16 %.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi oksigen dengan aliran 10 lpm pada manekin <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pengukuran saturasi oksigen pada manekin. Pada saat peserta meletakkan oksimetri pada jari manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa saturasi oksigen 88% 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi - perfusi ditandai dengan pasien tidak sadar, GCS 1-1-1, pernapasan 43 x/mnt, Nadi 128 x/mnt, Tekanan darah 50/palpasi mmHg, Kadar COHb 16 %. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian therapi oksigen Masker Non Rebreathing 10 lpm pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa tanda vital membaik saat peserta melakukan evaluasi pertukaran gas pasien setelah pemberian therapi oksigen 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 55 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (korban ditemukan tidak sadarkan diri dengan posisi terduduk di lantai ruangan bengkel dengan mesin generator menyala, diduga pasien mengalami keracunan Karbon)

		<p>3. Rawat IGD saat ini adalah rawat IGD yang ke -1 dengan kasus keracunan Karbon.</p> <p>4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</p> <p>5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien tidak memiliki gangguan social yang bekerja sehari hari sebagai bengkel sepeda motor, pasien cukup adaptif dengan lingkungan)</p> <p>6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa bekerja kembali)</p> <p>7. KS berperan tampak lemah tidur di bed, dengan posisi tempat tidur bagian kepala lebih tinggi, mata terpejam, menunjukan kondisi sesak napas, pernapasan cepat dan dangkal.</p> <p>8. Manekin yang diperlukan adalah manekin Dewasa, diposisikan berbaring di tempat tidur dengan posisi kepala lebih tinggi, dengan keadaan tidak sadar dan mengalami kesulitan bernapas, digunakan untuk pemberian terapi oksigen serta pengukuran saturasi oksigen.</p>
10.	Setting Station:	<p>Ruangan IGD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin Dewasa - Laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 8. Kursi laboran
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabung oksigen/oksigen sentral : 1 2. Selang & Masker Non Rebreathing : sejumlah peserta 3. Flowmeter oksigen : 1 set 4. Humidifier : 2 set 5. Pulse Oxymetri : 1 6. Cairan steril : 2 flabot aqua steril

		<p>7. Stetoskop : 1 8. Oksimetri : 1 9. Tissue : 1 bok 10. Bengkok : 1 11. Tanda "Oksigen Sedang Digunakan"</p> <p>Laboran ada Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran meng-0 kan kembali flowmeter oksigen, dan menutup akses sumber oksigen.</p>
12.	Penulis	Heru Purnomo, S. Kep., Ns., . M.Kes Poltekkes Kemenkes Semarang
13.	Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 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 5. Heru Purnomo, Dewi Fitriani, et all (2024) <i>Penyakit Sistem Pernapasan Dan Diet</i>. I. Edited by H.J. Siagian. Cilacap: PT Media Pustaka Indo.

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMBERIAN OKSIGEN MASKER NON REBREATHING

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Tabung oksigen/oksigen sentral b. Selang & Masker Non Rebreathing c. Flometer oksigen d. Humidifier e. Cairan steril f. Stetoskop g. Oksimetri h. Tissue i. Bengkok j. Tanda "Oksigen Sedang Digunakan" 				
	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. 23 : prinsip dan sistematis)				
	11. Siap pasien dengan mengatur posisi kepala lebih tinggi dan yang nyaman, Siap perawat atur kenyamanan tindakan, Siap alat memastikan alat Siap semuanya dekat pasien				
	12. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah				
	13. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas, pasang flometer dan humidifier ke sumber oksigen,				
	14. Sambungkan selang masker non rebreathing ke humidifier,				
	15. Atur aliran 10 - 15 lpm / sesuai advice kebutuhan pasien				
	16. Pastikan Oksigen mengalir melalui selang, serta Oksigen mengisi kantung reservoir hingga mengembang,				

	17. Pasang masker non rebreathing menutupi hidung dan mulut, lingkarkan serta eratkan tali karet melingkari kepala,			
	18. Bersihkan kulit area mulut dan hidung serta masker setiap 2-3 jam, jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinu,			
	19. Monitor cuping hidung, 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" di dinding dibelakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar (jika perlu)			
	22. Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan,			
	23. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah			
D	Tahap terminasi			
	24. simpulkan kegiatan			
	25. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)			
	26. reinforcement positif			
	27. kontrak waktu selanjutnya			
	28. akhiri tindakan dengan baik			
E	Tahap Dokumentasi			
	29. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran, serta respon pasien dan kemungkinan efek samping yang terjadi,			
F	Penampilan Profesional			
	30. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif			

FORM PENILAIAN
OKSIGENASI KLIEN DEWASA DI RUANG INSTALASI 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
OKSIGENASI KLIEN DEWASA DI RUANG 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 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 scenario).					1	
2. Diagnosis Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario.					2	

3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah pemberian oksigen Masker Non Rebreathing 10 lpm dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat.					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.					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 INSTALASI GAWAT DARURAT

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian saturasi oksigen	Peserta melakukan penilaian saturasi oksigen, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian saturasi oksigen dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian saturasi oksigen pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa ujung ekstremitas manekin dengan oksimeter dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	

Diagnosis keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selaian yang tertuang dalam scenario kasus di bagian instruksi pengujii 	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Gangguan Pertukaran Gas, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi - perfusi, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi - perfusi ditandai dengan pasien tidak sadar, GCS 1-1-1, pernapasan 43 x/mnt, Nadi 128 x/mnt, Tekanan darah 50/palpasi mmHg, Kadar COHb 16 %.	2	
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pemberian oksigen Masker Non Rebreathing, namun memberikan modalitas oksigen yang lainnya	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen Masker Non Rebreathing, namun hanya memenuhi 1-4 dari 13 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen Masker Non Rebreathing, namun hanya 5-8 dari 13 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemberian terapi oksigen dengan tepat : 13 prinsip pemberian oksigen Masker Non Rebreathing diberikan dengan tepat : <ol style="list-style-type: none"> Siap pasien dengan mengatur posisi kepala lebih tinggi dan yang nyaman, Siap perawat atur kenyamanan tindakan, Siap alat memastikan alat Siap 	5	

				<p>semuanya dekat pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Lakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah 3. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas, pasang flometer dan humidifier ke sumber oksigen, 4. Sambungkan selang masker non rebreathing ke humidifier, 5. Atur aliran 10 - 15 lpm / sesuai advice kebutuhan pasien 6. Pastikan Oksigen mengalir melalui selang, serta Oksigen mengisi kantung reservoir hingga mengembang, 7. Pasang masker non rebreathing menutupi hidung dan mulut, lingkarkan serta 	
--	--	--	--	---	--

				<p>eratkan tali karet melingkari kepala,</p> <p>8. Bersihkan kulit area mulut dan hidung serta masker setiap 2-3 jam, jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinu,</p> <p>9. Monitor cuping hidung, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam,</p> <p>10. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi,</p> <p>11. Pasang tanda "Oksigen Sedang Digunakan" di dinding dibelakang tempat tidur dan di</p>	
--	--	--	--	---	--

				pintu masuk kamar (jika perlu) 12. Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan, 13. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah		
Perilaku profesional	<p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	<p>Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	2	

	<p>4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati</p> <p>5. Menjaga privasi</p>	menghargai, Empati			
--	--	-----------------------	--	--	--

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....
Penguji :.....

BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes 10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Oksigenasi	Dewasa	IGD	IGD	2, 4, 6	Pengkajian, diagnosis perencanaan , Pemberian oksigen nasal kanule.	Perempuan, usia 25 tahun	Ya, manekin dewasa perempuan	ya	1	

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, pemberian oksigen nasal kanule.
5.	Kompetensi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang perempuan umur 25 tahun masuk UGD dengan keluhan sesak napas berat sejak 5 jam yang lalu, sesak semakin berat karena cuaca dingin. Dari hasil wawancara di dapatkan Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat asma. Pada pengkajian awal didapatkan keluhan sesak semakin memburuk meskipun sudah menyemprotkan obat asma, pasien gelisah, keringat dingin, tekanan darah 105/70 mmHg, nadi 110 x/menit, frekuensi napas 32 x/menit, terdapat retraksi dinding dada dan suara napas wheezing</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi oksigen dengan aliran 2 lpm pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang perempuan umur 25 tahun masuk UGD dengan keluhan sesak napas berat sejak 5 jam yang lalu, semakin berat dikarenakan cuaca yang dingin. Dari hasil wawancara di dapatkan Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat asma. Pada pengkajian awal</p>

		<p>didapatkan keluhan sesak semakin memburuk meskipun sudah menyemprotkan obat asma, pasien gelisah, keringat dingin, tekanan darah 105/70 mmHg, nadi 110 x/menit, frekuensi napas 32 x/menit, terdapat retraksi dinding dada dan suara wheezing</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi oksigen dengan aliran 2 lpm pada manekin <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pengukuran saturasi oksigen pada manekin. Pada saat peserta meletakkan oksimetri pada manekin dengan tepat,penguji menyampaikan bahwa saturasi oksigen 95% 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : bersihan jalan napas tidak efektif b.d respon allergi ditandai dengan pasien sesak, sesak semakin berat dikarenakan cuaca dingin, gelisah, Nadi 110 x/menit, frekuensi napas 32 x/menit, terdapat retraksi dinding dada dan suara wheezing 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian therapi oksigen nasal kanule 2 lpm pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa sesak berkurang saat peserta melakukan evaluasi pola napas pasien setelah pemberian therapi oksigen 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, usia 25 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien sesak, sesak semakin berat dikarenakan cuaca dingin, gelisah, Nadi 110 x/menit, frekuensi napas 32 x/menit, terdapat retraksi dinding dada dan suara wheezing) 3. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 4. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) 5. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa masuk sekolah lagi) 6. KS tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk dan miring ke salah satu posisi, menunjukkan sesak, napas dangkal, tarikan dinding dada. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana

		<p>posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</p> <p>Manekin yang diperlukan adalah manekin anak usia sekolah, digunakan untuk pemasangan terapi oksigen serta pengukuran saturasi oksigen.</p>
10.	Setting Station:	<p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa - laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabung oksigen/oksigen sentral : 1 2. Selang kanul nasal : sejumlah peserta 3. Flowmeter oksigen : 1 set 4. Humidifier : 2 set 5. Cairan steril : 2 flabot aqua steril 6. Stetoskop : 1 7. Oksimetri : 1 8. Cotton bud : 1 bok 9. Bengkok : 1 <p>Laboran ada</p> <p>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran meng-O kan kembali flowmeter oksigen, dan menutup akses sumber oksigen.</p>
12.	Penulis	<ol style="list-style-type: none"> a. Ns. Julimar, S.Kep, M.Kep b. Akper Sri Bunga Tanjung Dumai

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

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMBERIAN OKSIGEN NASAL KANULE**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A.	Tahap Pra interaksi				
	1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral) b. Selang masker wajah (simple mask atau face mask) c. Flowmeter oksigen d. Humidifier e. Cairan steril f. Stetoskop 				
	3. Mencuci tangan				
B.	Komunikasi Terapeutik:				
	4. Perkenalkan diri				
	5. Jelaskan pada klien tujuan tindakan yang akan dilakukan				
	6. Jaga privasi klien dan atur lingkungan sekitar klien				
	7. Bantu klien untuk mengatur posisi senyaman mungkin				
C.	Tahap Kerja				
	8. Dekatkan peralatan				
	9. Tuangkan cairan steril ke humidifier ke sumber oksigen				
	10. Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen				
	11. Sambungkan selang nasal kanul ke humidifier				
	12. Atur aliran oksigen 2-4 L/menit sesuai kebutuhan				
	13. Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul				
	14. Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung				
	15. Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya				
	16. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam				
	17. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi				
	18. Pasang tanda "Oksigen sedang digunakan" di dinding belakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu				
	19. Rapikan klien dan bereskan alat-alat yang digunakan				
	20. Lepas sarung tangan				

D.	Tahap Terminasi				
	21. Lakukan cuci tangan				
	22. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan				
E.	Tahap Dokumentasi				
	23. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan				
	24. Catat respon klien				
	25. Sampaikan hasil pemeriksaan pada klien				
	26. Lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya				

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 hitung pernapasan (Peserta mengukur pernapasan dengan menghitung respirasi manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					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	

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	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	- Peserta tidak melakukan penilaian hitung pernapasan	Peserta melakukan penilaian hitung pernapasan, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian hitung pernapasan dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian hitung pernapasan manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta menghitung pernapasan dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	3
Diagnosis keperawatan	• peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selaian yang tertuang dalam scenario kasus di bagian instruksi penguji	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario bersihkan jalan napas tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas napas, namun data pendukung tidak	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas ditandai dengan pasien mengeluh sesak sesak semakin memburuk meskipun sudah menyemprotkan obat asma, pasien gelisah, keringat	2	6

			disampaikan dengan adekuat	dingin, tekanan darah 105/70 mmHg, nadi 110 x/menit, frekuensi napas 32 x/menit, terdapat retraksi dinding dada dan suara napas wheezing		
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	<p>Peserta melakukan pemberian terapi oksigen dengan tepat :</p> <p>Lima prinsip pemberian nasal kanule diberikan dengan tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, Dekatkan peralatan,Tuangkan cairan steril ke humidifier ke sumber oksigen, Pasang 	5	15

				<p>flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen, Sambungkan selang nasal kanul ke humidifier, Atur aliran oksigen 2-4 L/menit sesuai kebutuhan , Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul,Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung , Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya, Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam, irapikan alat, hand hygiene</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen,</p>	
--	--	--	--	---	--

				kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Perilaku profesional	<p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	2	6

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....

Penguji :.....

