

BLUEPRINT, SOAL, DAN RUBRIK PENILAIAN OSCE PROFESI NERS

Dhiana Setyorini • Kadek Ayu Erika • Anida • Gevi Melliyia Sari • Wyssie Ika Sari
Kurniati Prihatin • Danur Azissah Roesliana Sofais • Emi Pebriani • Yosefina Nelista
Ridha Hidayati • Nenny Parinussa • Khairul Andri • Eni Kusyati
Khusana Rahma • Titi Astuti • Ardianapodesta

Editor: Kadek Ayu Erika



BLUEPRINT, SOAL, DAN RUBRIK PENILAIAN OSCE PROFESI NERS

Penulis:

Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep., Sp.Mat.

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes.

Anida, S.Kep., Ns., M.Sc.

Gevi Melliya Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.

Wyssie Ika Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.

Kurniati Prihatin, Ners., M.Kep.

Ns. Danur Azissah Roesliana Sofais, S.Kep., M.Kes.

Ns. Emi Pebriani, M.Kep.

Yosefina Nelistia, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Ridha Hidayati, M.Kep.

Ns. Nenny Parinussa, S.Kep., M.Kep.

Khairul Andri, M.Kep., Ns., Sp.Kep,Kom.

Ns. Eni Kusyati, M.Si.Med.

Khusana rahma, S.Kep., M.Tr.Kep.

Ns. Titi Astuti, M.Kep., Sp.Mat.

Ns. Ardianapodesta, S.Kep., M.Kep.

Editor:

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes.



BLUEPRINT, SOAL, DAN RUBRIK PENILAIAN OSCE PROFESI NERS

Penulis: Dr. Dhiana Setyorini, M.Kep., Sp.Mat.
Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes.
Anida, S.Kep., Ns., M.Sc.
Gevi Mellia Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.
Wyssie Ika Sari, S.Kep., Ns., M.Kep.
Kurniati Prihatin, Ners., M.Kep.
Ns. Danur Azissah Roesliana Sofais, S.Kep., M.Kes.
Ns. Emi Pebriani, M.Kep.
Yosefina Nelista, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Ridha Hidayati, M.Kep.
Ns. Nenny Parinussa, S.Kep., M.Kep.
Khairul Andri, M.Kep., Ns., Sp.Kep,Kom.
Ns. Eni Kusyati, M.Si.Med.
Khusana rahma, S.Kep., M.Tr.Kep.
Ns. Titi Astuti, M.Kep., Sp.Mat.
Ns. Ardianapodesta, S.Kep., M.Kep.

Editor:

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8549-93-1

Cetakan Pertama: September, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

**PT NUANSA FAJAR CEMERLANG
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 Blueprint, Soal, dan Rubrik Penilaian Osce Profesi Ners dapat terselesaikan dan terkompilasi dengan baik. Buku ini hadir untuk memberikan gambaran tidak hanya kepada mahasiswa yang sedang menghadapi Ujian OSCE, namun kepada dosen dan penguji untuk memberikan penjelasan dan pemahaman kepada mahasiswa mengenai pelaksanaan ujian OSCE.

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

Juli 2024

Penyusun

DAFTAR ISI

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| PRAKATA | .iii |
| DAFTAR ISI | .iv |
| OKSIGENASI | 1 |
| SIRKULASI..... | 43 |
| CAIRAN DAN ELEKTROLIT | 57 |
| NUTRISI..... | 73 |
| AMAN DAN NYAMAN | 115 |
| PSIKOSOSIAL..... | 129 |
| ELIMINASI..... | 143 |
| SEKSUAL DAN REPRODUKSI | 173 |

OKSIGENASI

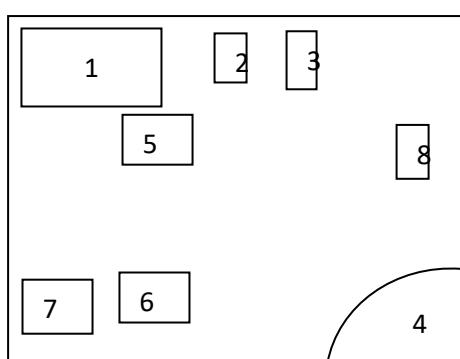
BLUEPRINT SOAL

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

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judul station | Kebutuhan oksigenasi pada klien anak di ruang rawat inap |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 13 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemberian obat inhalasi . |
| 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: Seorang anak laki-laki umur 8 tahun dirawat di ranap anak dengan pneumonia hari ke-2. Hasil pengkajian: anak mengeluh batuk berdahak; anak sesak, napas dangkal, adanya tarikan dinding dada; terdengar suara mengi, frekuensi napas 34 kali per menit. Saturasi oksigen 97%.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus Lakukan pemberian obat inhalasi : Ventolin 2,5 mg diencerkan dengan NaCl 2 cc pada manekin |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK: Seorang anak laki-laki umur 8 tahun dirawat di ranap anak dengan pneumonia hari ke-2. Hasil pengkajian: anak mengeluh batuk berdahak; anak sesak, napas dangkal, adanya tarikan</p> |

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| | | <p>dinding dada; terdengar suara mengi, frekuensi napas 34 kali per menit. Saturasi oksigen 97%.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian obat inhalasi : Ventolin 2,5 mg diencerkan dengan NaCl 2 cc 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 97% 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas ditandai dengan pasien mengeluh batuk berdahak, sesak, napas dangkal, adanya tarikan dinding dada; terdengar suara mengi, frekuensi napas 34 kali per menit. Saturasi oksigen 97 %. 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian obat inhalasi pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa sesak berkurang saat peserta melakukan evaluasi jalan nafas pasien setelah pemberian obat inhalasi 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 8 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh mengeluh mengeluh batuk berdahak; anak sesak,, pasien rawat inap hari ke-2, masuk rumah sakit karena sesak napas dan batuk) 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama 6 bulan yang lalu. 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) |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| | | <p>6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa masuk sekolah lagi)</p> <p>7. KS tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk menunjukan batuk, sesak, napas dangkal, tarikan dinding dada. Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian</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 anak - 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. Mesin Nebuleser : 1 2. Masker dan selang nebulizer : sejumlah peserta 3. Ventolin 2,5 mg : sejumlah peserta 4. NaCl 0.9 % : 1 plabot 100 cc 5. Spuit 3 cc : sesuai jumlah peserta 6. Stetoskop : 1 7. Oksimetri : 1 8. Cotton bud : 1 bok 9. Bengkok : 1 10. Sarung tangan : sejumlah peserta 11. Tisu |

| | | |
|-----|-----------|--|
| | | <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-0 kan kembali flowmeter oksigen, dan menutup akses sumber oksigen</p> |
| 12. | Penulis | <p>a. Anida, S. Kep., Ns., M.Sc</p> <p>b. STIKES Wira Husada Yogyakarta</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 OBAT INHALASI**

| No | Kegiatan/Tahapan | Dilakukan | | Kompeten | |
|-----------|---|------------------|--------------|-----------------|--------------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| | Prosedur | | | | |
| 1. | Identifikasi pasien minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) | | | | |
| 2. | Jelaskan tujuan dan langkah – langkah prosedur | | | | |
| 3. | Siapkan alat dan bahan yang diperlukan a. Mesin Nebuleser : 1 b. Masker dan selang nebulizer : sejumlah peserta c. Ventolin 2,5 mg : sejumlah peserta d. NaCl 0.9 % : 1 plabot 100 cc e. Spuit 3 cc : sesuai jumlah peserta f. Stetoskop : 1 g. Oksimetri : 1 h. Cotton bud : 1 bok i. Bengkok : 1 j. Sarung tangan : sejumlah peserta k. Tisu | | | | |
| 4. | Gunakan prinsip 6 benar (pasien, obat, waktu, rute, dokumentasi) | | | | |
| 5. | Lakukan kebersihan tangan 6 langkah | | | | |
| 6. | Pasang sarung tangan | | | | |
| 7. | Posisikan pasien senyaman mungkin dengan posisi semi fowler atau fowler | | | | |
| 8. | Masukkan obat ke dalam chamber nebulizer | | | | |
| 9. | Hubungkan selang ke mesin nebulizer atau sumber oksigen | | | | |
| 10. | Pasang masker menutupi hidung dan mulut | | | | |
| 11. | Anjurkan untuk melakukan napas dalam saat inhalasi dilakukan | | | | |
| 12. | Mulai melakukan inhalasi dengan menyalakan mesin nebulizer atau mengalirkan oksigen 6 – 8 liter permenit | | | | |
| 13. | Monitor respon pasien hingga obat habis | | | | |
| 14. | Bersihkan daerah mulut dan hidung dengan tisu | | | | |
| 15. | Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan | | | | |
| 16. | Lepaskan sarung tangan | | | | |
| 17. | Lakukan kebersihan tangan 6 langkah | | | | |
| 18. | Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien | | | | |

FORM PENILAIAN
OKSIGENASI KLIEN ANAK DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
OKSIGENASI KLIEN ANAK DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

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

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----------|--|
| 3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah pemberian obat inhalasi 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 saturasi oksigen, namun posisi tidak tepat | 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, selain yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : bersih jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas ditandai dengan pasien mengeluh batuk berdahak, sesak, napas dangkal, adanya tarikan dinding dada; terdengar suara mengi, frekuensi napas 34 kali per menit. Saturasi oksigen 97 %. | 2 | | |
| Implementasi keperawatan | Peserta tidak melakukan tindakan pemberian obat inhalasi | Peserta melakukan pemberian obat inhalasi, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat | <p>Peserta melakukan pemberian obat inhalasi, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip 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) | <p>Peserta melakukan pemberian obat inhalasi dengan tepat :</p> <p>Lima prinsip pemberian obat inhalasi 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) | 5 | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>2. hand hygiene</p> <p>3. obat yang diberikan benar : Ventolin 2,5 mg</p> <p>4. Sistematis (pastikan jalan napas atas paten,atur posisi pasien semi fowler, isi chamber nebulezer dengan Ventolin 2,5 mg dan diencerkan dengan 2 cc NaCl, Hubungkan selang ke mesin nebulizer atau sumber oksigen, Pasang masker menutupi hidung dan mulut, Anjurkan untuk melakukan napas dalam saat inhalasi dilakukan, Mulai melakukan inhalasi dengan menyalakan mesin nebulizer atau mengalirkan oksigen 6 – 8 liter permenit,</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|----------------------|--|--|---|---|---|--|
| | | | | <p>Monitor respon pasien hingga obat habis, Bersihkan daerah mulut dan hidung dengan tisu</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, pemberian obat inhalasi meliputi obat dan dosisnya) 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 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien | <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 | <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 | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| | <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> | <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 skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Yogyakarta,

Pengaji :.....

BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | <i>Lifes10pan</i> | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------|---------------|--------------------------------|---|--------------------------|----------------|----------------|------------------------|-----------|
| 2 | Oksigenasi | Dewasa | KMB | Ranap | 2, 3, 4, 6 | Pengkajian, diagnosis perencanaan, intervensi fisioterapi dada dan latihan batuk efektif . | Laki - laki, 35 tahun | - | Tidak | 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, pemberian tindakan pembebasan jalan nafas dengan fisioterapi dada dan latihan batuk efektif |
| 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 35 tahun dirawat di ruang isolasi dengan diagnosis medis Tuberculosis Paru. Hasil pengkajian didapatkan klien dengan kondisi lemah, memegang dadanya, klien batuk grok-grok dan mengeluarkan lendir berwarna kuning. Klien mengatakan dahak susah keluar dan berat ketika diberi bernafas. Tekanan Darah 110/ 80 mmHg, Nadi; 80x/menit, Suhu 37°C, frekuensi pernafasan : 25x/menit.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan fisik sistem respirasi pada klien 2. Sebutkan Diagnosis Keperawatan utama pada klien 3. Lakukan pembebasan jalan nafas pada klien |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK: Seorang laki-laki umur 35 tahun dirawat di ruang isolasi dengan diagnosis medis Tuberculosis Paru. Hasil pengkajian didapatkan klien dengan kondisi lemah, memegang dadanya, klien batuk grok-grok dan mengeluarkan lendir berwarna kuning. Klien mengatakan dahak susah keluar dan berat ketika</p> |

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| | | <p>dibuat bernafas. Tekanan Darah 110/ 80 mmHg, Nadi; 80x/menit, Suhu 37°C, frekuensi pernafasan : 25x/menit.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan fisik sistem respirasi pada klien 2. Sebutkan Diagnosis Keperawatan utama pada klien 3. Lakukan pembebasan jalan nafas pada klien <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <p>Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik penilaian.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta melakukan pemeriksaan fisik pada sistem respirasi klien. 2. Penguji menyampaikan hasil: Inspeksi : cuping hidung +, retraksi otot bantu nafas +, tidak ada lesi pada dada, pergerakan dada simetris Palpasi : Nyeri dada (-) Perkusia : Sonor Asukultasi : suara nafas terdapat suara ronki pada lapang paru kanan 3. Penguji bertanya mengenai diagnosis utama klien. Diagnosis keperawatan Bersih Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan adanya obstruksi pada jalan nafas ditandai dengan adanya sputum 4. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik penilaian. Peserta melakukan prosedur pembebasan jalan dengan melakukan fisioterapi dada. 5. Setelah peserta melakukan fisioterapi dada, Penguji menilai kemampuan peserta uji dalam pengkajian sesuai rubrik. (sampaikan hasil pengkajian kepada peserta: suara nafas tambahan tidak ada pada paru kanan dan kiri, jalan nafas klien efektif, lendir keluar warna kuning. Peserta bernafas dengan nyaman. 6. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta 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 mengeluh sesak ulang setelah weaning bantuan oksigenasi post napas spontan 8 jam yang lalu, pasien rawat inap hari ke-2, masuk rumah sakit karena sesak napas) |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| | | <p>3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -1.</p> <p>4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</p> <p>5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</p> <p>6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa masuk kerja lagi)</p> <p>7. KS tiduran di bed, sambil posisi setengah duduk dan miring ke salah satu posisi, menunjukkan sesak, napas dangkal, tarikan dinding dada. KS batuk – batuk dan bernafas dengan mulut. 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> |
| 10. | Setting Station: | <p>Ruangan Rawat Inap</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 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. Bantal (2-3 bantal) 2. Hospital Bed atau Kursi 3. Gelas berisi air hangat 4. Handuk 5. Alat vibrator jika ada 6. Tisu 7. Stetoskop 8. Wadah (sputum pot) tertutup berisi desinfektan |