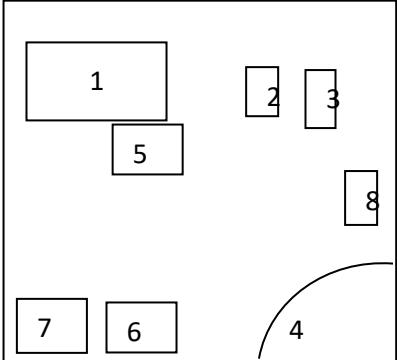
BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Oksigenasi	Dewasa	GADAR	IGD	2, 3, 4, 6	Pengkajian, diagnosis & perencanaan, melakukan pemasangan OPA. Perilaku Professional	Laki-laki 22 tahun	Manekin AB	Ya	4	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	
2.	Judul station	Kebutuhan Oksigenasi pada klien dewasa di IGD
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, menegakan diagnosis dan melakukan pemasangan OPA
5.	Kompetensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan Perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku Professional
6.	Kategori	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang laki-laki umur 22 tahun datang ke IGD karena kecelakaan lalu lintas dengan penurunan kesadaran akibat trauma kepala, hasil pengkajian terdapat darah disekitar mulut, lidah jatuh kebelakang, terdapat <i>multiple trauma</i>.</p> <p><u>TUGAS:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan fisik Primary Survey di Airway dan laporan ke penguji 2. Tuliskan rumusan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario di atas yang disertai data pendukungnya. 3. Lakukan pemasangan OPA pada manekin
8.	Instruksi untuk Penguji	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang laki-laki umur 22 tahun datang ke IGD karena kecelakaan lalu lintas dengan penurunan kesadaran akibat trauma kepala, hasil pengkajian terdapat darah disekitar mulut, lidah jatuh kebelakang, terdapat <i>multiple trauma</i>.</p> <p><u>TUGAS :</u></p>

		<p>1. Lakukan pemeriksaan fisik Primary Survey di Airway pada KS</p> <p>2. Tuliskan rumusan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario di atas yang disertai data pendukungnya</p> <p>3. Lakukan pemasangan OPA pada manekin</p> <p><u>INSTRUKSI PENGUJI:</u></p> <p>1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan hasil pemeriksaan fisik di Airway (Look, listen and Feel: terdapat darah di sekitar mulut dan terdengar suara Snoring) pada KS. Pada saat peserta melakukan Pemasangan OPA pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa snoring tidak terdengar lagi.</p> <p>2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan: (Bersihkan jalan napas tidak efektif Berhubungan dengan disfungsi neuromuscular dibuktikan dengan tanda dan gejala yang muncul)</p> <p>3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam melakukan pemasangan OPA pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa jalan napas sudah paten saat peserta melakukan evaluasi bersihkan jalan napas setelah melakukan pemasangan OPA</p> <p>4. Monitor perilaku professional peserta</p> <p>5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.</p>
9.	Instruksi untuk klien standar/ manekin	<p>Nama : Tn. D Usia : 22 Tahun Jenis kelamin : Laki-laki Pekerjaan : Karyawan Swasta Status : Belum menikah Pendidikan terakhir : SMA</p> <p>Riwayat penyakit sekarang: Seorang laki-laki umur 22 tahun datang ke IGD dengan penurunan kesadaran akibat trauma kepala, hasil pengkajian lidah jatuh kebelakang, ada darah dimulut, sianosis dan pasien tampak sesak NAPAS 30 x/mnt.</p> <p>Riwayat penyakit dahulu: Orang tua pasien mengatakan pasien sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah Sakit dan jika pasien sakit hanya berobat ke puskesmas terdekat.</p> <p>Riwayat penyakit keluarga: Orang tua Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM,</p>

		<p>Hipertensi dan penyakit menular seperti TBC, penyakit kulit dan HIV/AIDS</p> <p>Riwayat kebiasaan sosial: Orang tua pasien anaknya suka bergaul dengan teman-teman seusia nya, suka balapan liar suka pulang malam.</p> <p>Peran yang harus dilakukan: KS tiduran di bed, pasien mengeluarkan suara Snoring</p>
10.	Setting Station:	<p>Ruangan Instalasi Gawat Darurat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien Standart - Manekin AB - Laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur dan Manekin AB dan KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley tempat alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran 
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien Standart 1 orang 2. Manekin AB 1 Pcs 3. Kasa secukupnya. 4. NaCl 0,9% 5. Perlak dan pengalas 1 6. Tissue 1 pcs 7. OPA 1 pcs 8. Spatel Lidah 9. Pulse Oxymetri 10. Sarung tangan bersih 1 pasang <p>Laboran ada</p> <p>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran memastikan keberfungsiannya alat <i>Pulse Oxymetri</i>.</p>
12.	Penulis	Ns. Ika Purwanto, S.Kep., M.Kep

13.	Referensi	<p>Alder, A. C. (2018). Advanced Trauma Life Support. In <i>The Parkland Trauma Handbook: Mobile Medicine Series</i> (Vol. 10Th). https://doi.org/10.1016/B978-0-323-05226-9.50010-4</p> <p>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p>
-----	-----------	---

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMASANGAN OPA (OROPHARINGEAL AIRWAY)**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. OPA sesuai ukuran b. Sarung tangan bersih c. Spatel lidah 				
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 10 s.d. 18 : sistematis)				
	10. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	11. Pasang sarung tangan bersih				
	12. Posisikan pasien terlentang dengan leher ekstensi				
	13. Bersihkan rongga mulut, jika perlu				
	14. Pilih ukuran OPA yang tepat (Panjang OPA sama dengan jarak antara ujung mulut ke ujung daun telinga)				
	15. Buka mulut pasien dengan teknik <i>cross finger</i> (ibu jari dan telunjuk)				
	16. Metode 1: Masukan OPA terbaik (sisi lengkung menghadap ke atas) sampai menyentuh palatum mole, lalu putar 1800. Metode 2: Tekan lidah dengan spatel lidah dan masukan OPA ke daerah faring posterior				
	17. Lepaskan sarung tangan				
	18. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
D	Tahap terminasi				
	19. Simpulkan kegiatan				
	20. Evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	21. Reinforcement positif				
	22. Kontrak waktu selanjutnya				
	23. Akhiri tindakan dengan baik				

E	Tahap Dokumentasi			
	24. Hari_tanggal_jam, kegiatan, pemasangan OPA, serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada			
F	Penampilan Profesional			
	25. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif			

FORM PENILAIAN
KEBUTUHAN OKSIGENASI, KLIEN TN. D, DI RUANG IGD

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
KEBUTUHAN OKSIGENASI, KLIEN TN. D, 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 menggali data fokus : penilaian di Airway pada klien. Peserta meletakkan oksimeter dengan tepat pada ujung ekstremitas manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					2	
2. Diagnosis Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

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

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN
KEBUTUHAN OKSIGENISASI, KLIEN TN. D, DI RUANG IGD

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan	Peserta TIDAK melakukan pengkajian pada Primary Survey: Airway secara benar	Peserta melaporkan hasil pengkajian di Airways hanya 1 data: 1. Look, listen and Feel: terdapat darah di sekitar mulut 2. Terdengar suara Snoring. 3. Respirasi rate 4. Saturasi Oksigen	Peserta melaporkan hasil pengkajian di Airways hanya 2 data: 1. Look, listen and Feel: terdapat darah disekitar mulut 2. Terdengar suara Snoring. 3. Respirasi rate 4. Saturasi Oksigen	Peserta melaporkan hasil pengkajian di Airways lengkap: 1. Look, listen and Feel: terdapat darah disekitar mulut 2. Terdengar suara Snoring. 3. Respirasi rate 4. Saturasi Oksigen	2	

2. Diagnosis keperawatan	Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam scenario kasus di bagian instruksi pengujii	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Bersih Jalan Napas tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung Data pendukung: 1. Terdapat darah disekitar mulut 2. Terdengar suara Snoring. 3. Pasien tampak sesak NAPAS 30 x/mnt 4. Saturasi <95%	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Bersih Jalan Napas tidak efektif berhubungan dengan Disfungsi neuromuskuler, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat Data pendukung: 1. Terdapat darah disekitar mulut 2. Terdengar suara Snoring. 3. Pasien tampak sesak NAPAS 30 x/mnt 4. Saturasi <95%	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : yang disertai dengan data pendukung dengan tepat Data pendukung: 1. Terdapat darah disekitar mulut 2. Terdengar suara Snoring. 3. Pasien tampak sesak NAPAS 30 x/mnt 4. Saturasi <95%nt	2	
3. Implementasi: Pasang OPA.	Peserta tidak melakukan tindakan pemasangan OPA, namun memberikan modalitas oksigen yang lainnya	Peserta melakukan tindakan pemasangan OPA, namun hanya memenuhi 1-2 dari 9 tindakan di fase kerja dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan OPA, namun hanya memenuhi 5-6 dari 9 tindakan di fase kerja dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan OPA dengan tepat	4	

4. Perilaku Profesional	<p>Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali TIDAK melakukan poin berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien saat melakukan tindakan 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai, 5. Menjaga privasi klien 	<p>Peserta izin secara lisan dan melakukan 1-2 point berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien saat melakukan tindakan 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai, 5. Menjaga privasi klien 	<p>Peserta izin secara lisan dan melakukan 3-4 point berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien saat melakukan tindakan 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai, 5. Menjaga privasi klien 	<p>Peserta izin secara lisan dan melakukan point berikut dengan lengkap:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien saat melakukan tindakan 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai, 5. Menjaga privasi klien 	2	
--------------------------------	---	---	---	--	---	--

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :.....

SIRKULASI

BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Sirkulasi	Dewasa	IGD	IGD	2, 3, 6	Pengkajian ABC, diagnosis, implementasi tindakan RJP		Ya, RJP dewasa		1	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan sirkulasi pada klien dewasa di IGD
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan tindakan RJP dan melakukan evaluasi dari tindakan yang dilakukan dengan menerapkan perilaku profesional
5.	Kompetensi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>SKENARIO KLINIK: Seorang laki-laki, umur 50 tahun dirawat di IGD Hasil pengkajian: tidak ada nadi, tidak ada napas, GCS 111.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan Implementasi tindakan RJP pada manikin 2. Sampaikan ke penguji evaluasi dari tindakan keperawatan
8.	Instruksi untuk penguji	<p>SKENARIO KLINIK: Seorang laki-laki, umur 50 tahun dirawat di IGD Hasil pengkajian: tidak ada nadi, tidak ada napas, GCS 111.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan Implementasi tindakan RJP pada manikin 2. Sampaikan ke penguji evaluasi dari tindakan keperawatan <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <p>Instruksi Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

		<p>4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan</p> <p>5. Taatilah peraturan dan laksanakan tugas sebagai penguji OSCE</p> <p>Instruksi Khusus</p> <ol style="list-style-type: none"> Penguji menyampaikan "Klien tidak berespon saat dipanggil dan ditepuk bahunya", Setelah ini tindakan apa yang harus dilakukan kepada Klien tersebut pada peserta didik? Jawab "Tindakan RJP" Setelah penanganan RJP dua kali 5 siklus besar, klien teraba denyut nadi Penguji menilai kemampuan peserta didik dalam Tindakan RJP : "menilai tingkat kesadaran, memanggil code blue, cek nadi jika nadi tidak ada melakukan RJP dengan rasio 30 kompresi dan 2 ventilasi selama 5 siklus, setelah 5 siklus cek nadi jika nadi teraba maka berikan pernapasan 20x selama 2 menit jika nadi tidak teraba lanjutkan RJP" Penguji menilai kemampuan peserta didik dalam melakukan evaluasi: "menilai GCS awal pasien, mengecek nadi tiap 5 siklus" Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.
9.	Instruksi untuk klien standar	Manekin RJP Dewasa
10.	Setting Station:	<p>Ruangan IGD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Manekin RJP Dewasa <p>tata letak ruang :</p> <p>1 : Bed Klien 2 : Meja Klien 3 : Trolley 4 : Washtafel 5 : Tempat Sampah 6 : Meja Penguji 7 : Kursi Penguji 8 : Pintu masuk 9 : Peserta ujian</p>
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manekin RJP Dewasa 2. <i>Bag valve mask (BVM)</i> 3. Jam tangan 4. Hand schoon 5. Hand sanitizer 6. Masker 7. Tabung Oksigen

12.	Penulis	a. Ida Zuhroidah, S. Kep., Ns., M. Kep b. Universitas Jember
13.	Referensi	Mary Lou Sole, Deborah G. Klein, Marthe J. Moseley. 2013. <i>Introduction To Critical Care Nursing</i> . 6 th Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders. Penapasy, A., Potter, P., & Ostendorf, W. 2014. <i>Clinical Nursing Skills & Techniques</i> . St. Louis, MO : Mosby Elsevier. PPNI. 2021. "Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan." <i>Dpp Ppni</i> , 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
RESUSITASI JANTUNG PARU PADA PASIEN DEWASA

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Justifikasi identitas klien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis)				
	2. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Menyampaikan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan				
	7. Memberi kesempatan bertanya				
	8. Memulai tindakan dengan baik				
	9. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 10 s.d. 23 : sistematis)				
	10. Periksa respons klien dengan emanggil, menepuk bahu dan/atau memberikan rangsangan nyeri				
	11. Aktifkan Emergency Medical System atau berteriak meminta tolong				
	12. Gunakan sarung tangan bersih, jika memungkinkan				
	13. Posisikan klien di empat datar dan keras				
	14. Atur posisi penolong berlutut di samping dada klien jika klien di lantai) atau berdiri disamping dada klien (jika klien di tempat tidur)				
	15. Periksa nadi karotis dan napas secara bersamaan dalam waktu				
	16. Lakukan rescue breathing jika nadi karotis teraba tapi tidak ada napas				
	17. 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				
	18. Buka dan bersihkan jalan napas dengan Teknik head tilt-chin lift atau jaw thrust (jika curiga cedera servikal)				
	19. Berikan bantuan napas (ventilasi) 2 kali dengan menggunakan BVM				
	20. 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				

	21. 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			
	22. 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)			
	23. Lepaskan sarung tangan			
D	Tahap terminasi			
	24. Lakukan cuci tangan			
	25. Lakukan evaluasi terhadap klien tentang kegiatan yang telah dilakukan			
E	Tahap Dokumentasi			
	26. Catat hasil tindakan yang telah dilakukan			
	27. Catat respon klien			
	28. Sampaikan hasil pemeriksaan pada keluarga klien			
F	Penampilan Profesional			
	29. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif			

**FORM PENILAIAN
SIRKULASI KLIEN DEWASA DI IGD**

I. Form Penilaian

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

**RUBRIK PENILAIAN
SIRKULASI KLIEN DEWASA DI IGD**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah melakukan tindakan RJP dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					6	
2. Evaluasi Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan evaluasi keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menyampaikan dengan jelas evaluasi dari GCS klien serta apa yang harus di evaluasi setelah memberikan tindakan RJP. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

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

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN SIRKULASI KLIEN DEWASA DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
Implementasi: Keperawatan	<p>Peserta ujian tidak melakukan tindakan RJP</p> <p>Peserta ujian melakukan tindakan RJP 1-3 point dibawah ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai tingkat kesadaran klien dengan menepuk bahu, menggoyang badan ataupun memanggil nama Klien 2. Memanggil bantuan tim Emergency (<i>code Blue</i>) 3. Cek Nadi (< 10 detik) pada arteri karotis, jika tidak ada nadi 	<p>Peserta ujian melakukan tindakan RJP 1-4 point dibawah ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai tingkat kesadaran klien dengan menepuk bahu, menggoyang badan ataupun memanggil nama Klien 2. Memanggil bantuan tim Emergency (<i>code Blue</i>) 3. Cek Nadi (< 10 detik) pada arteri karotis, jika tidak ada nadi 4. Lakukan Kompresi dada sebanyak 30 kali dengan cara: 	<p>Peserta ujian melakukan tindakan RJP 1-7 point dibawah ini:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai tingkat kesadaran klien dengan menepuk bahu, menggoyang badan ataupun memanggil nama Klien 2. Memanggil bantuan tim Emergency (<i>code Blue</i>) 3. Cek Nadi (< 10 detik) pada arteri karotis, jika tidak ada nadi 4. Lakukan Kompresi dada sebanyak 30 kali dengan cara: 	6		

		<p>4. Lakukan Kompresi dada sebanyak 30 kali dengan cara: duduk di samping korban, letakkan dua telapak tangan saling menempel di tengah-tengah dada korban, lengan tegak lurus di atas dada korban, mulai tekan dinding dada dengan kedalaman 5 cm (dewasa) dengan sambil menghitung kompresi dada.</p> <p>5. Berikan bantuan napas 2 kali setelah 30 kompresi dada menggunakan <i>bag valve mask</i> lanjutkan sampai 5 siklus RJP</p>	<p>sebanyak 30 kali dengan cara: duduk di samping korban, letakkan dua telapak tangan saling menempel di tengah-tengah dada korban, lengan tegak lurus di atas dada korban, mulai tekan dinding dada dengan kedalaman 5 cm (dewasa) dengan sambil menghitung kompresi dada.</p> <p>5. Berikan bantuan napas 2 kali setelah 30 kompresi dada menggunakan <i>bag valve mask</i> lanjutkan sampai 5 siklus RJP</p>	<p>duduk di samping korban, letakkan dua telapak tangan saling menempel di tengah-tengah dada korban, lengan tegak lurus di atas dada korban, mulai tekan dinding dada dengan kedalaman 5 cm (dewasa) dengan sambil menghitung kompresi dada.</p> <p>5. Berikan bantuan napas 2 kali setelah 30 kompresi dada menggunakan <i>bag valve mask</i> lanjutkan sampai 5 siklus RJP</p>	
--	--	--	---	---	--

		<p>6. Setelah 5 siklus RJP dilaksanakan, cek ulang kondisi klien dengan menilai nadi 10 detik, bila nadi tidak ditemukan maka ulangi sebanyak 5 siklus kembali sampai klien menunjukkan ada tanda-tanda perbaikan.</p> <p>7. Lakukan Evaluasi; jika nadi teraba, lanjutkan cek pernapasan dan berikan bantuan napas 20 kali dalam 2 menit. Jika nadi tidak teraba, lanjutkan kompresi dan ventilasi 5 siklus/ 2 menit.</p>	<p>6. Setelah 5 siklus RJP dilaksanakan, cek ulang kondisi klien dengan menilai nadi 10 detik, bila nadi tidak ditemukan maka ulangi sebanyak 5 siklus kembali sampai klien menunjukkan ada tanda-tanda perbaikan.</p> <p>7. Lakukan Evaluasi; jika nadi teraba, lanjutkan cek pernapasan dan berikan bantuan napas 20 kali dalam 2 menit. Jika nadi tidak teraba, lanjutkan kompresi dan ventilasi 5 siklus/ 2 menit.</p>	
--	--	--	--	--

Evaluasi Keperawatan	Peserta ujian tidak melakukan evaluasi terkait Tindakan RJP	Peserta ujian hanya melakukan evaluasi tindakan pada nomor 1 di bawah ini: 1. Evaluasi GCS awal klien adalah E2, V2, M4 2. Evaluasi kesadaran Kualitatif awal adalah koma 3. Evaluasi tindakan setelah penanganan RJP: Mengecek nadi selama 5 siklus dalam 2 menit. Jika nadi teraba, lanjutkan cek pernapasan dan berikan bantuan napas 20 kali dalam 2 menit. Jika nadi tidak teraba, lanjutkan kompresi dan ventilasi 5 siklus/ 2 menit sampai Klien	Peserta ujian hanya melakukan evaluasi tindakan pada nomor 1 dan 2 di bawah ini: 1. Evaluasi GCS awal klien adalah E1, V1, M1 2. Evaluasi kesadaran Kualitatif awal adalah koma 3. Evaluasi tindakan setelah penanganan RJP: Mengecek nadi selama 5 siklus dalam 2 menit. Jika nadi teraba, lanjutkan cek pernapasan dan berikan bantuan napas 20 kali dalam 2 menit. Jika nadi tidak teraba, lanjutkan kompresi dan ventilasi 5 siklus/ 2 menit sampai Klien	Peserta ujian melakukan evaluasi seluruh tindakan pada di bawah ini: 1. Evaluasi GCS awal klien adalah E1, V1, M1 2. Evaluasi kesadaran Kualitatif awal adalah koma 3. Evaluasi tindakan setelah penanganan RJP: Mengecek nadi selama 5 siklus dalam 2 menit. Jika nadi teraba, lanjutkan cek pernapasan dan berikan bantuan napas 20 kali dalam 2 menit. Jika nadi tidak teraba, lanjutkan kompresi dan ventilasi 5 siklus/ 2 menit sampai Klien menunjukkan perbaikan atau sampai klien	2	
-----------------------------	---	---	---	---	----------	--

		menunjukkan perbaikan atau sampai klien dinyatakan meninggal.	2 menit sampai Klien menunjukkan perbaikan atau sampai klien dinyatakan meninggal.	dinyatakan meninggal.		
Perilaku Profesional	<p>Peserta ujian tidak meminta ijin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	<p>Meminta ijin secara lisan dan 1-2 poin berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien 	<p>Meminta ijin secara lisan 3-4 poin berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien 	<p>Meminta ijin secara lisan 5-6 poin berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan pasien. 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien 5. Menjaga privasi klien 6. Mengetahui keterbatasan dengan merujuk atau 	2	

	<p>4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien</p> <p>5. Menjaga privasi klien</p> <p>6. Mengetahui keterbatasan dengan merujuk atau melakukan konsultasi bila diperlukan</p>	<p>5. Menjaga privasi klien</p> <p>6. Mengetahui keterbatasan dengan merujuk atau melakukan konsultasi bila diperlukan</p>	<p>5. Menjaga privasi klien</p> <p>6. Mengetahui keterbatasan dengan merujuk atau melakukan konsultasi bila diperlukan</p>	<p>melakukan konsultasi bila diperlukan</p>		
--	--	--	--	---	--	--

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....
Penguji :.....

CAIRAN DAN ELEKTROLIT

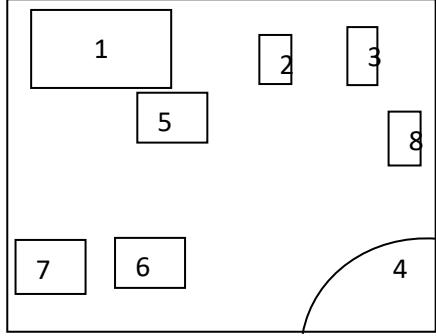
BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Cairan dan elektrolit	ANAK	IGD	IGD	2, 3, 4, 6	Pengkajian tanda dehidrasi, perhitungan kebutuhan cairan, Pemasangan infus , evaluasi tetesan infus	Perempuan, 25 tahun	Ya, seusia 4 tahun	ya	1	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan cairan dan elektrolit pada klien anak di IGD
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakan diagnosis dan perencanaan keperawatan, perhitungan pemberian cairan.
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	<p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang anak perempuan, 4 tahun dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan mulai jam 9 malam buang air besar lebih dari 5 kali, cair. Hasil pengkajian: anak lemes, pucat, mata cowong, turgor kulit kembali lambat, suhu 37,9 derajat Celsius, frekuensi napas 40 kali per menit, frekuensi napas 100 kali per menit. BB terakhir 17 kg</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Hitung kebutuhan cairan berdasarkan rumus Holliday Segar pada lembar jawab berdasarkan scenario. 3. Lakukan pemberian cairan berdasarkan perhitungan kebutuhan cairan di atas.
8.	Instruksi untuk penguji	<p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang anak perempuan, 4 tahun dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan mulai jam 9 malam buang air besar lebih dari 5 kali, cair. Hasil pengkajian: anak lemes, pucat, mata cowong, turgor kulit kembali lambat, suhu 37,9 derajat Celsius, frekuensi</p>

		<p>napas 40 kali per menit, frekuensi napas 100 kali per menit. BB terakhir 17 kg</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Hitung kebutuhan cairan berdasarkan rumus holliday segar pada lembar jawab berdasarkan scenario. 3. Lakukan pemberian cairan berdasarkan perhitungan kebutuhan cairan di atas. <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pengukuran turgor kulit pada manekin. Pada saat peserta memeriksa turgor kulit pada manekin dengan tepat,penguji menyampaikan bahwa turgor kulit kembali lambat. 2) Menilai kemampuan peserta dalam menghitung kebutuhan cairan berdasarkan rumus holliday segar bahwa kebutuhan cairan dihitung berdasarkan BB anak. BB anak 17 kg maka $10 \text{ kg BB pertama} \times 100 \text{ cc} + 7 \text{ kg selebihnya} \times 50 \text{ cc}$ sehingga didapatkan jumlah 1350 cc. 3) Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian therapi cairan pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa tanda-tanda dehidrasi mulai membaik saat peserta melakukan evaluasi turgor kulit pasien setelah pemberian therapi cairan. 4) Monitor perilaku professional peserta 5) Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien anak perempuan, usia 4 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien buang air besar lebih dari 5 kali, cair) 3. Riwayat masuk rumah sakit saat ini adalah yang ke -3. Masuk IGD pertama saat anak usia 2 tahun. 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) 6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa bermain lagi)

		<p>7. KS tiduran di bed, menunjukkan badan lemah dan lemes, napas sesak. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat berbaring di tempat tidur, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</p> <p>Manekin yang diperlukan adalah manekin anak usia 4 tahun, digunakan untuk pemasangan terapi cairan serta perhitungan kebutuhan cairan.</p>
10.	Setting Station:	<p>Ruangan IGD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin anak - laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur, standar infus 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	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sarung tangan bersih 1 pasang 2. tourniquet 1 bh 3. kateter intravena ukuran 24 4. alcohol swab 5. kassa (transparan dressing) 6. plester 1 gulung 7. infus set 1 bh 8. cairan infus jika perlu 9. gunting 1 bh 10. spalk 1 bh 11. perban gulung 2 bh 12. Bengkok : 1 bh 13. pengalas 1 bh <p>Laboran ada</p>

		Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran menyiapkan dan merapikan alat sebelum dan sesudah digunakan.
12.	Penulis	a. Kusmini Suprihatin, S.Kp, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An b. Poltekkes Kemenkes Surabaya
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 INFUS PADA ANAK**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	a. Menyiapkan alat dan perlengkapan				
	b. sarung tangan bersih 1 pasang				
	c. tourniquet 1 bh				
	d. kateter intravena (abocath/surflo) ukuran 24				
	e. alcohol swab				
	f. kassa (transparan dressing)				
	g. plester 1 gulung				
	h. infus set 1 bh				
	i. cairan infus jika perlu				
	j. gunting 1 bh				
	k. spalk 1 bh				
	l. perban gulung 2 bh				
	m. Bengkok : 1 bh				
	n. pengalas 1 bh				
	2. Mencuci tangan 6 langkah				
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 s.d. 19 : sistematis)				
	10. Siapkan cairan infus				
	a. sambungkan set infus dengan botol cairan				
	b. pastikan diklem (terkunci) dan isi selang dengan cairan infus.				
	c. Alirkan cairan infus agar seluruh selang terisi cairan				
	d. Pastikan tidak ada gelembung udara di sepanjang selang infus.				
	11. Siapkan pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, kenyamanan tindakan, memastikan alat Siap dan didekatkan ke pasien				
	12. Pilih vena yang akan dipasang jarum infus (insersi)				

	13. Letakkan pengalas di bawah lengan pasien			
	14. Pasang sarung tangan bersih.			
	15. Pasang tourniquet 15-20 cm di atas vena yang akan diinsersi untuk dilatasi vena atau bisa dengan cara: a. Posisikan area insersi lebih rendah dari jantung b. Kepalkan telapak tangan c. Ketuk ketuk dengan lembut dengan menggunakan ujung jari d. massase dari arah distal ke proksimal di bawah vena yang akan diinsersi e. Kompres hangat pada area insersi			
	16. Bersihkan daerah yang akan diinsersi dengan menggunakan alcohol swab.			
	17. Regangkan kulit di bawah vena yang akan diinsersi dengan menggunakan tangan yang tidak dominan.			
	18. Insersikan kateter pada vena dengan sudut 10-30° dengan tangan dominan.			
	19. Rendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada kateter dan Tarik sedikit stilet.			
	20. Dorong kateter hingga mencapai pangkalnya.			
	21. Lepaskan tourniquet.			
	22. Tekan ujung kateter yang berada di dalam vena dan lepaskan stilet dari kateter			
	23. Sambungkan kateter intravena dengan set infus .			
	24. Pasang transparent dressing pada area insersi.			
	25. Pasang spalk pada lengan yang dipasang infus.			
	26. Berikan label pada dressing, tulis tanggal dan waktu pemasangan.			
	27. Rapikan pasien dan alat yang digunakan			
	28. Lepaskan sarung tangan.			
	29. Mencuci tangan 6 langkah.			
D	Tahap terminasi			
	30. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)			
	31. reinforcement positif			
	32. kontrak waktu selanjutnya			
	33. akhiri tindakan dengan baik			
E	Tahap Dokumentasi			
	34. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemasangan infus, ketepatan tetesan) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada			
F	Penampilan Profesional			
	35. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif			

FORM PENILAIAN
CAIRAN DAN ELEKTROLIT KLIEN ANAK DI IGD

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 DAN ELEKTROLIT KLIEN ANAK DI 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 menggali data fokus : penilaian turgor kulit pada klien. Peserta menilai turgor kulit dengan tepat pada abdomen 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 OKSIGENASI KLIEN ANAK DI IGD

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	- Peserta tidak melakukan penilaian turgor kulit, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian turgor kulit, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian turgor kulit dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian turgor kulit pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pemeriksaan sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa turgor kulit manekin dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	• Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam scenario kasus di	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : hipovolemia, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dibuktikan dengan dire lebih dari 5 kali, mata cowong, turgor kulit	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dibuktikan dengan dire lebih dari 5 kali, mata cowong, turgor kulit	2	

	bagian instruksi penguji		tidak disampaikan dengan adekuat	menurun, suhu 37, 9°, frekuensi napas 40 kali per menit, frekuensi napas 100 kali per menit		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pemasangan infus namun memberikan modalitas yang lainnya	Peserta melakukan pemasangan infus, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan infus, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemasangan infus dengan tepat : Lima prinsip pemasangan infus diberikan dengan tepat <ol style="list-style-type: none"> 1. Siap pasien, Siap perawat, Siap alat : pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. Cuci tangan 6 langkah. 3. modalitas tepat yang digunakan : pemasangan infus 4. Sistematis (Siapkan cairan infus dan sambungkan pada selangnya, Siapkan pasien dengan posisi yang nyaman, pilih vena yang akan 	5	

				diinsersi, pasang pengalas, pasang sarung tangan, pasang tourniquet, bersihkan daerah yang akan diinsersi, regangkan kulit di bawah vena yang akan diinsersi, insersikan kateter vena, rendahkan sudut insersi ssat terlihat darah, dorong kateter hingga pangkal, lepaskan tourniquet, tekan ujung kateter yang berada di dalam vena, sambungkan kateter vena dengan selang infus, pasang transparent dressing, pasang spalk pada lengan yang terpasang infus, berikanlabel, rapikan pasien dan alat,	
--	--	--	--	--	--

				<p>lepaskan sarung tangan dan dokumentasikan.</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemasangan infus, jumlah tetesan) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada</p>		
Perilaku profesional	<p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan 	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamanan dan kenyamanan klien 	2	

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

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....
Penguji :

NUTRISI

BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifespan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
6	Nutrisi	Dewasa	KMB	Ranap	2, 4, 6	Pengakjian, Prioritas masalah, Intervensi, Implementasi	Perempuan, 33 tahun	Sesuai dengan kasus	Ya	3	P