| | | |
|-----|-----------|--|
| | | <p>9. Handscoen</p> <p>10. Bengkok</p> <p>11. Sketsel/ tirai</p> <p>12. Tempat sampah medis</p> <p>13. Tempat sampah umum</p> |
| 12. | Penulis | Gevi Mellia Sari, S.Kep., Ns., M.Kep |
| 13. | Referensi | <p>Brunner & Suddarth,.2018.Buku ajaran keperawatan medikal bedah edisi 12.Jakarta:EGC</p> <p>Smeltzer, C. Susan & Bare, G. Brenda. 2015. Buku Ajar Keperawatan</p> <p>Medikal-Bedah Brunner&Suddarth Ed 8 Vol 8, Agung Waluyo, et. al. (alih bahasa). Jakarta. Buku Kedokteran EGC</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
FISIOTERAPI DADA**

| No | Kegiatan/Tahapan | Dilakukan | | Kompeten | |
|----|--|-----------|-------|----------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| A | Tahap Pra interaksi | | | | |
| | 1. Mengecek catatan medis dan perawatan | | | | |
| | 2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Bantal (2-3 bantal) b. Hospital Bed atau Kursi c. Gelas berisi air hangat d. Handuk e. Alat vibrator jika ada f. Tisu g. Stetoskop h. Wadah (sputum pot) tertutup berisi desinfektan i. Handscoen j. Bengkok k. Sketsel/ tirai l. Tempat sampah medis m. Tempat sampah umum | | | | |
| | 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. hand hygiene | | | | |
| | 13. Periksa status pernapasan (meliputi frekuensi, kedalaman dan karakteristik sputum bunyi nafas tambahan. | | | | |
| | 14. Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum | | | | |
| | 15. Gunakan bantal untuk mengatur posisi | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | 16. Lakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3 – 5 menit | | | |
| | 17. Hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, dan tulang rusuk yang patah | | | |
| | 18. Lakukan vibrasi dengan tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut | | | |
| | 19. Lakukan penghisapan sputum <i>jika perlu</i> | | | |
| | 20. Anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai | | | |
| | 21. Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 22. simpulkan kegiatan | | | |
| | 23. evaluasi respon (subyektif dan obyektif) | | | |
| | 24. reinforcement positif | | | |
| | 25. kontrak waktu selanjutnya | | | |
| | 26. akhiri tindakan dengan baik | | | |
| E | Tahap Dokumentasi | | | |
| | 27. hari_tanggal_jam, kegiatan, prosedur yang telah dilakukan, karakteristik sputum dan respons pasien | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 28. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif | | | |

FORM PENILAIAN
FISIOTERAPI DADA KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
FISIOTERAPI DADA KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|---|----------|---|---|---|--------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian pemerilsaan fisik pada system respirasi, 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 pembebasan jalan nafas dengan tindakan fisioterapi dada dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | | 5 | |
| 4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | | 2 | |

III. Global Performance

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

| TIDAK LULUS | BORDERLINE | LULUS | SUPERIOR |
|-------------|------------|-------|----------|
| | | | |

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN 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 pemeriksaan fisik system respirasi, namun posisi tidak tepat | Peserta melakukan pemeriksaan fisik system respirasi, namun posisi tidak tepat | Peserta melakukan pemeriksaan fisik system respirasi dengan tepat, namun tidak memperhatikan privasi | Mampu melakukan pengkajian fokus berupa pemeriksaan fisik system respirasi (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa fisik system respirasi 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 skenario kasus di bagian instruksi penguji | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : bersihkan jalan napas tidak efektif, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan adanya obstruksi pada jalan nafas, namun data pendukung tidak | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan adanya obstruksi pada jalan nafas ditandai dengan adanya sputum | 2 | |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|---|--|
| | | | disampaikan dengan adekuat | | | |
| Implementasi keperawatan | Peserta tidak melakukan tindakan fisioterapi dada, namun hanya memberikan modalitas pembebasan jalan nafas yang lainnya | Peserta melakukan fisioterapi dada, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat | Peserta melakukan fisioterapi dada , namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat | <p>Peserta melakukan pemberian fisioterapi dada 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. melakukan fisioterapi dada 4. Sistematis (Periksa status pernapasan (meliputi frekuensi, kedalaman dan karakteristik sputum bunyi nafas tambahan. Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sputum. | 5 | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Gunakan bantal untuk mengatur posisi. Lakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3 – 5 menit. Hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara wanita, dan tulang rusuk yang patah. Lakukan vibrasi dengan tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut. Lakukan penghisapan sputum jika perlu. Anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai. Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan, hand hygiene</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, prosedur yang telah dilakukan,</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|----------------------|--|---|--|--|---|--|
| | | | | karakteristik sputum dan respons pasien 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 | |

Jumlah total skore

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

Yogyakarta,

.....

Penguji :

BLUEPRINT SOAL

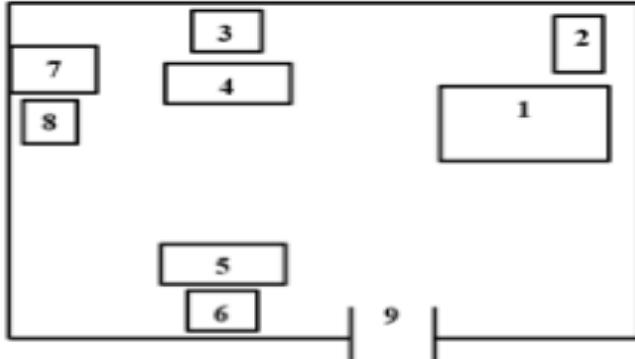
| Station | Kategori kebutuhan Dasar | Lifespan | Kel keilmuan | Setting | Kategori Kompetensi | Skill | KS | Manekin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|----------------|----------------------------|---|---------------------|-------------------------------------|----------------|--------------------|-----------|
| 2 | Oksigenasi | Anak | Anak | Ranap | 2,3,4,6 | Pengkajian, diagnosis dan perencanaan, implementasi, perilaku profesional pemberian oksigen nasal kanule. | Laki-laki, 14 tahun | Ya, pemasangan oksigen nasal kanule | ya | 3 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judulstation | Kebutuhan Oksigenasi pada Klien Anak di Ruang Rawat Inap |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 15 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan mahasiswa dalam pengkajian keperawatan kebutuhan oksigenasi, diagnosis keperawatan, implementasi pemasangan terapi oksigen nasal kanul, dan perilaku profesional |
| 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>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang anak laki-laki, 14 tahun dirawat di rumah sakit dengan keluhan sesak nafas. Hasil pengkajian: pasien mengeluh susah bernafas sejak 2 hari yang lalu, terdapat riwayat asma bronchial, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 120x/mnt, suhu = 36,3°C, frekuensi nafas 34x/mnt.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pemeriksaan fisik pada gangguan sistem pernafasan (oksigenasi tidak adekuat) Tuliskan diagnosis keperawatan utama pada klien dan sampaikan ke penguji Lakukan tindakan pemasangan terapi oksigen nasal kanul |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang anak laki-laki, 14 tahun dirawat di rumah sakit dengan keluhan sesak nafas. Hasil pengkajian: pasien mengeluh susah bernafas sejak 2 hari yang lalu, terdapat riwayat asma bronchial, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 120x/mnt, suhu = 36,3°C, frekuensi nafas 34x/mnt.</p> |

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| | | <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan fisik pada gangguan sistem pernafasan (oksigenasi tidak adekuat) 2. Tuliskan diagnosis keperawatan utama pada klien dan sampaikan ke penguji 3. Lakukan tindakan pemasangan terapi oksigen nasal kanul 4. Lakukan penilaian perilaku profesional <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai kemampuan peserta dalam melakukan pemeriksaan fisik pada gangguan sistem pernafasan (oksigenasi tidak adekuat). Bila peserta sudah melakukan pemeriksaan fisik pada gangguan sistem pernafasan (oksigenasi tidak adekuat), maka sampaikan kepada penguji ada tanda : pasien tampak bernafas melalui mulut, terdengar bunyi nafas wheezing, terdapat penggunaan otot bantu pernafasan di dada. 2. Menilai diagnosis keperawatan utama yang disampaikan peserta : gangguan pertukaran gas b/d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi 3. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta saat melakukan tindakan pemasangan terapi oksigen nasal kanul 4. Penguji mengobservasi 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 (jika tidak spesifik, lebih baik dibuat sesuai dengan identitas pasien) : An. E / 14 th 2. Riwayat penyakit sekarang (keluhan utama, perjalanan penyakit, hal yang menambah atau mengurangi keluhan, riwayat pengobatan) : <p>Keluhan Utama : sesak nafas</p> <p>Perjalanan penyakit : pasien mengeluh susah bernafas sejak 2 hari yang lalu</p> <p>Hal yang menambah atau mengurangi keluhan : aktivitas/ berjalan akan menambah keluhan sesak dan sesak disebabkan Karena An.E alergi terhadap debu, lebih baik An.E beristirahat dengan posisi badan duduk condong kedepan akan mengurangi rasa sesak</p> <p>Riwayat pengobatan : belum pernah berobat ke tenaga kesehatan selama sakit sekarang ini, dan belum pernah beli obat warung dan apotik</p> |

| | | |
|-----|------------------|---|
| | | <p>3. Riwayat penyakit dahulu : pernah sesak nafas sebelumnya dan dirawat di RS</p> <p>4. Riwayat penyakit keluarga (jika berhubungan dengan kasus) : tidak terdapat keluarga dengan riwayat penyakit sama</p> <p>5. Riwayat kebiasaan sosial (jika berhubungan dengan kasus) : KS terbiasa bermain di toko bahan bangunan (pasir, semen, batu gamping) miliknya dan tidak pernah memakai masker saat bermain pasir (melakukan kegiatan berkaitan dengan sumber alergen yaitu debu)</p> <p>6. Harapan terhadap penyakit (jika berhubungan dengan kasus) : KS ingin segera sembuh dan sekolah kembali</p> <p>7. 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 : berbaring lemah, pasien tampak bernafas melalui mulut, NAPAS cepat = 34x/menit</p> <p>Membutuhkan manekin : manekin untuk tindakan oksigenasi (nasal kanule)</p> |
| 10. | Setting Station: | <p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin tindakan oksigenasi - Laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur/ manekin dewasa/ KS 2. Trolley 3. Kursi peserta uji 4. Meja peserta uji 5. Meja penguji 6. Kursi penguji 7. Wastafel 8. Tempat sampah 9. Pintu masuk |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| | |  |
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | <p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kertas dan bolpoint 1 buah 2. Setting ruangan tindakan 1 set 3. Meja dan kursi perawat 1 set 4. Meja dan kursi penguji 1 set 5. Meja peralatan/trolley 1 set 6. Bed pemeriksaan 1 buah 7. Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah 8. Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) 1 buah 9. Tempat sampah 1 buah 10. Tabung oksigen 1 buah 11. Kanul nasal dewasa 1 buah 12. Humidifier (tabung pelembab) berisi air steril 1 buah 13. Flow meter 1 buah 14. Stetoskop 1 buah 15. Cotton bud/ Tissue 1 buah 16. Bengkok 1 buah <p>Laboran ada (1 orang) Peran laboran: merapikan ulang alat-alat setelah digunakan peserta, dan memastikan set ujian siap untuk peserta selanjutnya sebelum peserta masuk ruang ujian. Laboran mengembalikan flowmeter oksigen ke posisi 0 lpm, dan menutup akses sumber oksigen</p> |
| 12. | Penulis | <ol style="list-style-type: none"> a. Wyssie Ika Sari, S.Kep Ns, M.Kep b. Institut Teknologi Kesehatan Malang Widya Cipta Husada |
| 13. | Referensi | Penapasy, AG, Potter, PA, Stockert, PA & Hall, AM (2013). Fundamental of Nursing. 5th Edition. St.Louis-Missouri: Mosby Inc. |

| | |
|--|---|
| | <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 KANUL**

| 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 kanul nasal c. Flowmeter oksigen d. Humidifier e. Cairan steril f. Stetoskop g. Cotton bud/Tissue h. 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, tujuan, prosedur tindakan, serta kontrak waktu | | | | |
| | 8. Memberi kesempatan pasien bertanya | | | | |
| | 9. Menjaga privasi pasien | | | | |
| C | Tahap Kerja (No 10 s.d. 22 : sistematis) | | | | |
| | 10. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien, pastikan tabung oksigen terisi penuh | | | | |
| | 11. Hand hygiene | | | | |
| | 12. Pastikan jalan napas atas paten (bersihkan area nasal, jika dibutuhkan) | | | | |
| | 13. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas | | | | |
| | 14. Pasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen | | | | |
| | 15. Sambungkan selang nasal kanule ke humidifier | | | | |
| | 16. Atur aliran 2-4 lpm/sesuai kebutuhan pasien | | | | |
| | 17. Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul | | | | |
| | 18. Tempatkan cabang kanul pada lubang hidung | | | | |
| | 19. Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | 20. Monitor pasien setelah pemberian oksigen (gangguan integritas kulit mukosa hidung, kecepatan oksigen dan status pernafasan) | | | |
| | 21. Rapikan pasien dan alat yang digunakan | | | |
| | 22. Hand hygiene | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 23. Simpulkan hasil kegiatan | | | |
| | 24. Evaluasi respon pasien (subjektif dan obyektif) | | | |
| | 25. Berikan reinforcement positif | | | |
| | 26. Lakukan kontrak waktu selanjutnya | | | |
| | 27. Akhiri tindakan dengan baik | | | |
| E | Tahap Dokumentasi | | | |
| | 28. Tanggal dan jam kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran, respon pasien, dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 29. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif | | | |

FORM PENILAIAN
OKSIGENASI KLIEN ANAK DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|-------------------------------------|----------|---|---|---|--------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Pengkajian Keperawatan | | | | | 2 | |
| 2. Diagnosis keperawatan | | | | | 2 | |
| 3. Implementasi: Keperawatan | | | | | 4 | |
| 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: pemeriksaan fisik gangguan pada sistem pernafasan (oksigensi tidak adekuat). Peserta melakukan pemeriksaan fisik gangguan pada sistem pernafasan (oksigensi tidak adekuat) dengan tepat (menyebutkan 3 pemeriksaan fisik pada gangguan sistem pernafasan, privasi klien dilakukan, cuci tangan dilakukan, orientasi dilakukan). | | | | | 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 pemberian oksigen nasal kanule 2-4 lpm 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
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 pemeriksaan fisik gangguan pada sistem pernafasan (oksigenasi tidak adekuat) | Peserta melakukan pemeriksaan fisik gangguan pada sistem pernafasan (oksigenasi tidak adekuat), namun tidak tepat (hanya menyebutkan 1 dari 3 pemeriksaan fisik pada gangguan sistem pernafasan, privasi klien tidak diperhatikan, tidak cuci tangan, orientasi tidak dilakukan dengan sempurna : mengucap salam, memperkenalkan diri perawat, mengidentifikasi pasien, menjelaskan tujuan, dan kontrak waktu) | Peserta melakukan pemeriksaan fisik gangguan pada sistem pernafasan (oksigenasi tidak adekuat) (hanya menyebutkan 2 dari 3 pemeriksaan fisik pada gangguan sistem pernafasan, privasi klien dilakukan, cuci tangan dilakukan, orientasi dilakukan : mengucap salam, memperkenalkan diri perawat, mengidentifikasi pasien, menjelaskan tujuan, dan kontrak waktu) | Peserta melakukan pemeriksaan fisik gangguan pada sistem pernafasan (oksigenasi tidak adekuat) dengan tepat (menyebutkan 3 pemeriksaan fisik pada gangguan sistem pernafasan, privasi klien dilakukan, cuci tangan dilakukan, orientasi dilakukan) | 2 | |

| | | | | | | |
|--------------------------|--|---|---|---|---|--|
| | | tujuan, dan kontrak waktu) | | | | |
| Diagnosis keperawatan | Peserta tidak menyebutkan diagnosis keperawatan utama Atau Hanya menyebutkan diagnosis keperawatan tetapi tidak tepat. | Peserta hanya menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat. Atau Peserta menyebutkan masalah keperawatan tepat, tetapi etiologi tidak tepat | Peserta menyebutkan masalah keperawatan dan etiologinya dengan tepat tanpa menyebutkan data pendukung masalah atau menyebutkan tetapi tidak tepat. | Peserta menyebutkan masalah, etiologi dan data pendukung masalah dengan tepat | 2 | |
| Implementasi keperawatan | Peserta tidak melakukan tindakan pemasangan terapi oksigen nasal kanul | Peserta melakukan tindakan pemasangan terapi oksigen nasal kanul dengan memperhatikan 2 dari 5 poin prinsip berikut: 1. Kepantenan aliran Oksigen 2. Tabung Oksigen terisi Penuh 3. Humidifier Terisi air steril dengan benar/ sesuai dengan batas pengisian | Peserta melakukan tindakan pemasangan terapi oksigen nasal kanul dengan memperhatikan 3 dari 5 poin prinsip berikut: 1. Kepantenan aliran Oksigen 2. Tabung Oksigen terisi Penuh 3. Humidifier Terisi air steril dengan benar/ sesuai dengan batas pengisian | Peserta melakukan tindakan pemasangan terapi oksigen nasal kanul dengan memperhatikan 5 prinsip berikut: 1. Kepantenan aliran Oksigen 2. Tabung Oksigen terisi Penuh 3. Humidifier Terisi air steril dengan benar/ sesuai dengan batas pengisian | 4 | |

| | | | | | | |
|----------------------|---|--|--|---|---|--|
| | | <p>benar/ sesuai dengan batas pengisian</p> <p>4. Posisi Pasien Semi Fowler/ Fowler 5. Sistematis</p> | <p>4. Posisi Pasien Semi Fowler/ Fowler 5. Sistematis</p> | <p>dengan batas pengisian</p> <p>4. Posisi Pasien Semi Fowler/ Fowler 5. Sistematis</p> | | |
| Perilaku profesional | <p>Peserta ujian tidak meminta ijin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan point 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 dan melakukan 3 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 dan melakukan poin berikut secara lengkap:</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 | 2 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | 4. Menunjukkan rasa hormat kepada pasien | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Jumlah total skore

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

Malang, 27 Maret 2024

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

SIRKULASI

BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | Lifespan | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | Skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|---------------|----------------------------|---|-------------------------|-----------------|----------------|--------------------|-----------|
| 3 | Sirkulasi | Dewasa | KMB | IGD | 2, 4, 6 | Pengkajian GCS, Implementasi pengambilan sampel AGD, perilaku profesional | Laki-laki usia 35 tahun | Ya, usia dewasa | ya | 1 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| 1. | Nomor station | |
| 2. | Judul station | Pengambilan Sampel Darah Arteri |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 10 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, dan implementasi tindakan pengambilan sampel darah arteri |
| 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> Seorang Laki-laki, usia 35 tahun dibawa ke IGD terdekat karena kesadaran menurun setelah menghirup pestisida saat menyemprot. TD 90/80 mmHg, Nadi 98x/menit, Suhu 36°C dan Respirasi 30x/menit.</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian kesadaran pada pasien! 2. Lakukan tindakan pengambilan sampel darah arteri! |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p><u>SKENARIO KLINIK:</u> Seorang Laki-laki, usia 35 tahun dibawa ke IGD terdekat karena kesadaran menurun setelah menghirup pestisida saat menyemprot. TD 90/80 mmHg, Nadi 98x/menit, Suhu 36°C dan Respirasi 30x/menit.</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian kesadaran pada pasien! 2. Lakukan tindakan pengambilan sampel darah arteri! <p><u>INSTRUKSI PENGUJI:</u></p> |

| | | |
|-----|--|--|
| | | <p>1. Pengaji menilai laporan secara lisan hasil pengkajian kesadaran pada pasien (pasien dalam kondisi sinkop, respon GCS 243/Pengaji memberikan respon sesuai dengan nilai GCS)</p> <p>2: pasien membuka mata ketika diberi rangsangan nyeri</p> <p>4: bingung, berbicara mengacau (berulang-ulang), mengalami disorientasi tempat dan waktu</p> <p>3:fleksi abnormal (menekuk abnormal ketika diberi rangsangan)</p> <p>2. Menilai kemampuan tindakan pengambilan sampel darah arteri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menentukan lokasi insersi (arteri radialis, brakialis atau femoralis) b. Ketepatan melakukan tes allen c. Ketepatan sudut insersi (sudut 45-60 derajat) d. Perlakuan sampel yang tepat (menempatkan pada wadah es/dingin) |
| 9. | Instruksi untuk klien standar/ manikin | Manekin diposisikan terlentang |
| 10. | Setting Station: | <p>1. Poliklinik</p> <p>2. Unit Gawat Darurat</p> <p>3. Ruangan Rawat Inap</p> <p>4. Ruang Keluarga</p> <p>5. Komunitas</p> |
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | <p>Peralatan yang dibutuhkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bak spuit b. Handscoon c. Kassa steril d. Kapas alkohol e. Spuit 3cc |

| | | |
|-----|-----------|--|
| | | <p>f. Heparin</p> <p>g. Jarum no 22 (dewasa) atau no 25 (anak-anak)</p> <p>h. Pengalas</p> <p>i. Bengkok</p> <p>j. Wadah berisi es batu</p> <p>k. Label identitas</p> |
| 12. | Penulis | Kurniati Prihatin, Ners., M.Kep |
| 13. | Referensi | <p>Ehren, Myers (2012) Keterampilan Klinis Untuk Perawat 3th ed.ELs</p> <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) Pedoman Standar Prosedur Operasional 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> |

PENGAMBILAN DARAH ARTERI

Nama Mahasiswa :
NIM :
Kelompok/Tanggal :

| No | Langkah | Nilai | | |
|----|--|-------|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 |
| 1 | Persiapan alat dan Bahan 1. Spuit 3cc dengan heparin di dalamnya 2. Kapas alcohol dan kassa steril 3. Jarum no 22 (dewasa) atau no 25 (anak-anak) 4. Kain pengalas 5. Tempat berisi es batu 6. Sarung tangan 7. Label identitas | | | |
| 2 | Tahap Prainteraksi 1. Periksa catatan perawatan dan catatan medis pasien 2. Kaji kebutuhan pasien dengan mengecek order dokter 3. Eksplorasi dan validasi perasaan pasien. | | | |
| 3 | Tahap Orientasi 4. Beri salam dan panggil nama pasien dengan namanya. 5. Jelaskan kepada pasien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan 6. Beri kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dimulai 7. Tanyakan keluhan dan kaji gejala spesifik yang ada pada pasien. Lalu, pasang sampiran | | | |
| 4 | Tahap Pelaksanaan 8. Cuci tangan 9. Ukur suhu dan jumlah pernapasan pasien 10. Catat jumlah oksigen yang diberikan 11. Kenakan sarung tangan 12. Siapkan sputit berisi heparin 13. Raba arteri radialis, brakialis atau femoralis 14. Lakukan tes allen a. Pada pasien sadar <ul style="list-style-type: none">• Tekan arteri radialis dan ulnaris pada pergelangan tangan secara bersamaan• Minta pasien untuk mengepalkan tangan sampai lengan menjadi pucat• Lepaskan tekanan pada arteri ulnaris (sambil menekan arteri radialis) dan perhatikan warna kulit kembali normal | | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>b. Pada pasien tidak sadar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekan arteri radialis dan ulnaris pada pergelangan tangan secara bersamaan • Tinggikan tangan pasien melewati batas jantung dan kepalkan tangan pasien sampai telapak tangan menjadi pucat • Turunkan tangan pasien sambil menekan arteri radialis dan perhatikan warna kulit menjadi normal <p>15. Raba kembali arteri radialis dan palpasi pulsa yang paling keras dengan menggunakan jari tangan dan telunjuk</p> <p>16. Suntikkan jarum ke arteri radialis dengan sudut 45-60 derajat. Jika jarum masuk ke dalam arteri, darah akan keluar tanpa spuit diisap. Darah yang keluar akan berwarna merah terang. Pengisap tidak boleh ditarik.</p> <p>17. Setelah darah terisap 2cc, tarik spuit dengan cepat. Tekan bekas tusukan jarum dengan kapas alcohol sekitar 5-10 menit</p> <p>18. Tutup ujung jarum dengan penutup atau tusukan pada gabus steril</p> <p>19. Beri label pada spuit yang berisi darah arteri dan masukkan ke dalam wadah berisi es</p> <p>20. Catat set ventilator, jumlah oksigen yang didapat pada saat darah arteri diambil</p> <p>21. Palpasi nadi (sebelah distal tempat pengambilan darah). Observasi tempat penyuntikan. Kaji apakah tangan terasa dingin, tidak berasa atau perubahan warna.</p> <p>22. Perbaiki posisi pasien</p> <p>23. Lepaskan sarung tangan</p> <p>5 Tahap terminasi</p> <p>24. Tanyakan perasaan pasien setelah dilakukan tindakan simpulkan hasil prosedur yang dilakukan</p> <p>25. Lakukan kontak untuk tindakan selanjutnya</p> <p>26. Beri reinforcement sesuai dengan kemampuan pasien</p> <p>27. Cuci tangan</p> <p>28. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan (identitas, tanggal dan jumlah darah) serta hasilnya</p> <p>Perhatian: segera bawa darah ke laboratorium untuk pemeriksaan dan mencegah kesalahan interpretasi.</p> | | |
|--|---|--|--|

Keterangan:

0 = tidak dilakukan

1 = dilakukan, tetapi tidak sempurna

2 = dilakukan dengan sempurna

Nilai =

jumlah nilai yang didapat

X 100%

Jumlah aspek yang dinilai x 2

Pembimbing/observer

(.....)

**FORM PENILAIAN
PENGAMBILAN SAMPEL DARAH ARTERI**

I. Form Penilaian

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

**RUBRIK PENILAIAN
PENGAMBILAN SAMPEL DARAH ARTERI**

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 : melekukan penilaian GCS kepada pasien dan menentukan nilai yang tepat untuk kesadaran pasien, serta mampu menentukan tindakan apa selanjutnya yang dibutuhkan. | | | | | 3 | |
| 2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan tindakan yang dimaksud adalah melakukan pengambilan sampel darah arteri. | | | | | 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 |
|-------------|------------|-----------------|----------|
| Nilai < 68 | Nilai 68 | Nilai ≥ 68 | Nilai 79 |

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN FISIOTERAPI DADA DI RUANG RAWAT INAP

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|---|---|--|--|--|-----------|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Pengkajian | Peserta ujian tidak melakukan pengkajian kesadaran | Peserta ujian melakukan pengumpulan data 1 poin dari pengkajian kesadaran melalui : <ol style="list-style-type: none">1. Observasi2. Wawancara3. Pemeriksaan Fisik | Peserta ujian melakukan pengumpulan data pengkajian kesadaran 2 poin melalui : <ol style="list-style-type: none">1. Observasi2. Wawancara3. Pemeriksaan Fisik | Peserta ujian melakukan pengumpulan data pengkajian kesadaran secara lengkap dan sistematis melalui: <ol style="list-style-type: none">1. Observasi2. Wawancara3. Pemeriksaan Fisik | 30 | |
| 2. Implementasi: Tindakan pengambilan sampel darah arteri | Peserta ujian tidak melakukan tindakan pengambilan sampel darah arteri | Peserta ujian hanya melaksanakan 2 poin tindakan pengambilan sampel darah arteri dengan rincian : Prosedur fisioterapi dada secara tepat dan tuntas : <ol style="list-style-type: none">a. Menentukan lokasi insersib. Melakukan tes allenc. Ketepatan sudut insersi | Peserta ujian hanya melaksanakan semua poin tindakan dengan prosedur tindakan pengambilan sampel darah arteri tetapi tidak/belum tepat dengan rincian: <ol style="list-style-type: none">a. Menentukan lokasi insersib. Melakukan tes allenc. Ketepatan sudut insersi | Peserta ujian melaksanakan semua poin tindakan pengambilan sampel darah arteri dengan urut dan tepat dengan rincian: <ol style="list-style-type: none">a. Menentukan lokasi insersib. Melakukan tes allenc. Ketepatan sudut insersi | 50 | |

| | | | | | | |
|-------------------------|--|--|---|---|-----------|--|
| | | d. Perlakuan sampel yang tepat | d. Perlakuan sampel yang tepat | d. Perlakuan sampel yang tepat | | |
| a. 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 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan rasa hormat kepada Klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik. | <p>Meminta izin secara lisan dan melakukan hanya 1-2 poin di bawah 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 rasa hormat kepada Klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik | <p>Meminta izin secara lisan dan melakukan hanya 3 poin di bawah ini 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 rasa hormat kepada Klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik | <p>Meminta izin secara lisan dan melakukan semua poin 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 rasa hormat kepada Klien 5. Melakukan komunikasi terapeutik | 20 | |

Jumlah total skore

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

Yogyakarta,

.....