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan nutrisi pada klien di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, perencanaan keperawatan, pemberian Nutrisi peroral .
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	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang Perempuan umur 33 tahun dirawat di ruang rawat Inap Penyakit Dalam, dengan keluhan 3 bulan terakhir pasien mengatakan susah menelan makanan dan berat badan menurun sebanyak 7 kg.</p> <p>Hasil pengkajian: pasien mengeluh terdapat benjolan di leher sejak 3 tahun yang lalu semakin lama semakin membesar, tangan tremor, hasil pemeriksaan fisik tekanan darah 170/80 mmhg, N:115X/menit, S : 39⁰, NAPAS : 25x/menit, Hasil Laboratorium T3 : 400 mg/dl, dan T4; 15,4 mg/dl.</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian nutrisi per oral pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang Perempuan umur 33 tahun dirawat di ruang rawat Inap Penyakit Dalam, dengan keluhan 3 bulan terakhir pasien</p>

		<p>mengatakan susah menelan makanan dan berat badan menurun sebanyak 7 kg.</p> <p>Hasil pengkajian: pasien mengeluh terdapat benjolan di leher sejak 3 tahun yang lalu semakin lama semakin membesar, tangan tremor, hasil pemeriksaan fisik tekanan darah 170/80 mmhg, N:115X/menit, S : 39⁰, NAPAS : 25x/menit, Hasil Laboratorium T3 : 400 mg/dl, dan T4; 15,4 mg/dl.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian nutrisi per oral pada manekin <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus pada pengkajian status nutrisi pada manekin. Pada saat peserta menentukan status nutrisi pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa status nutrisi pada pasien kurang baik. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : Defisit Nutris berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan ditandai dengan pasien mengeluh susah menelan, tremor, pembengkakan kelenjar tiroid, TD : 170/80 mmhg, N:115X/menit, S : 39⁰, NAPAS : 25x/menit, Hasil Laboratorium T3 : 400 mg/dl, dan T4; 15,4 mg/dl. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian makanan per oral pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa cara pemberian makanan peroral pada manekin menggunakan makanan cair dan posisi harus semifowler. 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, usia 33 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (Pasien mengeluhan 3 bulan terakhir susah menelan makanan dan berat badan menurun

		<p>sebanyak 7 kg. Hasil pengkajian: pasien mengeluh terdapat benjolan di leher sejak 3 tahun yang lalu semakin lama semakin membesar, tangan tremor, hasil pemeriksaan fisik tekanan darah 170/80 mmhg, N:115X/menit, S : 39°, NAPAS : 25x/menit, Hasil Laboratorium T3 : 400 mg/dl, dan T4; 15,4 mg/dl.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama adalah satu bulan yang lalu dan akan dilakukan tindakan operasi. 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) 6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa sembuh kembali seperti semula) 7. KS tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk menunjukkan bahwa terdapat benjolan pada leher dan kondisi susah menelan. 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 8. Manekin yang diperlukan adalah manekin perempuan dewasa, digunakan untuk pemberian makanan peroral.
10.	Setting Station:	<p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin perempuan dewasa - laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur dan manekin perempuan serta KS 2. Meja pengujji 3. Kursi pengujji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran

11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Piring 2. Sendok 3. Garbu 4. Gelas dengan penutupnya 5. Serbet/tisu 6. Tempat cuci tangan 7. Pengalas 8. Mangkok cuci tangan 9. Pipet jika perlu 10. Obat jika ada 11. Makanan dengan porsi dan menu sesui program 12. Meja untuk pasien <p>Laboran ada Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran merapikan kembali alat yang habis di gunakan oleh peserta ujian.</p>
12.	Penulis	<p>a. Nurhayati, S. Kep., M.Kes b. STIKES Baitul Hikmah</p>
13.	Referensi	<p>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p>

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN MAKANAN SECARA ORAL

A. Pengertian

Pemberian makanan secara oral adalah pemberian makanan dan minuman pada klien secara langsung melalui mulut.

B. Tujuan

Adapun tujuan pemberian makanan melalui oral adalah untuk pemenuhan kebutuhan pasien.

C. Indikasi

1. Pada pasien yang bias makan sendiri.
2. Pada pasien yang tidak bisa makan sendiri.

D. Persiapan Alat

1. Piring
2. Sendok
3. Garpu
4. Gelas dengan penutupnya
5. Serbet
6. mangkok cuci tangan
7. Pengalas
8. Tempat cuci tangan
9. Pipet jika perlu
10. Pisau jika perlu
11. Obat jika ada
12. Makanan dengan porsi dan menu sesuai program
13. Meja untuk klien

E. Prosedur Kerja

1. Alat-alat di dekatkan di tempat tidur klien
2. Jelaskan prosedur yang akan dilaksanakan
3. Cuci tangan
4. Atur posisi pasien
5. Pasang pengalas/ serbet di bawah dagu
6. Tanyakan pasien melakukan ritual makan (misalkan berdoa sebelum makan)
7. Tanyakan lauk dan pauk apa yang boleh dicampur dengan nasi
8. Bantu aktivitas dengan cara menuap makan sedikit demi sedikit dan berikan minuman setelah makan

9. Bila selesai makan, bersihkan mulut pasien
10. Jika ada obat lanjutkan pemberian obat
11. Setelah makan, minum dan pemberian obat anjurkan pasien untuk duduk sejenak sebelum kembali berbaring
12. Rapikan alat dan kembalikan ke tempatnya
13. Catat tindakan dan hasil atau respon terhadap tindakan (catat apa jumlah + porsi makanan yang dihabiskan)
14. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan

F. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan.

1. Ciptakan lingkungan yang nyaman disekitar pasien
2. Sebelum di hidangkan, makanan di periksa dahulu, apakah sudah sesuai dengan daftar makanan + diet pasien
3. Usahakan makanan dihidangkan dalam keadaan hangat kecuali kontra indikasi
4. Sajikan makanan secukupnya, tidak terlalu banyak tetapi juga tidak terlalu sedikit
5. Peralatan makanan dan minuman harus bersih
6. Untuk pasien anak-anak, usahakan menggunakan peralatan yang menarik perhatiannya
7. Untuk pasien yang dapat makan sendiri, perhatikan apakah makanan di makan habis atau tidak.
8. Perhatikan selera dan keluhan pasien pada waktu makan serta reaksinya setelah makan.

FORM PENILAIAN
KEBUTUHAN NUTRISI 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
KEBUTUHAN NUTRISI 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 status Nutrisi pada klien. Peserta melakukan pengakjian status nutrisi menimbang berat badan dengan menggunakan timbangan, ,menghitung IMT, Menentukan kebutuhan kalori pada pasien, menentukan jenis makanan yang yang di butuhkan oleh pasien).					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 makanan peroral 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 KEBUTUHAN NUTRISI DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skor (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 (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa ujung berat badan manekin/pasien dengan Timbangan dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	• peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selaian yang tertuang dalam	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Defisit Nutrisi, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidak Mampuan menelan makanan ditandai dengan pasien	2	

	scenario kasus di bagian instruksi penguji		makanan, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	mengeluh susah menelan, ada benjolan di leher, tremor , T3 400 mg/dl, T4. 15,4 ml/dl		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pemberian makan peroral, namun memberikan minum peroral.	Peserta melakukan pemberian makan peroral, namun kurang sesuai dengan SOP.	Peserta melakukan pemberian makan peroral, namun tidak tepat.	Peserta melakukan pemberian makanan peroral dengan tepat sesuai Standar Operasional Prosedure.	5	
Perilaku profesional	peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 	Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	2	

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

Jumlah total skor

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

Jakarta,

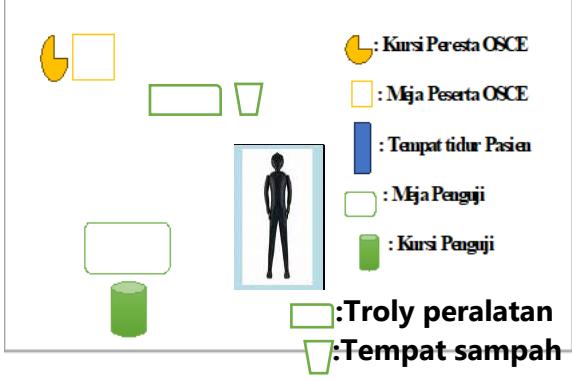
Nurhayati, M.Kes

BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifespan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Nutrisi	Dewasa	KMB	Ranap	3, 4 , 5, 6	Pengkajian, Diagnosis dan implementasi perawatan luka, evaluasi	Perempuan, 59 tahun	Ya, seusia 59 tahun	Ya	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station	
2.	Judul station	PEMBERIAN MAKAN MELALUI NGT
3.	Waktu yang dibutuhkan	20 menit
4.	Tujuan station	Melakukan implementasi pemberian makanan cair melalui <i>naso gastric tube (NGT)</i> dan perilaku profesional
5.	Kompetensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi, edukasi dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku profesional
6.	Kategori	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan usia 59 tahun dirawat diunit stroke selama 5 hari dengan diagnosis stroke. Hasil pengkajian pasien mengalami kelemahan fungsi menelan dan terpasang <i>NGT</i>. Pasien mendapatkan diet-makanan cair 6x200cc setiap hari.</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengecekan terhadap kepaten letak <i>NGT</i> 2. Lakukan prosedur pemberian makanan cair melalui <i>NGT</i> 3. Lakukan tindakan dengan hati-hati dan teliti
8.	Instruksi untuk penguji	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang perempuan usia 59 tahun dirawat diunit stroke selama 5 hari dengan diagnosis stroke. Hasil pengkajian pasien mengalami kelemahan fungsi menelan dan terpasang <i>NGT</i>. Pasien mendapatkan diet-makanan cair 6x200cc setiap hari</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengecekan terhadap kepaten letak <i>NGT</i>. 2. Lakukan prosedur pemberian makanan cair melalui <i>NGT</i>. 3. Lakukan tindakan dengan hati-hati dan teliti. <p><u>INSTRUKSI PENGUJI:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji mengamati dan menilai kemampuan peserta dalam melakukan pengecekan kepaten letak <i>NGT</i> berdasarkan rubrik

		<p>penilaian.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Penguji mengamati dan menilai kemampuan peserta dalam memberikan makan melalui <i>NGT</i> berdasarkan rubrik penilaian. 3. Penguji menilai tindakan peserta dalam melakukan prosedur tindakan dengan sistematis, hati-hati dan teliti. 4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk pasien standar dan manekin	Manikin yang bisa digunakan untuk pemberian makan cair melalui <i>NGT</i> dengan <i>NGT</i> yang sudah terpasang dihidung sebelah kanan terfiksasi dengan plester.
10.	Setting station	<p>Tata Letak Ruangan: Ruangan rawat inap</p>  <p> ●: Kursi Peserta OSCE □: Meja Peserta OSCE ■: Tempat tidur Pasien □: Meja Pengaji ■: Kursi Pengaji □: Troly peralatan □: Tempat sampah </p>
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Manikin yang digunakan untuk pemberian makan cair melalui <i>NGT</i> dengan <i>NGT</i> yang sudah terpasang 1 buah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur 1 buah 2. Perlak dan pengalas 2 buah 3. Spoit 50 cc 3 buah 4. Klem 2 buah 5. Bengkok 2 bh 6. Stestoskop 1 buah 7. Kom kecil berisi air 1 buah 8. Corong makanan dalam gelas kosong 2 buah 9. Air putih masak 1 gelas 10. Makanan cair 200 cc 11. Tempat sampah 1 bh 12. Tisu secukupnya 13. Handscoon 2 pasang 14. Troly 1 buah 15. Kapas DTT secukupnya 16. Gunting 1 buah 17. Hypavix 1 rol
12.	Penulis	Antonetha Rosni Hunggumila,, SST., M.Kes Poltekkes Kemenkes Kupang_Kampus Waingapu
13.	Referensi	Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik</i> . 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.

		<p>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Potter, P.A.,& Penapasy, A.G, (2010), fundamental of nursing , 7th, ed. Elsivier</p>
--	--	--

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMBERIAN MAKAN CAIR MELALUI NGT

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi Menyiapkan alat dan perlengkapan 1. Manikin sudah terpasang NGT 2. Tempat tidur 1 buah 3. Perlak dan pengalas 2 buah 4. Spoit 50 cc 3 buah 5. Klem 2 buah 6. Bengkok 2 bh 7. Stestoskop 1 buah 8. Kom kecil berisi air 1 buah 9. Corong makanan dalam gelas kosong 2 buah 10. Air putih masak 1 gelas 11. Makanan cair 200 cc 12. Tempat sampah 1 bh 13. Tisu secukupnya 14. Handscoon 2 pasang 15. Troly 1 buah 16. Kapas DTT secukupnya 17. Gunting 1 buah 18. Hypavix 1 rol				
B	Tahap orientasi 1. Memberi salam/menyapa pasien 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan tindakan 4. Menjelaskan langkah prosedur 5. Menanyakan keSiapan pasien				
C	Tahap Kerja 1. Petugas mencuci tangan 2. Menutup pintu dan tirai 3. Mengatur posisi pasien semifowler/fowler jika tidak ada kontra indikasi 4. Memasang sarung tangan bersih 5. Memasang pengalas di atas dada. 6. Melakukan perawatan selang dan lubang hidung, jika diperlukan. 7. Mengecek kepatenan letak NGT dengan cara aspirasi isi lambung. 8. Melepaskan tutup pipa/klem sambil pipa di jepit dengan jari sehingga udara tidak masuk melalui pipa (tinggi ujung pipa dengan hidung pasien kurang lebih 30cm) 9. Memasang corong pada pipa sambil pipa dijepit atau menghubungkan ujung selang makanan cair dengan ujung selang NGT				

	<p>10. Memasukkan makanan cair, membuka jepitan meninggikan 30 cm, jepit kembali sebelum cairan habis atau menggantungkan makanan cair pada infus dan mengatur kecepatannya hingga dapat habis sekitar ½ jam.</p> <p>11. Memasukkan air matang, membuka jepitan, tinggikan 30 cm, jepit kembali sebelum cairan habis.</p> <p>12. Menutup ujung <i>NGT</i>dengan spoit atau klem</p> <p>13. Melepas sarung tangan Mencuci tangan dengan 6 langkah.</p>			
D.	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merapikan pasien 2. Melakukan evaluasi 3. Menyampaikan rencana tindak lanjut 4. Membereskan alat 5. Akhiri tindakan dengan baik 			
E	<p>Tahap dokumentasi</p> <p>Mendokumentasikan tindakan dalam catatan implementasi keperawatan yaitu hari_tanggal_jam, kegiatan ataun tindakan yang diberikan serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada.</p>			
F	<p>Penampilan Profesional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketenangan 2. Melakukan komunikasi terapeutik selama tindakan 3. Ketelitian 4. Hati-hati 5. Responsif 6. Menjaga keamanan pasien 7. Menjaga keamanan petugas/perawat 			

FORM PENILAIAN
PEMBERIAN MAKAN MELALUI NGT PADA PASIEN DEWASA DI UNIT RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
PEMBERIAN MAKAN MELALUI NGT PADA PASIEN DEWASA DI UNIT RAWAT INAP