Pengujii :.....

CAIRAN DAN ELEKTROLIT

BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | Lifespan | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|---------|--------------------------|----------|--------------|--------|---------------------|--|---------------------|---------------------|---------|-------------|----|
| 4 | Cairan dan elektrolit | Dewasa | KMB | IGD | 1, 2, 4, 6 | Pengkajian tanda dehidrasi, Pemasangan infus, evaluasi tetesan infus | Perempuan, 30 tahun | Ya, seusia 30 tahun | ya | 3 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judul station | Kebutuhan cairan elektrolit pada klien di ruang IGD |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 13 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemasangan infus . |
| 5. | Kompetensi | 1. Komunikasi, edukasi, dan konseling 2. Pengkajian 3. Diagnosis dan perencanaan 4. Implementasi 5. Evaluasi 6. Perilaku professional |
| 6. | Kategori | 1. Oksigenasi 2. Sirkulasi 3. Cairan dan elektrolit 4. Nutrisi 5. Aman dan nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat 9. Seksual dan reproduksi |
| 7. | Instruksi untuk peserta ujian | <p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang laki-laki umur 30 tahun dirawat di ruang IGD dengan BAB cair. Hasil pengkajian: klien sudah 5x BAB, disertai muntah 2x sejak 1 hr yg lalu, badan terasa lemas. Hsl pemeriksaan suhu 38⁰ C, turgor kulit lambat, mukosa bibir kering,; frekuensi napas 24 kali per menit, frekuensi nadi 98 kali per menit. Perawat sedang melakukan pemasangan infus & telah menyambungkan infus set dg cairan yg akan digunakan dan mengalirkan cairan infus hingga seluruh selang terisi cairan infus</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi cairan infus pada manekin |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang laki-laki umur 30 tahun dirawat di ruang IGD dengan BAB cair. Hasil pengkajian: klien sudah 5x BAB disertai muntah</p> |

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| | | <p>2x sejak 1 hr yg lalu, badan terasa lemas, kepala pusing. Hsl pemeriksaan suhu 38⁰ C, turgor kulit lambat, mukosa bibir kering.; frekuensi napas 24 kali per menit, frekuensi nadi 98 kali per menit. Perawat sedang melakukan pemasangan infus & telah menyambungkan infus set dg cairan yg akan digunakan dan mengalirkannya hingga seluruh selang terisi cairan infus</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi cairan infus pada manekin <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pemasangan cairan infus pada manekin. Pada saat peserta melakukan pemasangan terapi cairan pada manekin dengan tepat, penguji menyampaikan bahwa turgor kulit kembali lambat (> 2 detik) 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : Diare berhubungan dengan iritasi gastrontestinal ditandai dengan pasien mengeluh BAB 5x dalam sehari dengan feses cair frekuensi badan lemas, napas 24 kali per menit, frekuensi nadi 96 kali per menit, turgor kulit lebih dari 2 detik 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian therapi cairan pada manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa turgor membaik atau meningkat cepat < 2 detik saat peserta melakukan evaluasi 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 laki-laki, usia 30 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh Buang air besar lebih dari 5x, dengan feses cair, muntah 2x, badan lemas, kepala pusing, telah mendapatkan terapi cairan, pasien rawat inap hari ke-1 dan masih berada di IGD, masuk rumah sakit karena BAB cair) 3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama saat anak usia 20 tahun. |

| | | |
|-----|------------------|---|
| | | <p>4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</p> <p>5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan))</p> <p>6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa masuk sekolah lagi)</p> <p>7. KS tiduran di bed, sambil posisi berbaring,, menunjukan badan lemas, kepala pusing, turgor Kembali lambat, mukosa bibir kering</p> <p>Manekin yang diperlukan adalah manekin dewasa, digunakan untuk pemasangan terapi cairan infus dan pengukuran turgor kulit.</p> |
| 10. | Setting Station: | <p>Ruangan Rawat Inap Observasi 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 t4 alat 6. Wastafel 7. Tempat sampah 8. Kursi laboran |

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | <p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infus Set 2. Abocath sesuai dengan kebutuhan 3. Tourniquet 4. Safety box 5. Kapas alkoholl 6. Standar Infus 7. Plester dan kasa steril 8. Cairan antiseptik 9. Sarung tangan steril 10. Cairan yang dibutuhkan (NaCl 0,9%, Dextrose 5%, dan 10%, Ringer Lactat dll) 11. Bengkok : 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. Laboran meng-O kan kembali flowmeter oksigen, dan menutup akses sumber oksigen</p> |
| 12. | Penulis | <p>a. Danur Azisah Roesliana Sofaisi, S. Kep., Ns.,M. Kes b. Universitas Dehasen Bengkulu</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
PEMASANGAN INFUS**

| No | Kegiatan/Tahapan | Dilakukan | | Kompeten | |
|-----------|--|------------------|--------------|-----------------|--------------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| A | Tahap Pra interaksi | | | | |
| | 1. Mengecek catatan medis dan perawatan | | | | |
| | 2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Tabung oksigen/oksigen sentral b. Selang kanul nasal c. Flowmeter oksigen d. Humidifier e. Cairan steril f. Stetoskop g. Oksimetri h. Cotton bud i. 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. 19 : sistematis) | | | | |
| | 11. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien | | | | |
| | 12. hand hygiene | | | | |
| | 13. Siapkan cairan infus <ul style="list-style-type: none"> a. Sambungkan set infus dengan wadah cairan infus b. Pastikan rol klem terkunci dan isi setengah chamber infus dengan cairan infus c. Alirkan cairan infus hingga seluruh selang terisi cairan infus d. Pastikan tidak ada gelembung udara di sepanjang selang infus | | | | |
| | 14. Atur posisi senyaman mungkin | | | | |
| | 15. Pilih vena yang akan di insersi | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | a. Vena pada ekstremitas non-dominan, kecuali kontraindikasi (seperti terdapat luka, fistula, untuk dialysis, riwayat mastektomi) b. Vena yang lurus, cukup besar, dapat dipalpasi, dan jauh dari persendian | | | |
| | 16. Letakkan pengalas dibawah lengan pasien | | | |
| | 17. Pasang Handscoot bersih | | | |
| | 18. Dilatasikan vena dengan memasang tourniquet 15 – 20 cm diatas vena yang akan diinsersi a. Posisikan area insersi lebih rendah dari jantung b. Kepalkan telapak tangan c. Ketuk-ketuk dengan lembut menggunakan ujung jari d. Masase dari arah distal ke proksimal di bawah vena yang akan diinsersi e. Kompres hangat pada area insersi | | | |
| | 19. Bersihkan daerah yang akan diinsersi dengan menggunakan swab alkohol | | | |
| | 20. Regangkan kulit di bawah vena yang akan diinsersi menggunakan tangan yang tidak dominan | | | |
| | 21. Insersikan IV cath pada vena dengan sudut 10 – 30o dengan tangan dominan | | | |
| | 22. Rendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada ruang IV cath dan tarik sedikit stilet dan Dorong IV cath hingga mencapai pangkalnya | | | |
| | 23. Lepaskan tourniket | | | |
| | 24. Tekan ujung kateter yang berada di dalam vena dan lepaskan stilet dari kateter dan Sambungkan IV cath dengan selang infus | | | |
| | 25. Pasang transparent dressing pada area insersi | | | |
| | 26. Berikan label pada dressing dan tuliskan tanggal dan waktu pemasangan | | | |
| | 27. Lepaskan handscoot | | | |
| | 28. Lakukan hand hygiene | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 29. simpulkan kegiatan | | | |
| | 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 pemberian cairan infus, kecepatan aliran, jumlah cairan dan | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | jenis cairan) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 35. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif | | | |

FORM PENILAIAN
CAIRAN & ELEKTROLIT KLIEN DI RUANG 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 & ELEKTROLIT KLIEN 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 jenis, jumlah kebutuhan cairan pada klien. Peserta melakukan pemasangan cairan infus dengan tepat pada ekstremitas manekin, lalu peserta melakukan penghitungan jumlah cairan yang diberikan sesuai kebutuhan cairan pasien (hasil dijawab penuhi sesuai skenario). | | | | | 1 | |
| 2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | | 2 | |

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

III. Global Performance

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

| TIDAK LULUS | BORDERLINE | LULUS | SUPERIOR |
|-------------|------------|-------|----------|
| | | | |

Lampiran Rubrik**RUBRIK PENILAIAN
CAIRAN & ELEKTROLIT KLIEN DI RUANG IGD**

| Kompetensi | Skor (S) | | | | Bobot (B) | Nilai (S x B) |
|------------------------|--|--|--|--|------------------|----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| Pengkajian keperawatan | Peserta tidak melakukan pengkajian penilaian kebutuhan cairan & elektrolit sesuai skenario kasus | Peserta melakukan pengkajian penilaian kebutuhan cairan & elektrolit, namun tidak tepat melakukan pemeriksaan terkait ketidakseimbangan cairan & elektrolit pasien | Peserta melakukan pengkajian penilaian kebutuhan cairan & elektrolit dan melakukan pemeriksaan terkait namun tidak memperhatikan privasi | Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian kebutuhan cairan & elektrolit dan pemeriksaan fisik terkait ketidakseimbangan cairan elektrolit pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa 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 skenario kasus di bagian instruksi penguji | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : diare, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : diare berhubungan dengan kehilangan cairan, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : diare berhubungan dengan iritasi gastrontestinal ditandai dengan pasien mengeluh BAB 5x dalam sehari dengan feses cair frekuensi badan lemas, napas 24 kali per menit, frekuensi nadi 96 kali per menit, turgor kulit lebih dari 2 detik | 2 | |
| Implementasi keperawatan | Peserta tidak melakukan tindakan pemberian cairan infus, namun memberikan modalitas cairan yang lainnya | Peserta melakukan pemberian terapi pemberian cairan infus, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat | Peserta melakukan pemberian terapi pemberian cairan infus, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat | Peserta melakukan pemberian terapi pemberian cairan dengan tepat : Lima prinsip pemberian nasal kanule diberikan dengan tepat 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat : pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. hand hygiene | 5 | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>3. modalitas tepat yang digunakan : Infus</p> <p>4. Sistematis (Dilatasikan vena dengan memasang tourniquet 15 – 20 cm diatas vena yang akan diinsersi, Regangkan kulit di bawah vena, Insersikan IV cath pada vena dengan sudut 10 – 30o dengan tangan dominan, Rendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada ruang IV cath dan tarik sedikit stilet dan Dorong IV cath hingga mencapai pangkalnya, Lepaskan tourniquet, Tekan ujung kateter yang berada di dalam vena dan lepaskan stilet dari kateter dan Sambungkan IV cath dengan selang infus,</p> | |
|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|----------------------|---|--|--|---|---|--|
| | | | | <p>Pasang transparent dressing pada area insersi, monitor setelah pemberian cairan (subyektif dan obyektif), rapikan alat, hand hygiene</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian cairan, kecepatan aliran) 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> <p>1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri</p> | <p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <p>1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri</p> | <p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut</p> <p>1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : <p>1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan</p> | 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 | klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi | klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap menghargai, Empati 5. Menjaga privasi | |
|--|--|--|--|--|--|

Jumlah total skore

Nilai akhir = x 100 =

35

Yogyakarta,

.....

Penguji :

NUTRISI

BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | <i>Lifes 10pan</i> | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|--------------------|---------------------|---------------|----------------------------|------------------------------------|-----------|----------------|----------------|--------------------|-----------|
| 1 | Nutrisi | Anak | Anak | Ranap | 2, 4, 5, 6 | Pengkajian, pemasangan OGT. | Tidak | Bayi | Tidak | 3 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judul station | Kebutuhan nutrisi pada bayi di ruang rawat inap (Pemasangan OGT) |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 13 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, pemasangan OGT dan evaluasi pada bayi di ruang rawat inap |
| 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>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang bayi perempuan, 2 hari di ruang rawat inap NICU dengan sepsis dan kesadaran menurun, berat badan 2300 gram. Ibu mengatakan bayinya sulit menyusu sejak lahir.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nutrisi pada bayi dan sampaikan hasilnya pada penguji. 2. Lakukan tindakan pemasangan <i>Orogastric Tube</i> (OGT) untuk mengatasi masalah pada kasus. 3. Evaluasi tindakan dan respon bayi setelah pemasangan OGT dan sampaikan hasilnya pada penguji. |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang bayi perempuan, 2 hari di ruang rawat inap NICU dengan sepsis dan kesadaran menurun, berat badan 2300 gram. Ibu mengatakan bayinya sulit menyusu sejak lahir.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji menerima laporan dari peserta ujian tentang pengkajian nutrisi. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|---|--------------------|----------|----------|--------|-------------|--------|----------------------------|-------|----------------------|--------|---------------|--------|-----------|--------|-------------------------|--------|------------|--------|----------------|--------|----------------------|--------|-----------------------|--------|--------------|--------|------------|--------|----------|-------|
| | | <p>2. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta dalam melakukan pengkajian nutrisi, pemasangan OGT berdasarkan rubrik dan lembar penilaian serta evaluasinya.</p> <p>3. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Instruksi untuk klien standar | <p>Tidak menggunakan klien standar, ujian menggunakan manekin bayi Manekin yang diperlukan adalah manekin bayi yang dapat digunakan untuk pemasangan OGT melalui oral.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Setting Station: | <p>Setting ruang PICU rumah sakit</p> <p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Bed pasien 2. Meja alat 3. Meja kasus 4. Kursi peserta uji 5. Meja penguji 6. Kursi penguji | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | <table border="0"> <tbody> <tr> <td>- Handscoon steril</td> <td>1 pasang</td> </tr> <tr> <td>- Masker</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Stetoskop</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- NGT bayi ukuran Fr 3,5-6</td> <td>1 set</td> </tr> <tr> <td>- Pelumas atau jelly</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Spuit 10 cc</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Bengkok</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Kom berisi air hangat</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Penlight</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Spatel lidah</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Tutup selang/ klem</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Plester dan gunting</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Alas makan</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Pengalas</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Tissue</td> <td>1 box</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pada kasus ini tidak diperlukan laboran</p> | - Handscoon steril | 1 pasang | - Masker | 1 buah | - Stetoskop | 1 buah | - NGT bayi ukuran Fr 3,5-6 | 1 set | - Pelumas atau jelly | 1 buah | - Spuit 10 cc | 1 buah | - Bengkok | 1 buah | - Kom berisi air hangat | 1 buah | - Penlight | 1 buah | - Spatel lidah | 1 buah | - Tutup selang/ klem | 1 buah | - Plester dan gunting | 1 buah | - Alas makan | 1 buah | - Pengalas | 1 buah | - Tissue | 1 box |
| - Handscoon steril | 1 pasang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Masker | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Stetoskop | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - NGT bayi ukuran Fr 3,5-6 | 1 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Pelumas atau jelly | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Spuit 10 cc | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Bengkok | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Kom berisi air hangat | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Penlight | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Spatel lidah | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Tutup selang/ klem | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Plester dan gunting | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Alas makan | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Pengalas | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Tissue | 1 box | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | Penulis | <p>a. Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M. Kes b. Universitas Hasanuddin</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----|--|
| 13. | <p>Referensi</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> <p>Wong, Donna L. (2004). <i>Keperawatan Pediatrik</i>. Jakarta: EGC.</p> |
|-----|--|

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMASANGAN OROGASTRIV**

| 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 kanul nasal c. Flowsmeter oksigen d. Humidifier e. Cairan steril f. Stetoskop g. Oksimetri h. Cotton bud i. 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. 25 : sistematis) | | | | |
| | 11. Siap pasien dengan mengatur posisi yang nyaman, siap perawat atur kenyamanan tindakan, siap alat memastikan alat siap semuanya dekat pasien | | | | |
| | 12. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan | | | | |
| | 13. Memasang pengalas di bawah kepala bayi dan memposisikan semifowler | | | | |
| | 14. Memeriksa rongga mulut yang akan digunakan untuk insersi. | | | | |
| | 15. Mengukur panjang selang yang akan digunakan dengan cara mengukur panjang dari tengah telinga ke puncak hidung lalu diteruskan ke titik antara <i>processus xiphoideus</i> dan <i>umbilicus</i> lalu tandai. Atau ukur dari puncak lubang hidung ke | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | dalam telinga bawah dan ke <i>processus xiphoideus</i> | | | |
| | 16. Mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan. | | | |
| | 17. Memasang pengalas di bawah kepala bayi dan memposisikan semifowler | | | |
| | 18. Memeriksa rongga mulut yang akan digunakan untuk insersi. | | | |
| | 19. Mengukur panjang selang yang akan digunakan dengan cara mengukur panjang dari tengah telinga ke puncak hidung lalu diteruskan ke titik antara <i>processus xiphoideus</i> dan umbilicus lalu tandai. Atau ukur dari puncak lubang hidung ke dalam telinga bawah dan ke <i>processus xiphoideus</i> | | | |
| | 20. Mengoleskan pelumas/jelly pada ujung selang dan pangkal sonde ditutup. | | | |
| | 21. Memasukkan ujung selang melalui rongga mulut sampai mencapai batas yang ditandai. | | | |
| | 22. Menguji letak selang apakah sudah sampai lambung dengan menggunakan metode Whoosh tes (stetoskop). | | | |
| | 23. Fiksasi selang OGT | | | |
| | 24. Membuka sarung tangan dan cuci tangan. | | | |
| | 25. Mengoleskan pelumas/jelly pada ujung selang dan pangkal sonde ditutup. | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 26. simpulkan kegiatan | | | |
| | 27. evaluasi respon (subyektif dan obyektif) | | | |
| | 28. reinforcement positif | | | |
| | 29. kontrak waktu selanjutnya | | | |
| | 30. akhiri tindakan dengan baik | | | |
| E | Tahap Dokumentasi | | | |
| | 31. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian oksigen, kecepatan aliran) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 32. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif | | | |

FORM PENILAIAN
NUTRISI PADA BAYI DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
NUTRISI PADA BAYI DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|---|----------|---|---|---|--------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengkaji kebutuhan nutrisi : pemeriksaan fisik pada bayi terkait kebutuhan dan gangguan nutrisi. Peserta melakukan observasi kemampuan menyusu bayi, pemeriksaan refleks sucking, menelan, kondisi konjunctiva, kondisi bibir dan rongga mulut serta kondisi, mual, muntah, diare, konstipasi dan pemeriksaan otot, lalu peserta melakukan pembacaan hasil pemeriksaan di depan pengujji. | | | | | 3 | |
| 2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah | | | | | 4 | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|----------|--|
| pemasangan OGT pada bayi dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | | |
| 3. Evaluasi Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengevaluasi kondisi dan respon bayi selama pemasangan OGT dan setelah pemasangan OGT. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | 2 | |
| 4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan kepada orangtua, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | 1 | |

III. Global Performance

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

| TIDAK LULUS | BORDERLINE | LULUS | SUPERIOR |
|-------------|------------|-------|----------|
| | | | |

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN NUTRISI PADA BAYI DI RUANG RAWAT INAP

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|---------------------|---|--|--|--|-----------|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Pengkajian (2) | Peserta ujian tidak dapat melakukan pengkajian kebutuhan nutrisi | <p>Peserta ujian dapat melakukan hanya 3-4 point pengkajian kebutuhan nutrisi dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan 2. Frekuensi menyusui 3. Refleks sucking, refleks menelan 4. Konjunctiva 5. Kondisi bibir dan rongga mulut, 6. Kondisi mual, muntah 7. Kondisi diare, konstipasi 8. Otot <p>Hasil pemeriksaan fisik disampaikan</p> | <p>Peserta ujian dapat melakukan hanya 5-6 point pengkajian kebutuhan nutrisi dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan 2. Frekuensi menyusui 3. Refleks sucking, refleks menelan 4. Konjunctiva 5. Kondisi bibir dan rongga mulut, 6. Kondisi mual, muntah 7. Kondisi diare, konstipasi 8. Otot <p>Hasil pemeriksaan fisik disampaikan</p> | <p>Peserta ujian dapat melakukan dengan lengkap dan komprehensif pengkajian kebutuhan nutrisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan 2. Frekuensi menyusui 3. Refleks sucking, refleks menelan 4. Konjunctiva 5. Kondisi bibir dan rongga mulut, 6. Kondisi mual, muntah 7. Kondisi diare, konstipasi 8. Otot <p>Hasil pemeriksaan fisik disampaikan</p> | 3 | |
| 2. Implementasi (4) | ▪ Peserta ujian hanya melakukan 3 dari 10 prinsip pemasangan | Peserta ujian mempertahankan <i>patient safety</i> dan | Peserta ujian mempertahankan <i>patient safety</i> dan | Peserta ujian mempertahankan <i>patient safety</i> dan melakukan | 4 | |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|--|--|
| | OGT atau tidak melakukan sama sekali. | hanya melakukan 5 dari 10 prinsip pemasangan OGT. | hanya melakukan 7 dari 10 prinsip pemasangan OGT. Tindakan dilaksanakan secara sistematis. | seluruh prinsip pemasangan OGT secara sistematis, sebagai berikut : | |
|--|---------------------------------------|--|---|--|--|

| | | | | | | |
|-----------------|---|--|--|---|---|--|
| | | | | dalam telinga bawah dan ke <i>processus xiphoideus</i> . 6. Mengoleskan pelumas/jelly pada ujung selang dan pangkal sonde ditutup. 7. Memasukkan ujung selang melalui rongga mulut sampai mencapai batas yang ditandai. 8. Menguji letak selang apakah sudah sampai lambung dengan menggunakan metode Whoosh tes (stetoskop). 9. Fiksasi selang OGT 10. Membuka sarung tangan dan cuci tangan. | | |
| 3. Evaluasi (5) | Peserta ujian tidak melakukan evaluasi pemasangan OGT | Peserta melakukan hanya 1-2 point evaluasi dalam prosedur pemasangan OGT : 1. Melihat dan mencatat kondisi rongga mulut bayi 2. Melihat dan mencatat adanya | Peserta melakukan hanya 3-4 point evaluasi dalam prosedur pemasangan OGT : 1. Melihat dan mencatat kondisi rongga mulut bayi 2. Melihat dan mencatat adanya batuk, tersedak, mual atau muntah | Peserta melakukan hanya 3-4 point evaluasi dalam prosedur pemasangan OGT : 1. Melihat dan mencatat kondisi rongga mulut bayi 2. Melihat dan mencatat adanya batuk, tersedak, mual atau muntah | 2 | |

| | | | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|---|--|
| | | <p>batuk, tersedak, mual atau muntah</p> <p>3. Pastikan posisi selang tidak bergeser</p> <p>4. Pastikan letak selang sampai pada lambung</p> <p>5. Perhatikan respon bayi selama pemasangan OGT</p> | <p>batuk, tersedak, mual atau muntah</p> <p>3. Pastikan posisi selang tidak bergeser</p> <p>4. Pastikan letak selang sampai pada lambung</p> <p>5. Perhatikan respon bayi selama pemasangan OGT</p> | <p>3. Pastikan posisi selang tidak bergeser</p> <p>4. Pastikan letak selang sampai pada lambung</p> <p>5. Perhatikan respon bayi selama pemasangan OGT</p> | | |
| 4. Perilaku professional (6) | <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 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan sikap empati 5. Menjaga privasi klien | <p>Meminta izin secara lisan dan 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 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan sikap empati 5. Menjaga privasi klien | <p>Meminta izin secara lisan dan 3 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 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukan sikap empati 5. Menjaga privasi klien | <p>Meminta izin secara lisan dan melakukan 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 5. Menjaga privasi klien | 1 | |

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Yogyakarta,

.....

Penguji :.....

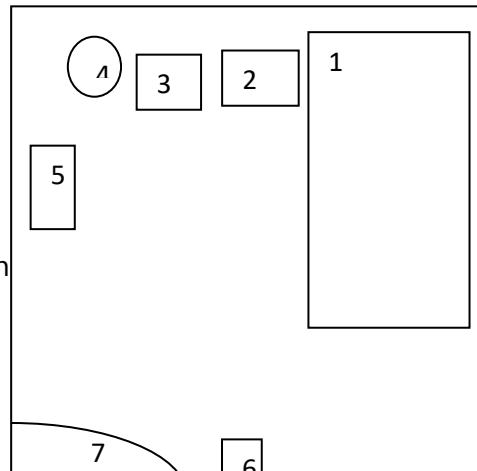
BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | Lifespan | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | Skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|---------------|----------------------------|---|---------------------|---------------------|----------------|--------------------|-----------|
| 6 | Nutrisi | Dewasa | KMB | Ranap | 3, 4, 5, 6 | Diagnosis dan implementasi evaluasi, Pemberian makan melalui NGT. | Laki-laki, 22 tahun | Ya, seusia 20 tahun | ya | 4 | |

TEMPLATE OSCE

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 1. | Nomor station | 6 |
| 2. | Judul station | Pemenuhan kebutuhan Nutrisi diruang rawat inap |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 20 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta uji dalam menentukan diagnosis keperawatan pemberian makan melalui NGT, dan melaksanakan tindakan keperawatan pemberian makan melalui NGT. |
| 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 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 dirawat di rumah sakit dengan keluhan muntah-muntah sejak 1 hari yang lalu. Pasien mengeluh mual, perut bagian kuadran kanan bawah terasa sakit, turgor kulit kering, bibir kering, NAPAS: 20X/mnt, nadi : 88x/mnt, suhu: 38,2°C, TD 130/90 mmHg.</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan rumusan masalah keperawatan dan data yang mendukung sesuai kasus di atas pada penguji 2. Lakukan prosedur pemberian makan melalui NGT dalam 1 kali pemberian 3. Lakukan evaluasi tindakan dan hal yang harus diperhatikan setelah pelaksanaan prosedur 4. Dokumentasikan hasil anamnesis dan prosedur |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang laki-laki umur 22 tahun dirawat di rumah sakit dengan keluhan muntah-muntah sejak 1 hari yang lalu. Pasien mengeluh mual, perut bagian kuadran kanan bawah</p> |