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : Kemampuan peserta dalam melakukan komunikasi terapeutik dan pengecekan kepatenan letak NGT (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					2	
2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. tindakan yang dimaksud adalah pemberian makanan cair melalui NGT dan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performan untuk masing-masing skor.					5	

3. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi 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 PEMBERIAN MAKAN MELALUI *NGT* PADA PASIEN DEWASA DI UNIT RAWAT INAP

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S x B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian: Pengecekan kepatenan letak <i>NGT</i>	Peserta ujian tidak melakukan Pengecekan kepatenan letak <i>NGT</i>	<p>1. Peserta ujian melakukan tangan komunikasi terapeutik pada pasien.</p> <p>2. Melakukan pengecekan kepatenan letak <i>NGT</i> dengan salah satu dari 3 cara dibawah ini dengan sistematis.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengaspirasi cairan lambung b. Mengauskultasi udara masuk kedalam lambung dengan stetoskop c. Merendam ujung 	<p>1. Peserta ujian melakukan cuci tangan atau komunikasi terapeutik pada pasien.</p> <p>2. Melakukan pengecekan kepatenan letak <i>NGT</i> dengan salah satu dari 3 cara dibawah ini tetapi tidak dengan sistematis.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengaspirasi cairan lambung b. Mengauskultasi udara masuk kedalam lambung dengan stetoskop c. Merendam ujung selang <i>NGT</i> 	<p>1. Peserta ujian melakukan cuci tangan atau komunikasi terapeutik pada pasien.</p> <p>2. Melakukan pengecekan kepatenan letak <i>NGT</i> dengan semua dari 3 cara dibawah ini dengan sistematis.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengaspirasi cairan lambung b. Mengauskultasi udara masuk kedalam lambung dengan stetoskop c. Merendam ujung selang <i>NGT</i> 	2	

		selang <i>NGT</i> kedalam air dan melihat ada tidak gelembung udara	c. Merendam ujung selang <i>NGT</i> kedalam air dan melihat ada tidak gelembung udara	kedalam air dan melihat ada tidak gelembung udara		
2 Impelematas i pemberian makan cair melalui <i>NGT</i>	Peserta tidak melakukan tindakan pemberian makanan cair melalui <i>NGT</i> atau melakukan semua tindakan pemberian makanan melalui <i>NGT</i> namun tidak melakukan dengan tepat, sistematis, prinsip hati-hati dan teliti.	Peserta ujian melakukan 1 prinsip pemberian makanan cai melalui <i>NGT</i> dengan tindakan di bawah ini: 1. PerSiapan alat secara lengkap 2. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan bersih 3. Tindakan pemberian makanan cair melalui <i>NGT</i> secara tepat 4. Sistematis	Peserta ujian melakukan 2-3 prinsip pemberian makanan cai melalui <i>NGT</i> dengan tindakan di bawah ini: 1. PerSiapan alat secara lengkap 2. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan bersih 3. Tindakan pemberian makanan cair melalui <i>NGT</i> secara tepat 4. Sistematis	Peserta ujian melakukan semua prinsip pemberian makanan cair melalui <i>NGT</i> dengan tindakan di bawah ini: 1. PerSiapan alat secara lengkap 2. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan bersih 3. Tindakan pemberian makanan cair melalui <i>NGT</i> secara tepat 4. Sistematis	5	

3. Perilaku profesional	<p>Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan hal berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan sikap empati dan menghargai. 	<p>Peserta ujian meminta izin secara lisan dan melakukan 1-2 hal berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan sikap empati dan menghargai. 	<p>Peserta ujian meminta izin secara lisan dan melakukan 3 hal berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan sikap empati dan menghargai. 	<p>Peserta ujian meminta izin secara lisan dan melakukan semua hal di bawah ini secara lengkap:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan sikap empati dan menghargai 	2
-------------------------	--	--	---	--	----------

Jumlah total skor

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

Jakarta ,

Pengaji :.....

AMAN DAN NYAMAN

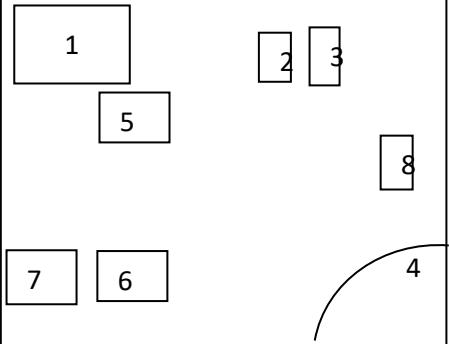
BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes 10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Aman nyaman	Dewasa	Maternitas	Ranap	3, 4, 6	Diagnosis dan perencanaan, implementasi, perilaku professional	Perempuan, 28 tahun		ya	1	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan aman dan nyaman pada klien dewasa di ruang rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta dalam menetapkan diagnosis keperawatan, Implementasi keperawatan dan perilaku profesional
5.	Kompetensi	1. Komunikasi, edukasi, dandekonseling 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	<p>SKENARIO KLINIK: Seorang ibu umur 28 tahun dirawat di ruang rawat inap hari kedua dengan keluhan nyeri post section caesaria . Hasil pengkajian : tampak merinigis, memegang luka, terdapat luka post SC di abdomen ibu. Skala nyeri : 6</p> <p>TUGAS PESERTA :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan kepada penguji masalah keperawatan utama klien. 2. Lakukan perawatan luka section caesaria untuk mengetahui kondisi tersebut 3. Dokumentasikan implementasi tersebut.
8.	Instruksi untuk penguji	<p>SKENARIO KLINIK: Seorang ibu umur 28 tahun dirawat di ruang rawat inap hari kedua dengan keluhan nyeri post section caesaria . Hasil pengkajian : tampak merinigis, memegang luka, terdapat luka post SC di abdomen ibu. Skala nyeri : 6</p> <p>TUGAS PESERTA :</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan kepada penguji masalah keperawatan utama klien. 2. Lakukan manajemen nyeri pada pasien tersebut 3. Dokumentasikan implementasi tersebut. <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <p>Instruksi Umum:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan lembar penilaian 2. Penguji monitor perilaku professional peserta 3. Penguji tidak diperbolehkan interupsi atau bertanya kepada peserta <p>Instruksi Khusus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji menilai masalah keperawatan yang disampaikan oleh peserta : Nyeri akut b.d adanya luka post SC
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, seorang ibu, usia 28 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien dirawat di ruang rawat inap hari kedua mengeluh nyeri post section caesaria . Hasil pengkajian : tampak meringis, memegangi luka dan terdapat luka post SC di abdomen ibu.) 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Tidak pernah ada riwayat rawat inap sebelumnya 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) 6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa masuk sekolah lagi) 7. KS tiduran di bed, sambil posisi memegang perut dan tampak meringis.
10.	Setting Station:	<p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - laboran <p>tata letak ruang :</p>

		<p>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</p> 
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat Cuci tangan : 1 2. Bantal : 1 <p>Laboran ada Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</p>
12.	Penulis	<ol style="list-style-type: none"> a. Epi Saptaningrum, S. Kep., Ns., . M.,Kes b. Kemenkes Poltekkes Semarang
13.	Referensi	<p>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p>

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PELAKSANAAN TEHNIK RELAKSASI NAPAS DALAM

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Melihat data nyeri yang lalu				
	2. Melihat intervensi keerawatan yang telah direncanakan/diberikan				
	3. Mengkaji Program terapi yang diberikan oleh dokter				
B	Tahap Orientasi				
	4. Memperkenalkan diri				
	5. Memberikan salam dan menyebutkan nama pasien				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menjaga privasi				
	8. Menyampaikan maksud dan tujuan, prosedur serta kontrak waktu				
	9. Menanyakan persetujuan pada pasien atas tindakan yang akan dilakukan				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d. 19 : sistematis)				
	10. Menjaga Privasi pasien				
	11. hand hygiene				
	12. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen				
	13. Melatih pasien melakukan napas perut (menarik napas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup)				
	14. Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung),				
	15. Meminta pasien menahan napas hingga 3 hitungan				
	16. Meminta menghembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut, bibir seperti meniup) dan lakukan sampai 5 kali napas dalam				
	17. Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot				
	18. Merapikan pasien				
D	Tahap terminasi				
	19. Mengevaluasi hasil relaksasi (tingkatan nyeri menurun)				
	20. Mengajurkan pasien untuk mengulangi tindakan apabila masih merasakan nyeri				

	21. Berpamitan kepada pasien			
	22. kontrak waktu selanjutnya			
	23. akhiri tindakan dengan baik			
E	Tahap Dokumentasi			
	24. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pelaksanaan terapi relaksasi, respon pasien, skala nyeri setelah tindakan			
F	Penampilan Profesional			
	25. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif			

**FORM PENILAIAN
AMAN NYAMAN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP**

I. Form Penilaian

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

**RUBRIK PENILAIAN
AMAN NYAMAN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	
2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah melakukan ganti balutan dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	

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

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
PELAKSANAAN TERAPI RELAKSASI NAPAS DALAM PADA KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Diagnosis keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> • peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selaian yang tertuang dalam scenario kasus di bagian instruksi penguji 	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario :Nyeri Akut, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Nyeri Akut, berhubungan dengan adanya luka post operasi SC, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Nyeri Akut berhubungan dengan adanya luka post operasi SC ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, memegangi daerah abdomen, terdapat luk post operasi SC	2	
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan pemberian terapi relaksasi napas dalam, namun memberikan modalitas yang lainnya	Peserta melakukan pemberian terapi relaksasi napas dalam, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemberian terapi relaksasi napas dalam, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan pemberian terapi relaksasi napas dalam dengan tepat : Lima prinsip pemberian terapi relaksasi napas dalam yang diberikan dengan tepat 1. Siap pasien, Siap perawat, Siap alat : pasien safety (clear	5	

				<p>identitas minimal nama dan tanggal lahir)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. hand hygiene 3. modalitas tepat yang digunakan : Bantal 4. Sistematis (Meminta pasien meletakkan satu tangan didada dan satu tangan di abdomen, melatih pasien melakukan napas perut dengan cara menarik napas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, dengan tetap menjaga mulut tetap tertutup, meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen dan mencegah lengkung pada punggung, meminta pasien menahan napas hingga 3 hitungan, meminta pasien menghembuskan napas perlahan dalam 3 	
--	--	--	--	---	--

				<p>hitungan lewat mulut, bibir seperti meniup dan melakukan sampai 5 kali napas dalam, meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot, merapikan pasien dan hand hygiene</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian terapi elaksas napas dalam, respon pasien (subjektif da objektif). Sakala nyeri setelah tindakan</p>	
Perilaku profesional	<p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati 	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak 	2

	<p>dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati</p> <p>5. Menjaga privasi</p>	<p>sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati</p> <p>5. Menjaga privasi</p>	<p>sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati</p> <p>5. Menjaga privasi</p>	<p>membahayakan klien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati</p> <p>5. Menjaga privasi</p>	
--	---	---	---	--	--

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :.....

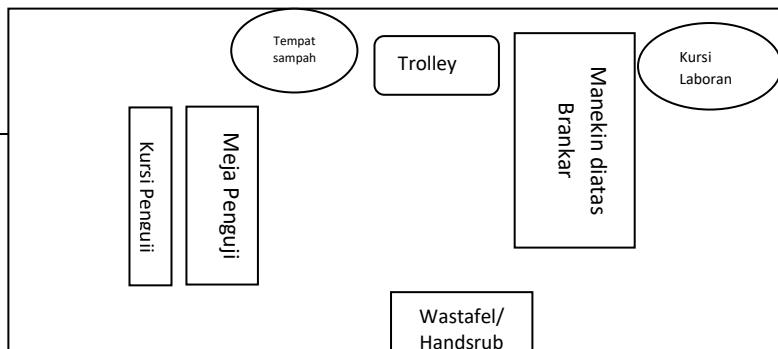
BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes 10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Aman nyaman	Dewasa	KMB	Ranap	2, 3, 6	Pengkajian data fokus pada luka, diagnosis, melakukan perawatan luka	Perempuan, 40 tahun	Ya, Manekin dewasa	ya	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan aman nyaman pada klien dewasa di rawat inap
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perilaku profesional, perawatan luka
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	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang perempuan usia 40 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan adanya luka di bokong sebelah kiri, pasien mengeluh nyeri, skala 4 dan bertambah jika posisi tidur telentang. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan luas luka 6 cm, berwarna merah, tidak ada pus, luka tampak basah.</p> <p><u>TUGAS PESERTA :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Rumuskan masalah keperawatan dan tuliskan pada dokumen yang diSiapkan Lakukan tindakan perawatan luka pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang perempuan usia 40 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan adanya luka di bokong sebelah kiri, pasien mengeluh nyeri, skala 4 dan bertambah jika posisi tidur telentang. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan luas luka 6 cm, berwarna merah, tidak ada pus, luka tampak basah</p> <p><u>TUGAS PESERTA :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian data fokus pada luka secara inspeksi dan catat hasilnya pada lembaran yang disediakan. Rumuskan diagnosis keperawatan sesuai masalah keperawatan

		<p>3. Lakukan perawatan luka</p> <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <p>Instruksi Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji menilai hasil pengkajian. 2. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik. 3. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi berupa pertanyaan, maupun respon non verbal/gerakan kepada peserta selain yang ditentukan. 4. Penguji menilai kemampuan peserta uji dalam melakukan Perawatan Luka secara benar dan sistematis. <p>Instruksi Khusus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji menilai laporan peserta uji dalam melakukan dan mendokumentasikan pengkajian data fokus yang dilakukan peserta uji, <i>luka di bokong sebelah kiri luas luka 6 cm, berwarna merah, tidak ada pus, luka tampak basah.</i> 2. Penguji memeriksa Diagnosis keperawatan yang di tuliskan : Gangguan integritas kulit/jaringan 3. Penguji menilai kemampuan peserta uji dalam melakukan perawatan luka <ul style="list-style-type: none"> a. Cuci tangan 6 langkah (Hand Hygiene) b. Mencuci luka c. Mengkaji luka d. Melaporkan keadaan luka e. Tutup luka dengan kassa/balutan f. Eratkan dengan plester g. Cuci tangan
9.	Instruksi untuk klien standar	Manekin yang digunakan dengan luka di bokong kiri luas luka 6 cm, berwarna merah, tidak ada pus dan tampak basah.
10.	Setting Station:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poliklinik 2. Unit Gawat Darurat 3. Ruangan Rawat Inap 4. Ruang Keluarga 5. Komunitas



11.	Peralatan yang dibutuhkan	Set Manikin Brankard Pengalas Bak steril <i>Pinset chirurgis</i> Pinset Anatomis Tissue Bengkok Obat luka Handscoen steril Handscoen bersih Korentang Gunting verban Verban Kassa steril Kertas dokumentasi		
		1 set 1 buah 1 buah 10 lembar 2 lembar		
		<table border="1"> <tr> <td>Instruksi Laboran</td> <td>Siapkan peralatan 11Set</td> </tr> </table>	Instruksi Laboran	Siapkan peralatan 11Set
Instruksi Laboran	Siapkan peralatan 11Set			
12.	Penulis	a. Mintje Maria Nendissa. S.Pd.S.Kep.M.Kes b. Poltekkes Kemenkes Maluku		
13.	Referensi	Kluwer, W. (2014). Brunner & Suddarth Textbook of Medical Surgical Nursing. Lippincott Williams & Wilkins;, Philadelphia. PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPD PPNI.		