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| | | <p>terasa sakit, turgor kulit kering, bibir kering, NAPAS: 20X/mnt, nadi : 88x/mnt, suhu: 38,2°C, TD 130/90 mmHg.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan rumusan masalah keperawatan dan data yang mendukung sesuai kasus di atas pada penguji 2. Lakukan prosedur pemberian makan melalui NGT dalam 1 kali pemberian 3. Lakukan evaluasi tindakan dan hal yang harus diperhatikan setelah pelaksanaan prosedur 4. Dokumentasikan hasil anamnesis dan prosedur <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji menerima laporan dari mahasiswa tentang rumusan masalah keperawatan dan data yang mendukung sesuai dengan kasus, yaitu defisit nutrisi. <i>Didukung dengan data muntah-muntah sejak 1 hari yang lalu, perut bagian kuadran kanan bawah terasa sakit, turgor kulit kering, bibir kering, NAPAS: 20X/mnt, nadi : 88x/mnt, suhu: 38,2°C, TD 130/90 mmHg.</i> 2. Penguji melakukan observasi saat peserta ujian melakukan tindakan keperawatan memberikan makan melalui NGT. 3. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta ujian 4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan |
| 9. | Instruksi untuk Klien standar | <p>Nama : Tn. A Usia : 22 tahun Jenis kelamin : Laki-laki Pekerjaan : Mahasiswa Status : Belum menikah Pendidikan terakhir : PT</p> <p>Riwayat penyakit sekarang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan utama : mual muntah • Sejak kapan 1 hari yang lalu • Perjalanan penyakit : klien dirawat di rumah sakit dengan keluhan muntah-muntah sejak 1 hari yang lalu. Pasien mengeluh mual, perut bagian kuadran kanan bawah terasa sakit, turgor kulit kering, bibir kering, |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| | | <p>NAPAS: 20X/mnt, nadi : 88x/mnt, suhu: 38,2°C, TD 130/90 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hal-hal yang mengurangi keluhan: klien banyak minum • Riwayat pengobatan sekarang: klien terpasang IVFD NaCl 0,9% <p>Riwayat penyakit dahulu Klien belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya</p> <p>Riwayat penyakit keluarga Keluarga klien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti asma, thalassemia atau yang lainnya</p> <p>Riwayat kebiasaan sosial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olahraga: tidak ada • Diet: tidak ada diet khusus <p>Peran yang harus dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisi klien berbaring ditempat tidur, dengan kondisi lemah |
| 10. | Denah ruangan | <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur klien - Klien simulasi <p>Keterangan:</p> <p>1 : Bed Pasien 2 : Meja Pasien 3 : Trolley 4 : Tempat Sampah 5 : Kursi Pengujji 6 : Handsanitizer 7 : Pintu Masuk</p>  |
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | <ul style="list-style-type: none"> • Handsrub 1 Buah • Stetoskope 1 Buah • Perlak dan Pengalas 1 buah • Spuit 50cc 1 buah • Air putih matang 1 gelas • Makanan Cair (150cc) • Handscoon bersih 1 pasang • Kom bersih 1 buah • Kapas/kassa dan cairan antiseptic secukupnya |

| | | |
|-----|-----------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Pengalas 1 buah • Bengkok 1 buah • Tissue 1 buah • Tempat Sampah 1 Buah |
| 12. | Penulis | Emi Pebriani, Ns, S.Kep, M.Kep FIKes Universitas Dehasen Bengkulu |
| 13. | Referensi | <p>Black & Hawk. (2009). <i>Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcome</i>. (8th ed). Philipines: Elsevier</p> <p>Ignatavicius & Workmann. (2006). <i>Medical surgical nursing: Critical thinking for collaborative care</i>. (7th ed). St.Louis: Elsevier saunder.</p> <p>Potter ., P. A. & Penapasy., A. G. (2010). <i>Fundamental of nursing</i>, 7th ed. Elsevier.</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. Spuit 50 ml b. Tissu c. Bengkok/nierbeken d. Makanan cair sesuai indikasi/program diit e. Air minum hangat dalam gelas f. Stetoskope | | | | |
| | 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. 20 : 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 : kanule NGT telah terpasang (dasar instruksi skenario) | | | | |
| | 14. Memastikan ujung selang berada di dalam lambung dengan cara melakukan aspirasi cairan lambung atau dengan auskultasi lambung dengan memasukkan udara 20 ml melalui spuit | | | | |
| | 15. Memasukkan cairan ke dalam spuit 50 ml tanpa karet aspirat | | | | |
| | 16. Klem selang NGT lambung dibuka, posisi corong sekitar 30 cm di atas sesuai dengan program | | | | |
| | 17. Memasukkan air minum hangat 25-50 ml untuk membilas selang NGT lambung sampai bersih | | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | 18. Bila ada terapi pengobatan, haluskan obat dan encerkan | | | |
| | 19. Membereskan alat, cuci tangan | | | |
| | 20. Mendokumentasikan jenis dan jumlah makanan cair yang diberikan dalam catatan keperawatan | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 21. simpulkan kegiatan | | | |
| | 22. evaluasi respon (subyektif dan obyektif) | | | |
| | 23. reinforcement positif | | | |
| | 24. kontrak waktu selanjutnya | | | |
| | 25. akhiri tindakan dengan baik | | | |
| E | Tahap Dokumentasi | | | |
| | 26. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian makan melalui NGT, serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 27. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif | | | |

FORM PENILAIAN
NUTRISI KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
NUTRISI KLIEN DEWASA DIRUANG 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. | | | | | 3 | |
| 2. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah pemberian makan melalui NGT. Dengan memperhatikan 3-4 poin prinsip dengan langkah-langkah kerja yang aman dan tepat. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | | 3 | |

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

III. Global Performance

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

| TIDAK LULUS | BORDERLINE | LULUS | SUPERIOR |
|-------------|------------|-------|----------|
| | | | |

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN NUTRISI KLIEN DEWASA DIRUANG RAWAT INAP

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | SKOR (S x B) |
|---|---|--|--|---|--------------|-----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 1. Diagnosis keperawatan : Melakukan tindakan pemberian makan melalui NGT | Peserta ujian tidak merumuskan diagnosis keperawatan tetapi salah : diluar masalah defisit nutrisi | Peserta ujian merumuskan diagnosis keperawatan tetapi tidak sesuai dengan kondisi klien: defisit nutrisi namun mengatakan resiko | Peserta ujian merumuskan diagnosis keperawatan tetapi tidak sesuai dengan kondisi klien: defisit nutrisi namun mengatakan resiko | Peserta ujian merumuskan diagnosis keperawatan sesuai dengan kondisi klien: Defisit Nutrisi | 3 | |
| 2. Implementasi : Melakukan prosedur tindakan pemberian makan melalui NGT | Peserta ujian tidak melakukan prosedur tindakan pemberian makan melalui NGT. Dengan memperhatikan 2 dari 5 poin prinsip berikut : • Mengatur posisi pasien | Peserta ujian melakukan prosedur tindakan pemberian makan melalui NGT. Dengan memperhatikan 2 dari 5 poin prinsip berikut : • Mengatur posisi pasien | Peserta ujian melakukan tindakan pemberian makan melalui NGT. Dengan memperhatikan 3-4 poin prinsip berikut : • Mengatur posisi pasien | Peserta ujian melakukan tindakan pemberian makan melalui NGT secara lengkap prinsip berikut : • Mengatur posisi pasien • Memeriksa posisi selang NGT | 3 | |

| | | | | | | |
|-------------------------|--|---|---|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Memeriksa posisi selang NGT • Memberikan pemberian makan melalui selang NGT • Membilas selang • Melakukan tindakan dengan berurutan dan sistematis | <ul style="list-style-type: none"> • Memeriksa posisi selang NGT • Memberikan pemberian makan melalui selang NGT • Membilas selang • Melakukan tindakan dengan berurutan dan sistematis | <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan pemberian makan melalui selang NGT • Membilas selang • Melakukan tindakan dengan berurutan dan sistematis | | |
| 3. Perilaku profesional | Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan Klien dan diri sendiri 2. Komunikatif | Meminta izin secara lisan dan 1-2 poin berikut : 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan Klien dan diri sendiri 2. Komunikatif | Meminta izin secara lisan dan melakukan 3-4 poin berikut: 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan Klien dan diri sendiri 2. Komunikatif | Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap : 1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan Klien dan diri sendiri 2. Komunikatif | 2 | |

| | | | | | | |
|-------------|---|---|--|--|---|--|
| | <p>membahayakan Klien dan diri sendiri</p> <p>2. Komunikatif</p> <p>3. Memperhatikan kenyamanan Klien</p> <p>4. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>5. Menunjukkan rasa hormat kepada Klien.</p> | <p>3. Memperhatikan kenyamanan Klien</p> <p>4. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>5. Menunjukkan rasa hormat kepada Klien</p> | <p>2. Komunikatif</p> <p>3. Memperhatikan kenyamanan Klien</p> <p>4. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>5. Menunjukkan rasa hormat kepada Klien</p> | <p>3. Memperhatikan kenyamanan Klien</p> <p>4. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>5. Menunjukkan rasa hormat kepada Klien</p> | | |
| 4. Evaluasi | <p>Peserta ujian mengevaluasi poin tidak tepat atau hanya memenuhi 1 poin yang sesuai.</p> | <p>Peserta ujian mengevaluasi tindakan dengan melakukan 2 dari 4 prinsip berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien 2. Memeriksa posisi selang NGT 3. Memberikan pemberian makan melalui selang NGT | <p>Peserta ujian mengevaluasi tindakan dengan melakukan 4 evaluasi berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien 2. Memeriksa posisi selang NGT 3. Memberikan pemberian | <p>Peserta ujian mengevaluasi tindakan dengan melakukan 4 evaluasi berikut dengan lengkap dan benar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur posisi pasien 2. Memeriksa posisi selang NGT 3. Memberikan pemberian makan melalui selang NGT | 2 | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|--|
| | | 4. Membilas selang 5. Melakukan tindakan dengan berurutan dan sistematis | makan melalui selang NGT 4. Membilas selang 5. Melakukan tindakan dengan berurutan dan sistematis | 4. Membilas selang 5. Melakukan tindakan dengan berurutan dan sistematis | | |
|--|--|---|---|---|--|--|

Jumlah total skore

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

Yogyakarta,

.....
Penguji :

BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | Lifespan | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|---------------|----------------------------|---|-----------|------------------------|----------------|--------------------|-----------|
| 6 | Nutrisi | Dewasa | KMB | Ranap | 3, 4 , 5, 6 | Diagnosis dan implementasi perawatan luka , evaluasi pemasangan Naso Gastric Tube (NGT) . | Laki-laki | Ya, seorang anak kecil | Ada | 4 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judul station | Kebutuhan nutrisi pada klien anak di ruang rawat inap |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 13 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemasangan Naso Gastric Tube (NGT) . |
| 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 anak laki-laki umur 6 tahun dirawat di ranap anak dengan mual dan tidak bisa makan sudah 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: perut tampak kembung, lemah, membrane mukosa pucat serta adanya distensi abdomen. Orang tua mengatakan sudah 3 hari anak tidak bisa buang air besar. Hasil observasi: Suhu: 36.7 °C, Nadi: 90x/mnt, NAPAS: 25x/mnt, BB: 22 kg, TB: 126 cm. Pemeriksaan lanjutan ditemukan obstruksi usus parsial. An. C akan diberikan tindakan pemasangan Nasogastric Tube (NGT) untuk mengurangi distensi abdominal dan pemenuhan nutrisi yang diperlukan.</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemasangan Nasogastric Tube (NGT) pada manekin 4. Lakukanlah dokumentasi (dilaporkan kepada penguji) |

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang anak laki-laki umur 6 tahun dirawat di ranap anak dengan mual dan tidak bisa makan sudah 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: perut tampak kembung, lemah, membrane mukosa pucat serta adanya distensi abdomen. Orang tua mengatakan sudah 3 hari anak tidak bisa buang air besar. Hasil observasi: Suhu: 36,7 °C, Nadi: 90x/mnt, NAPAS: 25x/mnt, BB: 22 kg, TB: 126 cm. Pemeriksaan lanjutan ditemukan obstruksi usus parsial. An. C akan diberikan tindakan pemasangan Nasogastric Tube (NGT) untuk mengurangi distensi abdominal dan pemenuhan nutrisi yang diperlukan.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemasangan Nasogastric Tube (NGT) pada manekin 4. Lakukanlah dokumentasi (dilaporkan kepada penguji) <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji menilai hasil pengkajian data fokus yang dilakukan peserta ujian. Sampaikan hasilnya pada setiap tahap pemeriksaan yang telah diselesaikan peserta. Berikut tahapan pemeriksaan yang harus dilakukan: <ol style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum lemah b. Status nutrisi: membran mukosa pucat, anak kembung, mual, tidak makan sejak 2 hari lalu, sudah 3 hari anak tidak bisa buang air besar. c. Tanda -tanda vital suhu 36,7 °C, Nadi: 90x/ menit, NAPAS: 25x/menit 2. Penguji menilai diagnosis keperawatan yang disampaikan oleh peserta ujian yaitu: Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019). 3. Penguji mengamati dan menilai peserta ujian berdasarkan rubrik penilaian 4. Penguji menilai perilaku professional yang ditunjukkan oleh peserta ujian 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. |
| 9. | Instruksi untuk klien standar | 1. Identitas pasien sesuai kasus (pasien laki-laki, usia 6 tahun) |

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| | | <p>2. Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh mual dan tidak bisa makan sudah 2 hari. perut tampak kembung, lemah, membran mukosa pucat serta adanya distensi abdomen. Orang tua mengatakan sudah 3 hari anak tidak bisa buang air besar. Hasil observasi: Suhu: 36.7 °C, Nadi: 90x/mnt, NAPAS: 25x/mnt, BB: 22 kg, TB: 126 cm.)</p> <p>3. Rawat inap saat ini adalah rawat inap yang ke -2. Rawat inap pertama saat anak usia 2 tahun.</p> <p>4. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama)</p> <p>5. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit, tidak ada reaksi hospitalisasi yang bermakna)</p> <p>6. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa masuk sekolah lagi)</p> <p>7. Manekin diletakkan di bed dengan posisi tidur telentang dan posisi kepala hiperekstensi.</p> <p>Manekin yang diperlukan adalah manekin anak usia sekolah, digunakan untuk pemasangan Nasogastric Tube (NGT).</p> |
| 10. | Setting Station: | <p>Ruangan Rawat Inap</p> <p>1. Tempat tidur pasien</p> <p>2. Klien standart</p> <p>3. Manekin anak</p> <p>4. Laboran</p> <p>Tata letak ruang:</p> <p>1. Tempat tidur dan manekin anak serta KS</p> <p>2. Meja pengujji</p> <p>3. Kursi pengujji</p> <p>4. Pintu masuk</p> <p>5. Trolley tempat alat</p> <p>6. Wastafel</p> <p>7. Tempat sampah</p> <p>8. Kursi laboran</p> |
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | <p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selang NGT sesuai ukuran (Anak/Bayi 6-14): 1 buah 2. Spuit 10 cc: 1 buah 3. Tissue: 1 buah 4. Plester dan gunting: 1 buah 5. Sarung tangan: 1 buah |

| | | |
|-----|-----------|--|
| | | <p>6. Jelly 2%: 1 buah 7. Stetoskop: 1 buah 8. Kom kecil berisi air hangat: 1 buah 9. Handuk/pengalas/verlak: 1 buah 10. Spatel: 1 buah 11. Senter: 1 buah 12. Tutup selang/klem: 1 buah 13. Penampung cairan lambung (bila ada indikasi dekompresi/lavage)</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.</p> |
| 12. | Penulis | <p>a. Yosefina Nelistia, S.Kep.,Ns.,M.Kep b. Universitas Nusa Nipa</p> |
| 13. | Referensi | <p>a. Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.</p> <p>b. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>c. Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>d. Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) <i>Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan</i>. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>e. Oktiawati, Julianti. Buku Ajar Konsep dan Aplikasi Keperawatan Anak. Jakarta: Trans Info Media, 2019.</p> |