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PERAWATAN LUKA

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Set Manikin b. Brankard c. Pengalas d. Bak steril e. Pinset chirurgis f. Pinset Anatomis g. Tissue h. Bengkok i. Obat luka j. Handscoen steril k. Handscoen bersih l. Korentang m. Gunting verban n. Verban o. Kassa steril p. Kertas dokumentasi 				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir dan/atau nomor rekam medis)				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan dan Langkah prosedur				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d. 26 : sistematis)				
	11. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, Siap perawat atur kenyamanan tindakan, Siap alat memastikan alat Siap semuanya dekat pasien				
	12. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	13. Pasangkan sarung tangan bersih				
	14. Modalitas tepat yang digunakan : Set perawatan luka (dasar instruksi scenario)				
	15. Monitor karakteristik luka (meliputi drainase, warna, ukuran, dan bau)				
	16. Monitor tanda-tanda infeksi				
	17. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan				

	18. Lepaskan sarung tangan bersih dan pasang sarung tangan steril			
	19. Bersihkan luka dengan cairan NaCl atau pembersih nontoxic, sesuai kebutuhan			
	20. Bersihkan jaringan nekrotik, jika ada			
	21. Berikan salep sesuai dengan kondisi luka, jika perlu			
	22. Pasang balutan sesuai jenis luka			
	23. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase			
	24. Jelaskan tanda dan gejala infeksi			
	25. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan			
	26. Lepaskan sarung tangan			
D	Tahap terminasi			
	27. Lakukan Cuci tangan 6 langkah			
	28. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)			
	29. akhiri tindakan dengan baik			
E	Tahap Dokumentasi			
	30. Hari_tanggal_jam, kegiatan, metode perawatan luka serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada			
F	Penampilan Profesional			
	31. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif			

**FORM PENILAIAN
PERAWATAN LUKA DI RUANG RAWAT INAP**

I. Form Penilaian

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

**RUBRIK PENILAIAN
PERAWATAN LUKA 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 data fokus pada luka manekin secara inspeksi.					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 perawatan luka dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PERAWATAN LUKA DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> - Peserta tidak melakukan pengkajian data fokus secara inspeksi dengan benar 	<p>Peserta mengkaji adanya luka dan hanya 1-2 data fokus:</p> <ol style="list-style-type: none"> luka di bokong sebelah kiri luas luka 6 cm, luka berwarna merah, tidak ada pus luka tampak basah 	<p>Peserta mengkaji adanya luka dan hanya 3-4 data fokus:</p> <ol style="list-style-type: none"> luka di bokong sebelah kiri luas luka 6 cm, luka berwarna merah, tidak ada pus luka tampak basah 	<p>Peserta mengkaji adanya luka dan semua data fokus</p> <ol style="list-style-type: none"> luka di bokong sebelah kiri luas luka 6 cm, luka berwarna merah, tidak ada pus luka tampak basah 	1	
Diagnosis keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> • peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam scenario kasus di bagian instruksi penguji 	<p>Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : gangguan integritas kulit/jaringan tanpa menyampaikan etiologi atau data pendukung</p>	<p>Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : gangguan integritas kulit/jaringan namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat</p>	<p>Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri bertambah jika posisi tidur terlentang, luas luka 6cm di bokong kiri,</p>	2	

				berwarna merah, luka tampak basah.		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan implementasi sesuai prosedur perawatan luka	Peserta hanya melakukan 50-70% teknik merawat luka dengan benar.	Peserta melakukan perawatan luka hanya 75-85% teknik yang tepat:	<p>Peserta mengucapkan salam</p> <p>2. Cuci tangan 6 langkah (<i>Hand Hygiene</i>)</p> <p>3. Lepaskan kassa/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja.</p> <p>4. Jika kassa/balutan menempel pada luka, basahi dengan larutan NaCl, buka jika sudah longgar</p> <p>5. Buang kassa/balutan yang kotor ke dalam kantong</p>	5	

				<p>6. Buka kassa steril tanpa menyentuh bagian dalam, lalu siram/basahi dengan larutan NaCl</p> <p>7. Gunakan sarung tangan steril</p> <p>8. Bersihkan luka dengan hati-hati, mulai dari bagian terdekat luka sampai terluar luka dengan sekali usapan saja</p> <p>9. Buang kassa yang digunakan setiap sekali membersihkan luka</p> <p>10. Setelah selesai, keringkan luka dengan kassa kering</p> <p>11. Tutup luka dengan kassa/balutan</p> <p>12. Eratkan dengan plester</p>	
--	--	--	--	--	--

				13. Cuci tangan 14. Mengucapkan salam		
Perilaku profesional	<p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan 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,

.....
Pengaji : Mintje M. Nendissa

PSIKOSOSIAL

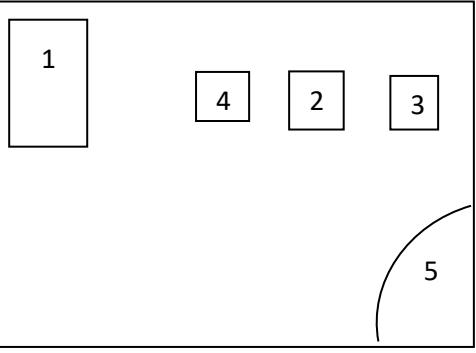
BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes 10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Psikososial	Dewasa	Jiwa	Ranap	1, 5, 6	Edukasi teknik pengontrolan halusinasi, Evaluasi post edukasi	Laki laki usia 27 tahun				

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan psikososial pada pasien laki-laki dewasa di ruang rawat inap RSJ
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, edukasi teknik pengontrolan halusinasi
5.	Kompetensi	<p>1. Komunikasi, edukasi, dan konseling</p> <p>2. Pengkajian</p> <p>3. Diagnosis dan perencanaan</p> <p>4. Implementasi</p> <p>5. Evaluasi</p> <p>6. Perilaku professional</p>
6.	Kategori	<p>1. Oksigenasi</p> <p>2. Sirkulasi</p> <p>3. Cairan dan elektrolit</p> <p>4. Nutrisi</p> <p>5. Aman dan nyaman</p> <p>6. Psikososial</p> <p>7. Eliminasi</p> <p>8. Aktivitas dan istirahat</p> <p>9. Seksual dan reproduksi</p>
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang laki-laki umur 27 tahun dirawat di RSJ sudah 3 hari karena dirumah sering bicara dan ketawa sendiri. Hasil observasi perawat diperoleh data pasien mengarahkan telinga kearah tertentu. Pasien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya berbicara tanpa ada orangnya.</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <p>1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan kasus tersebut</p> <p>2. Rumuskan diagnosis keperawatan dan data pendukungnya yang tepat sesuai kasus tersebut</p> <p>3. Lakukan tindakan keperawatan edukasi teknik pengontrolan halusinasi dengan cara menghardik.</p>
8.	Instruksi untuk penguji	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang laki-laki umur 27 tahun dirawat di RSJ sudah 3 hari karena dirumah sering bicara dan ketawa sendiri. Hasil observasi perawat diperoleh data pasien mengarahkan telinga kearah tertentu. Pasien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya berbicara tanpa ada orangnya.</p>

		<p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan kasus tersebut 2. Rumuskan diagnosis keperawatan dan data pendukungnya yang tepat sesuai kasus tersebut 3. Lakukan tindakan keperawatan edukasi teknik pengontrolan halusinasi dengan cara menghardik. <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian halusinasi : jenis, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon saat halusinasi. 2. Penguji menilai ketepatan penulisan diagnosis keperawatan peserta ujian : Gangguan sensori persepsi : halusinasi pendengaran. Data pendukung : Data subjektif : pasien mengatakan mendengar suara yang mengajaknya berbicara tanpa ada orangnya. Data objektif : pasien sering bicara dan ketawa sendiri, dan mengarahkan telinga kearah tertentu. 3. Penguji menilai dan mengamati ketepatan pelaksanaan tindakan keperawatan edukasi teknik pengontrolan halusinasi dengan cara menghardik. 4. Penguji mengamati fase komunikasi terapeutik (orientasi, kerja dan terminasi) yang dilakukan peserta pada pasien 5. Monitor perilaku professional peserta 6. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 27 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien diantar keluarganya ke RSJ, karena dirumah sering bicara sendiri dan ketawa sendiri sambil mengarahkan telinganya kearah tertentu) 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap hari ke -3. Rawat inap pertama 4. Riwayat penyakit keluarga (paman pasien mengalami masalah Kesehatan jiwa) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) 6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap perilaku pasien kembali normal) 7. KS berada di bed,, sambil posisi duduk di pinggir tempat tidur, menunjukan perilaku yang tidak normal, bicara dan ketawa sendiri sambil mengarahkan telinga kearah tertentu.

10.	Setting Station:	<p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur dan KS 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Kursi perawat 5. Pintu masuk 
11.	Peralatan yang dibutuhkan	Tidak ada
12.	Penulis	Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep. J Institut Kesehatan Hermina
13.	Referensi	<p><i>Kelial, BA, dkk, 2019, Asuhan Keperawatan Jiwa, Jakarta, EGC</i></p> <p><i>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik.</i> 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p><i>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.</i> 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p><i>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan.</i> 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p><i>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan.</i> 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p>

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
STRATEGI PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA PASIEN
HALUSINASI

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek kelengkapan atribut perawat				
B	Tahap Orientasi				
	2. Menyampaikan salam terapeutik				
	3. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	4. Melakukan evaluasi				
	5. Melakukan validasi				
	6. Melakukan kontrak :				
	a. Topik				
	b. Tujuan				
	c. Waktu				
	d. Tempat				
C	Tahap Kerja				
	7. Edukasi teknik pengontrolan halusinasi dengan cara menghardik				
	8. Tutup kedua telinga sambil mengatakan " Pergi–Pergi kamu suara palsu, saya tidak mau dengar".				
	9. Lakukan sebanyak 3x (Perawat menjelaskan cara menghardik, kemudian mencontohkan cara menghardik, lalu lakukan Bersama – sama dengan pasien dan pasien melakukannya sendiri).				
D	Tahap terminasi				
	a. Evaluasi subjektif				
	b. Evaluasi objektif				
	c. Rencana tindak lanjut				
	d. Kontrak yang akan datang				
	- Topik				
	- Tujuan				
	- Waktu				
	- Tempat				
E	Tahap Dokumentasi				
	10. Hari_tanggal_jam, kegiatan, metode Latihan menghardik dan respon pasien				
F	Penampilan Profesional				
	11. Aman, Nyaman, empati, menghargai dan Responsif				

FORM PENILAIAN
EDUKASI TEKNIK PENGONTROLAN HALUSINASI DENGAN CARA MENGHARDIK 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
EDUKASI TEKNIK PENGONTROLAN HALUSINASI DENGAN CARA MENGHARDIK 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 : menyampaikan salam terapeutik, nama dan peran perawat, melakukan evaluasi, validasi dan melakukan kontrak : topik, tujuan, waktu, tempat (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					1	
2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah Edukasi teknik pengontrolan halusinasi dengan cara menghardik Tutup kedua telinga sambil mengatakan " Pergi – Pergi kamu suara palsu, saya tidak mau dengar". Lakukan sebanyak 3x (Perawat menjelaskan cara menghardik, kemudian mencontohkan cara menghardik, lalu lakukan Bersama – sama dengan pasien dan pasien melakukannya sendiri). 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 memenuhi kebutuhan klien, menyebutkan nama sesuai panggilan kesukaan dan memperhatikan kenyamanan serta 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
EDUKASI TEKNIK PENGONTROLAN HALUSINASI DENGAN CARA MENGHARDIK DI RUANG RAWAT INAP

KOMPETENSI	URAIAN SKOR				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Komunikasi, edukasi dan konseling	Jika tidak ada kemampuan tepat yang dicapai	Jika hanya 1 kemampuan yang dicapai: 1. Fase orientasi (perkenalan dan salam, evaluasi validasi, kontrak, tujuan) 2. Sikap terapeutik 3. Ketepatan edukasi (penjelasan, roleplay/demonstrasi, redemontrasi)	Jika hanya 2 kemampuan yang ditunjukkan: 1. Fase orientasi (perkenalan dan salam, evaluasi validasi, kontrak, tujuan) 2. Sikap terapeutik 3. Ketepatan edukasi (penjelasan, roleplay/demonstrasi, redemontrasi)	Tercapainya 3 kemampuan: 1. Fase orientasi (perkenalan dan salam, evaluasi validasi, kontrak, tujuan) 2. Sikap terapeutik 3. Ketepatan edukasi (penjelasan, roleplay/demonstrasi, redemontrasi)	3	
2. Diagnosis keperawatan	Jika tidak ada kemampuan tepat yang dicapai	Jika hanya 1 kemampuan yang dicapai: 1. Ketepatan penulisan diagnosis keperawatan	Jika hanya 2 kemampuan yang ditunjukkan: 1. Ketepatan penulisan diagnosis keperawatan	Tercapainya 3 kemampuan: 1. Ketepatan penulisan diagnosis keperawatan	2	

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Ketepatan penulisan data pendukung subyektif 3. Ketepatan penulisan data pendukung obyektif 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Ketepatan penulisan data pendukung subyektif 3. Ketepatan penulisan data pendukung obyektif 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Ketepatan penulisan data pendukung subyektif 3. Ketepatan penulisan data pendukung obyektif 		
3. Implementasi: Keperawatan	Jika tidak ada kemampuan tepat yang dicapai	<p>Jika hanya 1 kemampuan yang dicapai</p> <p>1. Sesuai dengan teknik pengontrolan halusinasi “menghardik”</p> <p>2. Edukasi jelas</p> <p>3. Demonstrasi dan benar</p> <p>4. Redemonstrasi</p>	<p>Jika hanya 2 kemampuan yang ditunjukkan</p> <p>1. Sesuai dengan teknik pengontrolan halusinasi “menghardik”</p> <p>2. Edukasi jelas</p> <p>3. Demonstrasi dan benar</p> <p>4. Redemonstrasi</p>	<p>Tercapainya 3 kemampuan :</p> <p>1. Sesuai dengan teknik pengontrolan halusinasi “menghardik”</p> <p>2. Edukasi jelas</p> <p>3. Demonstrasi dan benar</p> <p>4. Redemonstrasi</p>	3	
4. Evaluasi Keperawatan	Jika tidak ada kemampuan tepat yang dicapai	<p>Jika hanya 1 kemampuan yang dicapai</p> <p>1. Menanyakan evaluasi subyektif</p> <p>2. Menanyakan evaluasi obyektif</p>	<p>Jika hanya 2 kemampuan yang ditunjukkan</p> <p>1. Menanyakan evaluasi subyektif</p> <p>2. Menanyakan evaluasi obyektif</p>	<p>Tercapainya 3 kemampuan:</p> <p>1. Menanyakan evaluasi subyektif</p> <p>2. Menanyakan evaluasi obyektif</p>	1	

		3. Meminta pasien untuk redemonstrasi	2. Menanyakan evaluasi obyektif 3. Meminta pasien untuk redemonstrasi	3. Meminta pasien untuk redemonstrasi		
5. Perilaku Profesional	Jika tidak ada kemampuan tepat yang dicapai	Jika hanya 1 kemampuan yang dicapai 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri (bersikap tetap tenang) 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesui prioritas 4. Menunjukkan sikap empati dan menghargai	Jika hanya 2 kemampuan yang ditunjukkan 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri (bersikap tetap tenang) 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesui prioritas 4. Menunjukkan sikap empati dan menghargai	Tercapainya 3 kemampuan: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri (bersikap tetap tenang) 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesui prioritas 4. Menunjukkan sikap empati dan menghargai	1	

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....

Penguji :

AKTIVITAS DAN ISTIRAHAT

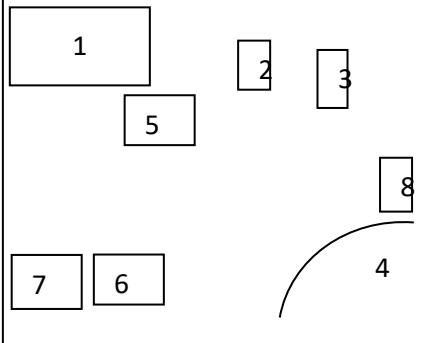
BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Aktivitas dan istirahat	Lansia	Komunitas	Komunitas	1, 3, 5, 6	penentuan diagnosis, Edukasi ambulasi (pemberian ROM aktif), Evaluasi post edukasi	Laki-Laki, Umur 68 tahun		Ada	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan aktifitas pada klien lansia 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, pemberian bantuan aktivitas .
5.	Kompetensi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang laki-laki umur 68 tahun dirawat di ranap penyakit dalam dengan post stroke hari ke-5. Hasil pengkajian: badan terasa lemes, anggota gerak ekstremitas bawah untuk bergerak kaku; frekuensi napas 34 kali per menit, frekuensi Nadi 86 kali per menit. TD 160/90 mmHg</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada probandus 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan tindakan ROM aktif di anggota estremitas gerak bawah pada probandus
8.	Instruksi untuk penguji	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang laki-laki umur 68 tahun dirawat di ranap penyakit dalam dengan post stroke hari ke-5. Hasil pengkajian: badan terasa lemes, anggota gerak ekstremitas bawah untuk</p>

		<p>bergerak kaku; frekuensi napas 34 kali per menit, frekuensi Nadi 86 kali per menit. TD 160/90 mmHg</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada probandus 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan tindakan ROM aktif di anggota estremitas gerak bawah pada probandus <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pengukuran kekuatan otot anggota gerak bawah 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : gangguan mobilitas fisik 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian tindakan perawatan berupa ROM 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 68 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh mengeluh badan terasa lemes, anggota gerak ekstremitas bawah untuk bergerak kaku) 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -1. 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga ada yang mengalami keluhan yang sering pusing) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna) 6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa beraktifitas lagi) 7. KS tiduran di bed, badan terasa lemes dan kaki sukar untuk digerakkan. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat tidur, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian <p>Probandus seorang dewasa yang bisa bermain peran.</p>

10.	Setting Station:	<p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Probandus - laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur dan probandus serta KS 2. Meja pengujji 3. Kursi pengujji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran 
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tdur dan kasur : 1 2. Sarung tangan ; sejumlah peserta 3. Selimut ; 1 set 4. Bantal : 2 set 5. Stetoskop : 1 6. Cotton bud : 1 bok 7. Bengkok : 1 (bila perlu) <p>Laboran ada</p> <p>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian.</p>
12.	Penulis	<p>a. Subandiyo, S.Pd,vS. Kep., Ns., . Kep,M.Kes b. Poltekkes Kemenkes Semarang</p>
13.	Referensi	<p>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p>

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

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMBERIAN ROM**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan b. Sprae / stike laken c. Minyak pelumas d. Tissue e. Bengkok 				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d. 18 : 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/tempat yang digunakan				
	14. pastikan estremitas bawah paten				
	15. Lutut Ankat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi. Gerakan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar kearah dalam dan luar.				
	16. Pergelangan kaki Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki ke atas dan kebawah lalu putar kearah dalam dan luar				
	17. Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan membungkuk kemudian putar pinggang ke samping kanan dan kiri. INGAT. Tidak dipaksakan dalam latihan, lakukan seseringan mungkin				

	18. monitor setelah tindakan (subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene			
D	Tahap terminasi			
	19. simpulkan kegiatan			
	20. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)			
	21. reinforcement positif			
	22. kontrak waktu selanjutnya			
	23. akhiri tindakan dengan baik			
E	Tahap Dokumentasi			
	24. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode tindakan serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada			
F	Penampilan Profesional			
	25. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif			

**FORM PENILAIAN
AKTIFITAS DAN LATIHAN 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
AKTIFITAS DAN LATIHAN 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 keadaan umum pada klien. Peserta melakukan palpasi dengan tepat pada ujung ekstremitas probandus, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab pengujii sesuai scenario).					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 ROM 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
AKTIFITAS DAN LATIHAN DI RUANG RAWAT INAP**

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	- Peserta tidak melakukan penilaian kekuatan otot, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian kekuatan otot, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian kekuatan otot dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa kekuatan otot pada probandus (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa ujung ekstremitas probandus dengan palpasi dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	• peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat,	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : pola aktifitas, tanpa	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : gangguan pola	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : gangguan pola	2	

	bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam scenario kasus di bagian instruksi pengujian	menyampaikan etiologi serta data pendukung	aktifitas berhubungan dengan penyakit, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	aktifitas berhubungan dengan penyakit ditandai dengan pasien mengeluh badan lemes, kekakuan otot dan sendi, frekuensi napas 34 kali/menit, Nadi 86 kali/menit, TD 160/90 mmHg		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan ROM, namun memberikan modalitas yang lainnya	Peserta melakukan pemberian ROM, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan ROM namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan ROM dengan tepat : Lima prinsip pemberian ROM diberikan dengan tepat <ol style="list-style-type: none">1. Siap pasien, Siap perawat, Siap alat : pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir)2. hand hygiene3. modalitas tepat yang digunakan4. Sistematis mulai dari proximal sampai ke distal	5	

				5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam , kegiatan, metode pemberian ROM serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada		
Perilaku profesional	<p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	2	

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

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....
Penguji :

SEKSUAL DAN REPRODUKSI

BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	<i>Lifes 10pan</i>	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 3, 6	Pengkajian lochea, Diagnosis	Perempuan, 28 tahun	Ya	ya	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Seksual reproduksi pada klien ibu post partum di ruang nifas
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian lochea, perineum, dan penegakkan diagnosis.
5.	Kompetensi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi, edukasi 2. Pengkajian 3. Diagnosis 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional
6.	Kategori	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang ibu umur 28 tahun dirawat diruang Nifas dengan P1A0 hari ke-2. Ibu spontan partus, episiotomy, banyaknya jahitan 4 kali. BB bayi 3,5 Kg. Ibu mengeluh nyeri pada daerah perineum, Perineum berwarna kemerahan, lochea rubra, bau khas.</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus pada daerah genitalia berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario diatas dan hasil validasi pengkajian fokus
8.	Instruksi untuk penguji	<p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang ibu umur 28 tahun dirawat diruang Nifas dengan P1A0 hari ke-2. Ibu spontan partus, episiotomy, banyaknya jahitan 4 kali. BB bayi 3,5 Kg. Ibu mengeluh nyeri pada daerah perineum, Perineum berwarna kemerahan, lochea rubra, bau khas.</p> <p><u>TUGAS :</u></p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus pada daerah genitalia berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario diatas dan hasil validasi pengkajian fokus <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni melihat keadaan luka perineum yang meliputi warna kemerahan, dan keluaran lochea. Pada saat peserta melakukan pemeriksaan pada manikin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa keadaan luka perineum berwarna kemerahan, terasa nyeri pada daerah episiotomy, dan keluaran lochea berwarna rubra, dan berbau khas. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan adanya tindakan episiotomy, jahitan 4 kali, tampak kemerahan pada perineum, dan lochea rubra, berbau khas. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam menyampaikan hasil pengkajian dan penegakkan diagnosis. 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manekin yang diperlukan adalah manekin perempuan dewasa post partum. 2. Manekin dalam posisi tiduran. 3. Pada saat pengkajian kedua kaki manekin ditekuk dalam posisi dorsal recumbent sehingga peserta dapat melakukan pengkajian pada daerah perineum.
10.	Setting Station:	<p>Ruangan Rawat Inap Nifas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Manekin perempuan dewasa post partum <p>tata letak ruang :</p>

		<p>1. Tempat tidur dan manekin perempuan dewasa post partum 2. Meja penguji 3. Kursi penguji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah</p>
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bengkok: 1 2. Handscoen: 1 pasang 3. Pencahayaan/ senter
12.	Penulis	<p>a. Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,N.S.,MSc b. Prodi Keperawatan Ende Kemenkes Poltekkes Kupang</p>
13.	Referensi	<p>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p>

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMERIKSAAN FISIK IBU POST PARTUM**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Handscoen 1 pasang b. Penerangan/ Senter c. Bengkok 				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	7. Memberi kesempatan bertanya				
	8. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d. 19 : sistematis)				
	9. Mencuci tangan				
	10. Mengatur posisi tidur pasien dorsal recumbent				
	11. Memeriksa jahitan episiotomi ada atau tidaknya REEDA (Redness (kemerahan), Edema (bengkak), Ecchymosis (Ekimosis), Discharge (discharge), Aproximation (pendekatan))				
	12. Memeriksa lochea yang keluar meliputi warna dan bau				
	13. Melepaskan sarung tangan				
	14. Merapihkan pasien				
	15. Merapihkan alat				
	16. Mencuci tangan				
D	Tahap terminasi				
	17. Memberitahuakan hasil pemeriksaan pada pasien				
	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, pemeriksaan fisik genitalia pada ibu post partum serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	23. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif				

**FORM PENILAIAN
SEKSUAL DAN REPRODUKSI KLIEN IBU DI RUANG RAWAT NIFAS**

I. Form Penilaian

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

**RUBRIK PENILAIAN
SEKSUAL DAN REPRODUKSI KLIEN IBU DI RUANG RAWAT NIFAS**

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : Penilaian terhadap jahitan episiotomi ada atau tidaknya REEDA (Redness (kemerahan), Edema (bengkak), Ecchymosis (Ekimosis), Discharge (discharge), Aproximation (pendekatan) dengan tepat pada genitalia manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					4	
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.					4	

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 DAN REPRODUKSI KLIEN IBU DI RUANG RAWAT NIFAS**

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	Peserta tidak melakukan penilaian keadaan perineum dan lochea	Peserta melakukan penilaian keadaan perineum dan lochea namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan penilaian keadaan perineum dan lochea dengan tepat namun tidak memperhatikan privasi pasien	Mampu memastikan posisi tidur dengan benar posisi dorsal recumbent, menjaga privasi, dan mampu melakukan penilaian terhadap jahitan episiotomi ada atau tidaknya REEDA (Redness (kemerahan), Edema (bengkak), Ecchymosis (Ekimosis), Discharge (discharge), Aproximation (pendekatan) dengan tepat pada genitalia manekin, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya.	4	
Diagnosis keperawatan	• peserta menyampaikan masalah, namun	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis	4	

	disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selaian yang tertuang dalam scenario kasus di bagian instruksi penguji	sesuai scenario : risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	sesuai scenario : risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	sesuai scenario : risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan adanya tindakan episiotomy, jahitan 4 kali, tampak kemerahan pada perineum, dan lochea rubra, berbau khas.		
Perilaku profesional	<p>Peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 	2	

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

Jumlah total skor

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Jakarta,

.....
Penguji :.....

BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes 10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	Skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 3, 6	Pengkajian lochea, Diagnosis	Perempuan, 28 tahun	Ada	Ada		

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Seksual & reproduksi 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 vulva hygiene .
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	<p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang perempuan 28 tahun P2A0 melahirkan normal 2 hari yang lalu dengan episiotomi. Hasil pengkajian: ibu mengeluh nyeri saat BAK, pembalut penuh,kontraksi uterus kuat,TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 75 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan tindakan perawatan vulva hygiene pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang perempuan 28 tahun P2A0 melahirkan normal 2 hari yang lalu dengan episiotomi. Hasil pengkajian: ibu mengeluh nyeri saat BAK, pembalut penuh,kontraksi uterus kuat,TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 75 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan tindakan perawatan vulva hygiene pada manekin <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni tindakan perawatan vulva Hygiene pada manekin.

		<p>Pada saat peserta membersihkan vulva dimulai dari labia mayora dan seterusnya dengan arah dari klitoris ke anus, penguji menyampaikan bahwa kondisi vulva kemerahan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : resiko infeksi pada ibu tandai dengan ibu mengeluh nyeri saat BAK, pembalut penuh, kontraksi uterus kuat,TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 75 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam perawatan vulva hygiene pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa membersihkan vulva mulai dari labia mayora ke labia minora dan seterusnya dengan arah dari klitoris ke anus Monitor perilaku professional peserta 3. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. 4. Monitor perilaku professional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien perempuan, usia 28 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh nyeri saat BAK) 3. Persalinan sekarang adalah yang ke dua, persalinan pertama 5 tahun yang lalu dengan persalinan spontan tanpa episiotomi. 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien datang diantar suami dan keluarga) 6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap masa nifas berjalan dengan normal) 7. KS tiduran di bed, sambil posisi litotomi, terlentang kedua kaki ditekuk. Pada saat pemeriksaan perawatan vulva Hygiene kedua kaki dibuka. 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 <p>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa atau manekin yang lengkap, yang terdapat genetalia wanita luar yang masih utuh</p>
10.	Setting Station:	<p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin dewasa atau vulva wanita bagian luar - laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur dan manekin dewasa / perut ibu hamil 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	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sarung tangan bersih 2. Kom berisi kapas savlon atau kapas sublimat 3. Perlak 4. Pispot 5. Waskom berisi air bersih 6. Pembalut 7. Bengkok <p>Laboran ada Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran merapikan manekin dan menutupinya dengan selimut</p>
12.	Penulis	<p>a. Hilma Yasni, SST.,M.Kes b. Prodi Keperawatan Aceh Selatan Poltekkes Kemenkes Aceh</p>
13.	Referensi	<p>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p>