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMASANGAN NASO GASTRIC TUBE**

| No | Kegiatan/Tahapan | Dilakukan | | Kompeten | |
|----|---|-----------|-------|----------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| A | Tahap Pra interaksi | | | | |
| | 1. Mengecek catatan medis dan perawatan | | | | |
| | a. Menyiapkan alat dan perlengkapan | | | | |
| | b. Selang NGT sesuai ukuran (Anak/Bayi 6-14): 1 buah | | | | |
| | c. Spuit 10 cc: 1 buah | | | | |
| | d. Tissue: 1 buah | | | | |
| | e. Plester dan gunting: 1 buah | | | | |
| | f. Sarung tangan: 1 buah | | | | |
| | g. Jelly 2%: 1 buah | | | | |
| | h. Stetoskop: 1 buah | | | | |
| | i. Kom kecil berisi air hangat: 1 buah | | | | |
| | j. Handuk/pengalas/verlak: 1 buah | | | | |
| | k. Spatel: 1 buah | | | | |
| | l. Senter: 1 buah | | | | |
| | m. Tutup selang/klem: 1 buah | | | | |
| | n. Penampung cairan lambung (bila ada indikasi dekompreksi/lavage) | | | | |
| | 2. Mencuci tangan | | | | |
| B | Tahap Orientasi | | | | |
| | 1. Menyampaikan salam terapeutik | | | | |
| | 2. Menyampaikan nama dan peran perawat | | | | |
| | 3. Mengecek identitas pasien, minimal nama dan tanggal lahir dengan aktif | | | | |
| | 4. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu | | | | |
| | 5. Memberi kesempatan bertanya | | | | |
| | 6. Memulai tindakan dengan baik | | | | |
| | 7. Jaga privasi | | | | |
| C | Tahap Kerja | | | | |
| | 1. Mengkaji rongga hidung dan mulut klien, bersihkan jika tampak kotoran | | | | |
| | 2. Mengatur posisi klien dengan posisi high fowler / semi fowler dengan kepala tegak 30-45 derajat | | | | |
| | 3. Mengajarkan klien menarik nafas dalam saat selang dimasukkan dan menelan saat selang berada di mulut | | | | |
| | 4. Siapkan plester ±10 cm | | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 5. Memasang pengalas / handuk kecil diatas dada klien | | | |
| | 6. Dekatkan alat-alat yang dibutuhkann | | | |
| | 7. Memakai handscoen | | | |
| | 8. Membuka ujung NGT, ukur panjang selang dengan metode : a. Metode tradisional Ukur jarak dari kening sampai processus xipoideus tanpa selang menyentuh tubuh pasien b. Metode hanson Tandai 50 cm pada selang kemudian lakukan pengukuran dengan metode tradisional. Selang yang akan di masukkan pertengahan antara 50 cm tanda tradisional | | | |
| | 9. Beri jelly pada ujung selang ±10-12 cm | | | |
| | 10. Menginstruksikan klien untuk mengekstensikan kepala dan tetap rileks, kemudian masukkan selang secara perlahan-lahan tapi tegas, jika terasa ada tahanan keluarkan selang secara perlahan dan ualangi pemasangan melalui lubang hidung sebelahnya | | | |
| | 11. Masukkan selang 3-5 cm hingga nasofaring dan instruksi klien untuk memfleksikan kepalanya dan anjurkan klien untuk menelan selang tersebut | | | |
| | 12. Melakukan tes untuk mematikan selang NGT tersebut masuk ke lambung, dengan cara : a. Masukkan ujung selang kedalam kom berisi air dan lihat apakah ada gelembung udata/tidak b. Masukkan udara ±10-20 cc sambil meletakkan steteskop pada bagian abdomen kiri atas (bagian gastrik), kemudian injeksikan udara bersamaan dengan auskultai gaster c. Aspirasi pelan-pelan untuk cek cairan residu | | | |
| | 13. Setelah pastikan letak selang benar, pangkal selang di tutup | | | |
| | 14. Lakukan fikasi | | | |
| | 15. Angkat perlak atau handuk di dada klien, alat-alat dekat pasien dirapikan dan buka handscoen | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | 16. Rapikan klien kembali | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 17. Simpulkan kegiatan | | | |
| | 18. Evaluasi respon (subyektif dan obyektif) | | | |
| | 19. Reinforcement positif | | | |
| | 20. Kontrak waktu selanjutnya | | | |
| | 21. Akhiri tindakan dengan baik | | | |
| E | Tahap Dokumentasi | | | |
| | 22. Hari, tanggal, jam, kegiatan, metode pemberian NGT, perawat yang melakukan pemasangan NGT) serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 23. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif | | | |

FORM PENILAIAN
OKSIGENASI KLIEN ANAK DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
NUTRISI 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 : menilai kondisi/keadaan umum klien, status nutrisi klien. | | | | | 1 | |
| 2. Diagnosis keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah prioritas klinik klien. Peserta menuliskan dengan jelas diagnosis yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | | 2 | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|----------|--|
| 3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah pemberian naso gastric tube (NGT) 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 NUTRISI KLIEN ANAK DI RUANG RAWAT INAP

| Kompetensi | Skor (S) | | | | Bobot (B) | Nilai (S x B) |
|------------------------|--|---|--|---|-----------|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| Pengkajian keperawatan | Peserta ujian tidak melakukan pengkajian data fokus (peserta ujian diam) | Peserta menyampaikan 1 - 2 point dari point berikut: <ul style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum klien lemah 2. Status nutrisi: <ul style="list-style-type: none"> a. Membrane mukosa pucat b. Anak kembung c. Mual dan tidak makan sejak 2 hari lalu d. Anak tidak bisa buang air besar 3. Tanda -tanda vital suhu 36,7 °C, Nadi: 90x/ menit, NAPAS: 25x/menit | Peserta menyampaikan 1 - 4 point dari point berikut: <ul style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum klien lemah 2. Status nutrisi: <ul style="list-style-type: none"> a. Membrane mukosa pucat b. Anak kembung c. Mual dan tidak bisa makan d. Anak tidak bisa buang air besar 3. Tanda -tanda vital suhu 36,7 °C, Nadi: 90x/ menit, NAPAS: 25x/menit 4. Gejala lain yang muncul atau yang dirasakan | Peserta ujian melakukan teknik pengkajian secara lengkap | 1 | |

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|---|---|---|
| | | 4. Gejala lain yang muncul atau yang dirasakan | | | |
| Diagnosis keperawatan | Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selain yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi pengujii | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019), tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019), namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario: Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019) ditandai dengan perut tampak kembung, lemah, membrane mukosa pucat serta adanya distensi abdomen. Pasien sudah 3 hari anak tidak bisa buang air besar. | 2 |
| Implementasi keperawatan | Peserta ujian tidak dapat melakukan pemasangan Nasogastric Tube (NGT) | Peserta ujian tidak dapat mempertahankan kebersihan atau tidak dapat melakukan semua prinsip Nasogastric Tube (NGT)dengan tepat | Peserta ujian dapat mempertahankan kebersihan dan dapat melakukan dengan lengkap prinsip Nasogastric Tube (NGT) namun kurang sistematis | Peserta ujian dapat mempertahankan kebersihan dan mampu melakukan prinsip Nasogastric Tube (NGT) dengan lengkap, tepat dan sistematis | 5 |

| | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|---|
| Perilaku profesional | <p>Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan point:</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. Menunjukan sikap empati dan menghargai 4. Menjaga privacy klien | <p>Peserta ujian meminta 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 3. Menunjukan sikap empati dan menghargai 4. Menjaga privacy klien | <p>Peserta ujian meminta izin secara lisan dan melakukan 1-3 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 3. Menunjukan sikap empati dan menghargai 4. Menjaga privacy klien | <p>Peserta ujian meminta izin secara lisan dan melakukan point di bawah ini secara lengkap sebagai 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. Menunjukan sikap empati dan menghargai 4. Menjaga privacy klien | 2 |
|----------------------|--|--|--|--|---|

Jumlah total skore

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

Maumere,

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

AMAN DAN NYAMAN

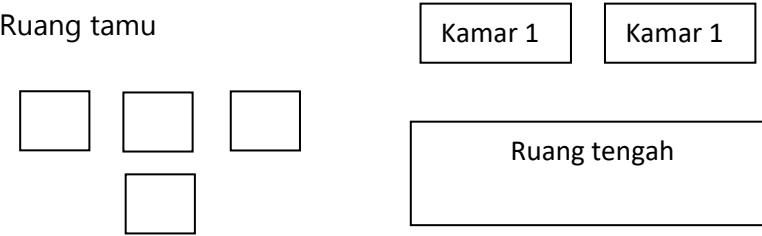
BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | <i>Lifes 10pan</i> | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|--------------------|-------------------------|---------------|----------------------------|---|-----------|----------------|----------------|--------------------|-----------|
| | Aman nyaman | Lansia | Komunitas | Kel/komunitas | 3,4,5,6 | Diagnosis dan perencanaan, implementasi, evaluasi, prilaku profesional | ✓ | Tidak | Tidak | 3 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| 1. | Nomor station | |
| 2. | Judulstation | Kebutuhan Aman Nyaman pada klien lansia di komunitas |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 13 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan mahasiswa dalam menegakkan diagnosis keperawatan, melakukan tindakan kompres hangat dan evaluasi |
| 5. | Kompetensi | <ul style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi, edukasi, 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 perempuan Ny A umur 60 tahun . Hasil pengkajian: klien mengeluh Nyeri pada lutut sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul pada pagi hari saat bangun tidur dan malam hari. Nyeri ketika digerakkan, skala nyeri 5. Nyeri dirasakan sejak 6 bulan yang lalu. Riwayat RA sejak 1 tahun yang lalu</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan ke penguji diagnosis keperawatan utama 2. Lakukan tindakan kompres hangat 3. Lakukan evaluasi skala nyeri dan sampaikan ke penguji |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p><u>SKENARIO KLINIK:</u></p> <p>Seorang perempuan Ny A umur 60 tahun Hasil pengkajian: klien mengeluh Nyeri pada lutut sebelah kanan, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul pada pagi hari saat bangun tidur dan malam hari. Nyeri ketika digerakkan, skala nyeri 5. Nyeri dirasakan sejak 6 bulan yang lalu. Riwayat RA sejak 1 tahun yang lalu</p> |

| | |
|----|---|
| | <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sampaikan ke penguji diagnosis keperawatan utama 2. Lakukan tindakan kompres hangat 3. Lakukan evaluasi skala nyeri dan sampaikan ke penguji <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai diagnosis keperawatan utama yang disampaikan peserta; gangguan rasa nyaman nyeri kronis b/d kondisi muskuloskletal kronis ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis 2. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta saat melakukan tindakan kompres hangat <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan alat b. Teknik atau cara kompres hangat 3. Penguji menilai kemampuan peserta dalam melakukan evaluasi; intensitas nyeri menurun, skala nyeri 3 4. Penguji menilai perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya terhadap selain yang ditentukan |
| 9. | <p>Instruksi untuk klien standar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nama Ny. A 2. Usia 60 tahun 3. Pekerjaan ibu Rumah Tangga 4. Pendidikan SMP 5. Riwayat penyakit sekarang (keluhan utama nyeri pada lutut sebelah kanan, nyeri dirasakan pada pagi hari dan malam, nyeri seperti ditusuk-tusuk, riwayat RA 1 tahun yang lalu, nyeri dirasakan jika cuaca dingin) 6. Peran KS Klien dalam posisi duduk, tampak memegang lutut sambil sedikit dipijat, ekspresi wajah kadang meringis 7. Klien berperilaku seperti lansia 8. Ketika peserta menjelaskan tentang intervensi yang akan dilakukan, KS menjawab setuju untuk dilakukan tindakan 9. Klien berharap penyakitnya sembuh dan nyeri berkurang atau nyeri hilang 10. Ketika peserta melakukan evaluasi KS menjawab pertanyaan peserta (KS menyatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3) 11. KS mengulang kembali cara melakukan kompres hangat 12. KS menjawab bersedia untuk melakukan kompres hangat secara mandiri jika nyeri terjadi |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| 10. | Setting Station: | <p>1. Ruang Keluarga</p> <p>Ruang tamu</p>  <p>Ruang tengah</p> |
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat pengukur suhu (jika diperlukan) 2. Kom berisi air hangat 40°C 1 (sesuai kenyamanan KS) 3. Handuk kompres 1 4. Pengalas 1 5. Sarung tangan bersih 1 pasang 6. Kain penutup kompres 1 |
| 12. | Penulis | <ol style="list-style-type: none"> a. Ns. Ridha Hidayati, M. Kep b. STIKes Ranah Minang |
| 13. | Referensi | <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI edisi 1 SDKI, SIKI DPP PPNI, (2018), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia</p> |

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMBERIAN KOMPRES HANGAT

| No | Kegiatan/Tahapan | Dilakukan | | Kompeten | |
|----|---|-----------|-------|----------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| A | Tahap Pra interaksi | | | | |
| | 1. Mengecek catatan medis dan perawatan | | | | |
| | 2. Menyiapkan alat dan perlengkapan | | | | |
| | a. handscone | | | | |
| | b. thermometer air | | | | |
| | c. kom 2 buah | | | | |
| | d. air hangat | | | | |
| | e. waslap | | | | |
| | f. bengkok | | | | |
| | g. perlak | | | | |
| | h. lembar hasil | | | | |
| B | Tahap Orientasi | | | | |
| | 1. Menyampaikan salam terapeutik | | | | |
| | 2. Menyampaikan nama dan peran perawat | | | | |
| | 3. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu | | | | |
| | 4. Memberi kesempatan bertanya | | | | |
| | 5. Memulai tindakan dengan baik | | | | |
| | 6. Jaga privasi | | | | |
| C | Tahap Kerja (No 11sd 19 : sistematis) | | | | |
| | 7. Cuci tangan | | | | |
| | 8. Menanyakan keluhan utama klien | | | | |
| | 9. Jaga privasi klien | | | | |
| | 10. Atur posisi klien | | | | |
| | 11. Gunakan handchoen | | | | |
| | 12. Dekatkan alat dengan klien | | | | |
| | 13. Letakkan perlak di bawah bagian yang akan dikompres | | | | |
| | 14. Tuangkan air hangat ke dalam kom | | | | |
| | 15. Celupkan waslap ke dalam kom yang berisi air hangat dengan suhu (34 - 37°C) peras waslap hingga tidak terlalu basah | | | | |
| | 16. Letakkan waslap pada bagian yang akan dikompres / nyeri | | | | |
| | 17. Lakukan kompres selama 15 – 20 menit | | | | |
| | 18. Angkat waslap jika selesai melakukan kompres | | | | |
| | 19. Lepaskan handschoen | | | | |
| | 20. Cuci tangan | | | | |
| D | Tahap terminasi | | | | |
| | 21. evaluasi respon (subyektif dan obyektif) | | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | 22. reinforcement positif | | | |
| | 23. kontrak waktu selanjutnya | | | |
| | 24. akhiri tindakan dengan baik | | | |
| E | Tahap Dokumentasi | | | |
| | 25. dokumentasikan tindakan | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 26. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif | | | |