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PERAWATAN VULVA HYGIENE**

No	Kegiatan/Tahapan	Dilakukan		Kompeten	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
A	Tahap Pra interaksi				
	1. Mengecek catatan medis dan perawatan				
	2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih b. Kom berisi kapas savlon c. Perlak d. Pispot e. Waskom berisi air bersih f. Pembalut g. Bengkok 				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 s.d. 24 : sistematis)				
	11. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	12. Jaga privasi pasien				
	13. Atur posisi litotomi				
	14. Pasang perlak dan pispot				
	15. Identifikasi kondisi vulva				
	16. Pasang sarung tangan				
	17. Guyur genetalia luar dengan air bersih				
	18. Buka vulva dengan ibu jari dan jari telunjuk				
	19. Bersihkan vulva mulai dari labia mayora kanan, labia mayora kiri, labia minora kanan, labia minora kiri, vestibulum, perineum dengan arah dari klitoris ke anus dengan kapas basah.				
	20. Pasang pembalut dan celana dalam				
	21. Rapikan pasien dan alat yang digunakan				
	22. Lepaskan sarung tangan				
	23. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah				
	24. Dokumentasi prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien				
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, cara pelaksanaan vulva hygiene, jenis lokhea, warna dan jumlah, tanda-tanda				

	REEDA) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	31. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
PERAWATAN VULVA HYGIENE 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 VULVA HYGIENE DI RUANG NIFAS

II. Rubrik

KOMPETENSI	SKOR (S)				BOBOT (B)	NILAI (S X B)
	0	1	2	3		
1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : pasien post partum hari kedua, mengeluh nyeri saat BAK. Peserta membersihkan vulva mulai dari labia mayora kanan, labia mayora kiri, labia minora kanan dan labia minora kiri dari arah klitoris ke anus dengan kapas basah pada manekin, lalu peserta merapikan pasien dan alat - alat (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					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 perawatan vulva Hygiene dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PERAWATAN VULVA HYGIENE DI RUANG NIFAS

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	- Peserta tidak melakukan perawatan vulva Hygiene, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan perawatan vulva Hygiene, namun posisi tidak tepat	Peserta melakukan perawatan vulva higiene dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa perawatan vulva Hygiene pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pemeriksaan sesuai instruksi penguji saat peserta melakukan perawatan vulva Hygiene dengan arah kapas dari klitoris ke anus dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan tepat	1	
Diagnosis keperawatan	• peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain tertuang yang dalam	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : resiko infeksi , tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : resiko infeksi berhubungan dengan episiotomi, ibu mengatakan nyeri saat BAK.		2	

	scenario kasus di bagian instruksi penguji		tidak disampaikan dengan adekuat		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan perawatan vulva Hygiene, namun hanya memenuhi 4-5 dari 20 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan perawatan vulva Hygiene, namun hanya 3-4 dari 20 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan perawatan vulva Hygiene, namun hanya 3-4 dari 20 prinsip dengan tepat	<p>Peserta melakukan perawatan vulva Hygiene dengan tepat :</p> <p>Lima prinsip pemeriksaan DLL diberikan dengan tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siap pasien, Siap perawat, Siap alat : pasien safety (clear identitas minimal status dan riwayat obstetri) 2. hand hygiene 3. modalitas tepat yang digunakan : kapas basah 4. Sistematis (anjurkan ibu berbaring telentang, buka pakaian pada bagian perut ibu,pasang perlak dan pengalas, guyur vulva ibu dengan air. Bersihkan vulva mulai dari labia 	5

				<p>mayora kanan, labia mayora kiri, labia minora kanan, labia minora kiri, vestibulum, perineum dengan arah dari klitoris ke anus dengan kapas basah</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode perawatan vulva hygiene, keadaan luka episiotomi) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada</p>	
Perilaku profesional	<p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak 	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak 	2

	<p>sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	<p>membahayakan klien dan diri sendiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	<p>membahayakan klien dan diri sendiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi 	
--	--	---	---	--

Jumlah total skor

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

Jakarta,

.....
Penguji :

BLUEPRINT SOAL

Station	Kategori kebutuhan Dasar	Lifes 10pan	Kel keilmuan	Seting	Kategori Kompetensi	skill	KS	Manakin	Laboran	Jumlah soal	PJ
	Seksual & reproduksi	Dewasa	Maternitas	Ranap	2, 3, 6	Pengkajian lochea, Diagnosis	Perempuan, umur 28 tahun	Payudara	Ada	3	

TEMPLATE SOAL

1.	Nomor station (Dikosongkan)
2.	Judul station	Kebutuhan Seksual & reproduksi
3.	Waktu yang dibutuhkan	13 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan perawatan payudara pada masa nifas
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	<p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang perempuan 28 tahun P1 A0 dirawat di ruang nifas post seksio sesaria hari ke 2 dengan keluhan, payudara bengkak, nyeri dan ASI tidak keluar. Hasil pemeriksaan fisik: payudara bengkak sebelah kiri dan kanan, putting susu datar, areola tampak kotor, adaya nyeri tekan , skala nyeri 6, suhu 37,5, TD 120/90mmHg</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawaban berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus Lakukan perawatan payudara pada manekin
8.	Instruksi untuk penguji	<p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang perempuan 28 tahun P1 A0 dirawat di ruang nifas post seksio sesaria hari ke 2 dengan keluhan, payudara bengkak, nyeri dan ASI tidak keluar. Hasil pemeriksaan fisik: payudara bengkak sebelah kiri dan kanan, putting susu datar, areola</p>

		<p>tampak kotor, adaya nyeri tekan , skala nyeri 5, suhu 37,5, TD 120/90mmHg.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan scenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawaban berdasarkan scenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan perawatan payudara pada manekin <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pemeriksaan payudara pada manekin. Pada saat peserta melakukan periksaan ,penguji menyampaikan bahwa secara benar dan sistematis. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak adekuatnya suplai ASI ditandai dengan pasien mengeluh payudara bengkak dan nyeri, ASI tidak keluar putting susu datar, areola tampak kotor, adaya nyeri tekan , skala nyeri 5, suhu 37,5, TD 120/90mmHg 1. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam melakukan perawatan payudara pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa payudara tidak bengkak lagi ASI sudah keluar saat peserta melakukan evaluasi pada payudara setelah dilakukan perawatan payudara. 2. Monitor perilaku professional peserta 3. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.
9.	Instruksi untuk klien standar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien Peremuan, usia 28 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh payudara bengkak, nyeri dan ASI tidak keluar P1 A0 dirawat di ruang nifas post seksio sesaria hari ke 2,masuk ke rumah sakit karena mau melahirkan 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke 1. 4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang yang melahirkan seksio sesaria) 5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)

		<p>6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap payudara tidak Bengkak lagi, ASI lancar dan bayi dapat menyusui)</p> <p>7. KS tiduran di bed, atau duduk diatas tempat tidur sambil posisi setengah duduk. 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</p> <p>Manekin yang diperlukan adalah manekin payudara, digunakan untuk perawatan payudara.</p>
10.	Setting Station:	<p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin payudara - laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur dan manekin anak serta KS 2. Meja pengujji 3. Kursi pengujji 4. Pintu masuk 5. Trolley t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran
11.	Peralatan yang dibutuhkan	<p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Set Manikin:1 set 2. Tempat tidur : 1buah 3. Bengkok : 1buah 4. Handuk besar :1buah 5. Handuk kecil: 2 buah 6. Waskom berisi air biasa dan dingin: 2 buah 7. Kassa steril: 1 kotak 8. Baby Oil: 1botol <p>Laboran ada</p> <p>Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian Siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran</p>

		meng-O kan kembali flowmeter oksigen, dan menutup akses sumber oksigen
12.	Penulis	a. Marlina, S. Kep., Ners., S. Kep.,M.Kes b. Poltekkes Kemenkes Aceh
13.	Referensi	<p>Utami, D. P., Samutri, E., Murniasih, E., Dewi, i. M., Haryanti, p., & Wahyuningsih. (2022). <i>Buku Ajar Perawatan Maternitas</i>. Yogyakarta: K-Medika.</p> <p>Putri., Rahmawati., Marlina., Anita,, Nurlina.,ed al(2024), <i>Ketrampilan perawatan post natal</i>.Purbalingga: CV.Eureka Media Aksara.</p> <p>Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p>

**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 <ul style="list-style-type: none"> a. Set Manikin payudara b. Tempat tidur c. Bengkok d. Handuk besar e. Handuk kecil f. Waskom berisi air biasa dan dingin g. Kassa steril h. Baby Oil 				
	3. Mencuci tangan				
B	Tahap Orientasi				
	4. Menyampaikan salam terapeutik				
	5. Menyampaikan nama dan peran perawat				
	6. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif				
	7. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu				
	8. Memberi kesempatan bertanya				
	9. Memulai tindakan dengan baik				
	10. Jaga privasi				
C	Tahap Kerja (No 11 sd 23 : sistematis)				
	11. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, Siap perawat atur kenyamanan tindakan, Siap alat memastikan alat Siap semuanya dekat pasien				
	12. hand hygiene				
	13. modalitas tepat yang digunakan : baby oil dan kassa Sseril (dasar instruksi scenario)				
	14. Pakaian bagian ats dada di buka kemudian tutup bagian punggung pasien dengan handuk untuk menjaga privasi pasien				
	15. Kompres putting susu selama 3-5 menit menggunakan kassa steril yang sudah di basahi dengan baby oil				
	16. Bersihkan putting susu dan areola secara menlingkar apabila putting susu datar maka tariklah puting susu agar menonjol				
	17. Massage payudara dengan jari dan telapak tangan secara melingkar sebanyak 20-30 kali (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)				

	18. Massage payudara dengan punggung tangan pada jari keleling di seluruh permukaan payudara sebanyak 20-30 kali (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)				
	19. Massage payudara dengan bukubuku jari dari pangkal sampai ke putting susu sebanyak 20-30 kali (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)				
	20. Urut payudara dari pangkal sampai ke putting susu untuk memastikan ASI sudah keluar atau belum (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)				
	21. Kompres kedua payudara dengan menggunakan handuk yang sudah dibasahi dengan air hangat dan air dingin (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)				
	22. Keringan kedua payudara dengan menggunakan handuk bersih dan kering				
	23. Monitor setelah perawatan payudara (subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene				
D	Tahap terminasi				
	24. simpulkan kegiatan				
	25. evaluasi respon (subyektif dan obyektif)				
	26. reinforcement positif				
	27. kontrak waktu selanjutnya				
	28. akhiri tindakan dengan baik				
E	Tahap Dokumentasi				
	29. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode perawatan payudara) dan respon serta kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada				
F	Penampilan Profesional				
	30. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif				

FORM PENILAIAN
PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU NIFAS DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU NIFAS 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 bentuk dan kebersihan payudara serta produksi ASI. Peserta melakukan inspeksi dan palpasi pada manikin payudara , lalu peserta menuliskan hasil pemeriksaan payudara (hasil dijawab penguji sesuai scenario).					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 perawatan payudara pada ibu nifas dengan langkah-langkah kerja yang nyaman, aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					5	
4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor.					2	

III. Global Performance

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

TIDAK LULUS	BORDERLINE	LULUS	SUPERIOR

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN PERAWATAN PAYUDARA PADA IBU NIFAS DI RUANG RAWAT INAP

Kompetensi	Skor (S)				Bobot (B)	Nilai (S x B)
	0	1	2	3		
Pengkajian keperawatan	- Peserta tidak melakukan pemeriksaan payudara	Peserta melakukan pemeriksaan payudara, namun tidak tepat	Peserta melakukan pemeriksaan payudara dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi	Mampu melakukan pengkajian fokus berupa pemeriksaan payudara pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa payudara dengan teknik inspeksi dan palpasi dan dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar.	1	
Diagnosis keperawatan	• Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam scenario kasus	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Menyusui tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak adekuatnya suplai ASI, namun data	Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai scenario : Menyusui tidak efektif berhubungan dengan tidak adekuatnya suplai ASI ditandai dengan pasien mengeluh	2	

	di bagian instruksi penguji		pendukung tidak disampaikan dengan adekuat	payudara bengkak dan nyeri, ASI tidak keluar putting susu datar, areola tampak kotor, adaya nyeri tekan , skala nyeri 5, suhu 37,5, TD 120/90mmHg		
Implementasi keperawatan	Peserta tidak melakukan tindakan perawatan payudara, namun hanya menjelaskan tujuan perawatan payudara	Peserta melakukan perawatan payudara , namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan tindakan peawatan payudara, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat	Peserta melakukan perawatan payudara dengan tepat : lima prinsip tindakan perawatan payudara diberikan dengan tepat <ol style="list-style-type: none"> 1. Siap pasien, Siap perawat, Siap alat : pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. hand hygiene 3. modalitas tepat yang digunakan : baby oil, kassa steril dan handuk 4. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, Siap perawat atur 	5	

				<p>kenyamanan tindakan, Siap alat memastikan alat Siap semuanya dekat pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. hand hygiene 6. modalitas tepat yang digunakan : baby oil dan kassa Sseril (dasar instruksi scenario) 7. Pakaian bagian atas dada di buka kemudian tutup bagian punggung pasien dengan handuk untuk menjaga privasi pasien 8. Kompres putting susu selama 3-5 menit menggunakan kassa steril yang sudah di basahi dengan baby oil 9. Bersihkan putting susu dan areola 	
--	--	--	--	--	--

				<p>secara menlingkar apabila putting susu datar maka tariklah puting susu agar menonjol</p> <p>10. Massage payudara dengan jari dan telapak tangan secara melingkar sebanyak 20-30 kali (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)</p> <p>11. Massage payudara dengan punggung tangan pada jari keleling di seluruh permukaan payudara sebanyak 20-30 kali (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)</p> <p>12. Massage payudara dengan bukubuku jari dari pangkal sampai ke putting</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>susu sebanyak 20-30 kali (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)</p> <p>13. Urut payudara dari pangkal sampai ke putting susu untuk memastikan ASI sudah keluar atau belum (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)</p> <p>14. Kompres kedua payudara dengan menggunakan handuk yang sudah dibasahi dengan air hangat dan air dingin (lakukan secara bergantian pada payudara kiri dan kanan)</p> <p>15. Keringan kedua payudara dengan menggunakan handuk bersih dan</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>kering, monitor setelah tindakan perawatan payudara (subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene</p> <p>16. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, perawatan payudara) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada</p>		
Perilaku profesional	<p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 	<p>Meminta izin secara lisan dan menyiapkan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 	2	

	2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi	
--	--	--	--	--	--

Jumlah total skor

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

Jakarta,

Penguji :.....

SINOPSIS

Buku Latihan Soal, Rubrik, Dan Blueprint Osce DIII Keperawatan adalah buku yang dirancang dalam mempersiapkan diri menghadapi Ujian Praktik Klinis berbasis OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Buku ini dapat membantu baik dosen, pengaji, 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 DIII Keperawatan tidak hanya berguna sebagai panduan persiapan ujian, tetapi juga sebagai sumber rujukan yang berharga bagi para bidan yang ingin memperdalam pemahaman mereka tentang praktik klinis yang berkualitas dalam bidang keperawatan.



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

Buku ini disusun secara sistematis untuk mencakup berbagai aspek penting yang akan diujikan 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 point-point penting yang perlu diperhatikan.

Buku Latihan Soal, Rubrik, Dan Blueprint Osce DIII Keperawatan tidak hanya berguna sebagai panduan persiapan ujian, tetapi juga sebagai sumber rujukan yang berharga bagi para bidan yang ingin memperdalam pemahaman mereka tentang praktik klinis yang berkualitas dalam bidang keperawatan.

ISBN 978-623-8549-99-3



9 786238 549993

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