FORM PENILAIAN
KOMPRES HANGAT PADA LANSIA DI KOMUNITAS/KELUARGA

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
KOMPRES HANGAT PADA LANSIA DI KOMUNITAS/KELUARGA

II. Rubrik

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

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----------|--|
| 3. Evaluasi Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam melaksanakan tindakan : penilaian nyeri pada klien. Peserta meletakkan waslap hangat dengan tepat pada lokasi nyeri, evaluasi penilaian nyeri pada klien lalu peserta melaporkan nilai skala nyeri pada pengujian | | | | | 2 | |
| 4. Perilaku Profesional Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menunjukkan profesionalisme dengan baik sesuai dengan prinsip etik dan legal diantaranya meminta persetujuan tindakan, melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | | 2 | |

III. Global Performance

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

| TIDAK LULUS | BORDERLINE | LULUS | SUPERIOR |
|-------------|------------|-------|----------|
| | | | |

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN
KOMPRES HANGAT PADA LANSIA DI KOMUNITAS/KELUARGA

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|------------------------------------|--|---|---|--|----------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Diagnosis keperawatan | Peserta tidak menyebutkan diagnosis utama atau menyebutkan diagnosis tetapi tidak tepat | Peserta hanya menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat Atau menyebutkan diagnosis dengan tepat tetapi tidak menyebutkan etiologi | Peserta menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat dan etiologi namun tidak dilengkapi dengan data pendukung | Peserta menyebutkan diagnosis keperawatan dengan tepat, etiologi, dan faktor penyebab dengan tepat; Nyeri kronis b/d kondisi musculoskeletal kronis ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis | 2 | |
| 2. Implementasi Keperawatan | Peserta tidak melakukan tindakan kompres hangat | Peserta melakukan kompres hangat dengan memperhatikan sistematis 3 dari 7 poin 1. Memeriksa suhu alat kompres (air hangat) 2. Cuci tangan 6 langkah dan | Peserta melakukan kompres hangat dengan memperhatikan sistematis 5 dari 7 poin 1. Memeriksa suhu alat kompres (air hangat) 2. Cuci tangan 6 langkah dan | Peserta melakukan kompres hangat dengan sistematis 1. Memeriksa suhu alat kompres (air hangat) 2. Cuci tangan 6 langkah dan menggunakan sarung tangan | 4 | |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|---|----------|
| | | <p>menggunakan sarung tangan</p> <p>3. Pilih lokasi kompres</p> <p>4. Lakukan kompres pada lokasi yang telah ditentukan</p> <p>5. Hindari melakukan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi</p> <p>6. Rapikan pasien dan alat</p> <p>7. Cuci tangan 6 langkah</p> | <p>menggunakan sarung tangan</p> <p>3. Pilih lokasi kompres</p> <p>4. Lakukan kompres pada lokasi yang telah ditentukan</p> <p>5. Hindari melakukan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi</p> <p>6. Rapikan pasien dan alat</p> <p>7. Cuci tangan 6 langkah</p> | <p>3. Pilih lokasi kompres</p> <p>4. Lakukan kompres pada lokasi yang telah ditentukan</p> <p>5. Hindari melakukan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi</p> <p>6. Rapikan pasien dan alat</p> <p>7. Cuci tangan 6 langkah</p> | |
| 3. Evaluasi Keperawatan | Peserta tidak melakukan evaluasi tindakan | <p>Peserta melakukan evaluasi tindakan dengan memperhatikan 1 poin</p> <p>1. Respon pasien</p> <p>2. Kompres terpasang dengan benar</p> | <p>Peserta melakukan evaluasi tindakan dengan memperhatikan 2 poin</p> <p>1. Respon pasien</p> <p>2. Kompres terpasang dengan benar</p> | <p>evaluasi tindakan dengan memperhatikan</p> <p>1. Respon pasien</p> <p>2. Kompres terpasang dengan benar</p> <p>3. Tingkat nyeri menurun</p> | 2 |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|---|----------|
| | | 3. Tingkat nyeri menurun | 3. Tingkat nyeri menurun | | |
| 4. Perilaku Profesional | <p>Peserta tidak meminta ijin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan dengan hati-hati sehingga tidak membahayakan diri sendiri dan pasien 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat pada pasien | <p>Peserta meminta izin pada pasien dan melakukan poin 2 &3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan dengan hati-hati sehingga tidak membahayakan diri sendiri dan pasien 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat pada pasien | <p>Peserta meminta izin pada pasien dan melakukan 3 poin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan dengan hati-hati sehingga tidak membahayakan diri sendiri dan pasien 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat pada pasien | <p>Peserta meminta izin pada pasien dan melakukan semua poin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan tindakan dengan hati-hati sehingga tidak membahayakan diri sendiri dan pasien 2. Memperhatikan kenyamanan pasien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan rasa hormat pada pasien | 2 |

Jumlah total skore

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

Padang,

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

PSIKOSOSIAL

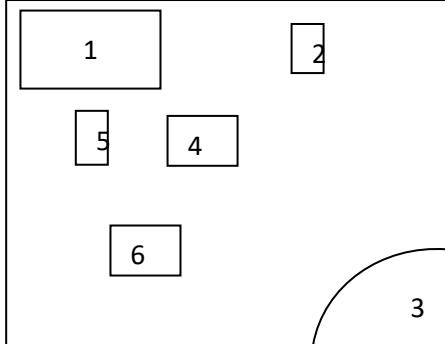
BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori | <i>Lifes10pan</i> | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|--|--|------------------------------|---------------|----------------------------|--|-----------------------|----------------|----------------|--------------------|-----------|
| 1 | keterampilan manajemen konflik dan kepemimpinan dalam lingkungan klinis | Dewasa (Fokus pada staf perawat dewasa di rumah sakit) | Manajemen keperawatan | Ranap | 3, 4, 5, 6 | Komunikasi Efektif dan Resolusi Konflik, Pemberian oksigen | Negosiasi dan Mediasi | Tidak | | 10 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judul station | Pemberian asuhan dan manajemen keperawatan |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 13 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan , pemberian oksigen |
| 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 kepala ruangan di sebuah rumah sakit besar menghadapi situasi dimana terdapat ketidakpuasan di antara staf perawat mengenai pembagian tugas dan jadwal shift. Beberapa perawat merasa bahwa mereka selalu mendapat shift malam dan beban kerja yang lebih berat dibandingkan rekan mereka. Kepala ruangan harus mengambil langkah identifikasi masalah untuk menyelesaikan masalah ini dan memastikan bahwa setiap perawat merasa didengar dan diperlakukan secara adil.</p> <p><u>TUGAS :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan identifikasi ketidakpuasan staf perawat terkait pembagian tugas dan jadwal shift yang tidak adil. 2. Lakukan analisis penyebab dari ketidakpuasan ini, termasuk mempertimbangkan apakah ada ketidakseimbangan dalam pembagian shift malam dan beban kerja di antara staf perawat. 3. berkomunikasi secara efektif dengan staf perawat untuk memahami perspektif mereka, menjelaskan alasan di balik |

| | | |
|----|-------------------------|--|
| | | kebijakan yang ada, dan membuka dialog untuk mencari solusi bersama. |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang kepala ruangan di sebuah rumah sakit besar menghadapi situasi dimana terdapat ketidakpuasan di antara staf perawat mengenai pembagian tugas dan jadwal shift. Beberapa perawat merasa bahwa mereka selalu mendapat shift malam dan beban kerja yang lebih berat dibandingkan rekan mereka. Kepala ruangan harus mengambil langkah identifikasi masalah untuk menyelesaikan masalah ini dan memastikan bahwa setiap perawat merasa didengar dan diperlakukan secara adil.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan identifikasi ketidakpuasan staf perawat terkait pembagian tugas dan jadwal shift yang tidak adil. 2. Lakukan analisis penyebab dari ketidakpuasan ini, termasuk mempertimbangkan apakah ada ketidakseimbangan dalam pembagian shift malam dan beban kerja di antara staf perawat. 3. Berkomunikasi secara efektif dengan staf perawat untuk memahami perspektif mereka, menjelaskan alasan di balik kebijakan yang ada, dan membuka dialog untuk mencari solusi bersama. <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan peserta apakah peserta dapat melakukan wawancara atau diskusi dengan staf perawat untuk mengidentifikasi masalah ketidakpuasan. Ini termasuk mengumpulkan informasi tentang bagaimana perawat merasa terkait dengan pembagian tugas dan jadwal shift mereka. 2. Tanyakan kepada peserta tentang metode yang digunakan untuk menganalisis penyebab ketidakpuasan. Ini mencakup evaluasi apakah ada ketidakseimbangan dalam pembagian shift malam dan beban kerja. 3. Amati bagaimana peserta berkomunikasi dengan staf perawat untuk memahami perspektif mereka. Ini termasuk keterampilan mendengarkan, empati, dan keterbukaan dalam dialog. 4. Monitor perilaku profesional peserta 5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. |

| | | |
|-----|----------------------------------|---|
| 9. | Instruksi untuk klien standar | <p>Peran Pasien Standar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anda adalah seorang perawat di rumah sakit yang merasa tidak puas dengan pembagian tugas dan jadwal shift yang ada. 2. Situasi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ada ketidakpuasan di antara staf perawat terkait pembagian tugas dan jadwal shift yang dianggap tidak adil. ○ Anda telah melaporkan masalah ini kepada kepala ruangan dan diharapkan memberikan umpan balik serta berbicara tentang pengalaman Anda. 3. Tugas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ekspresikan Kekhawatiran: Jelaskan perasaan Anda tentang ketidakadilan dalam pembagian shift dan bagaimana hal ini mempengaruhi pekerjaan dan kesejahteraan Anda. ○ Terima Penjelasan: Jika kepala ruangan menjelaskan kebijakan atau alasan di balik pembagian tugas dan jadwal shift, dengarkan dengan seksama dan tunjukkan bahwa Anda memahami penjelasan tersebut. ○ Diskusikan Solusi: Jika ditanya tentang solusi, sampaikan ide atau usulan yang mungkin Anda miliki untuk memperbaiki situasi, seperti pergeseran jadwal atau pembagian tugas yang lebih adil. <p>Manekin tidak diperlukan</p> |
| 10. | Setting Station: Station: | <p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kepala Ruangan - Staf Perawat - Pengaji <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja Kepala Ruangan 2. Meja pengaji 3. Pintu masuk 4. Meja Staf Perawat 5. Individu perawat 6. Kursi laboran  |
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | Peralatan : tidak ada |
| 12. | Penulis | Ns. Nenny Parinussa,S.Kep.,M.Kep |

| | |
|-----|-----------|
| 13. | Referensi |
|-----|-----------|

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
KOMUNIKASI INTERPERSONAL**

| No | Kegiatan/Tahapan | Dilakukan | | Kompeten | |
|----|---|-----------|-------|----------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| 1 | Tahap Preinteraksi | | | | |
| | Mengumpulkan data tentang klien | | | | |
| | Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri | | | | |
| | Tahap Orientasi | | | | |
| | Menyapa staf dengan sopan dan menciptakan suasana yang nyaman untuk percakapan. | | | | |
| | Mempersilahkan duduk/menempatkan diri | | | | |
| | Mendengarkan dengan aktif dan empati saat staf mengungkapkan kekhawatiran mereka mengenai pembagian tugas dan jadwal shift. | | | | |
| | Tahap Kerja | | | | |
| | Mendiskusikan berbagai opsi solusi dan mencoba mencari kesepakatan bersama dengan staf | | | | |
| | Memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan | | | | |
| | Mendiskusikan dengan pasien tentang masalah yang sedang dihadapi pasien | | | | |
| | Melakukan kegiatan yang telah direncanakan | | | | |
| | Tahap Terminasi | | | | |
| | Mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan (subjektif dan objektif) | | | | |
| | Memberikan reinforcement positif | | | | |
| | Merencanakan tindak lanjut kegiatan dengan klien | | | | |
| 2 | Penampilan Profesional | | | | |
| | Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif | | | | |

FORM PENILAIAN
PEMBERIAN ASUHAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

I. Form Penilaian

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|---|-----------------|----------|----------|----------|------------------|----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Implementasi tahap komunikasi interpersonal | | | | | 5 | |
| 2. Perilaku Profesional | | | | | 5 | |

RUBRIK PENILAIAN
PEMBERIAN ASUHAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN

II. Rubrik

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|--|-----------------|----------|----------|----------|------------------|----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Implementasi : Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan pelaksanaan tahap-tahap komunikasi interpersonal | | | | | 5 | |
| 2. 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. | | | | | 5 | |

III. Global Performance

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

| TIDAK LULUS | BORDERLINE | LULUS | SUPERIOR |
|-------------|------------|-------|----------|
| | | | |

Lampiran Rubrik

**RUBRIK PENILAIAN
PEMBERIAN ASUHAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN**

| Kompetensi | Skor (S) | | | | Bobot (B) | Nilai (S x B) |
|------------------------------|---|---|---|---|------------------|----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| Pra-Interaksi | Persiapan Sebelum Interaksi | | | | | |
| Membaca catatan peraat | Tidak dilakukan atau salah paham | Membaca tetapi tidak teliti | Membaca dengan beberapa kekurangan | Membaca dengan teliti dan memadai | 1 | |
| Menyiapkan mental dan fisik | Tidak dilakukan atau sangat tidak siap | Menyiapkan diri tetapi dengan kekurangan besar | Menyiapkan diri dengan baik namun kurang sempurna | Menyiapkan diri dengan penuh perhatian dan siap | 1 | |
| Orientasi | Memulai Interaksi dengan Pasien | | | | | |
| Menanyakan kondisi perawat | Tidak dilakukan atau tidak sesuai | Ditanyakan tetapi tidak relevan atau kurang perhatian | Ditanyakan dengan cukup perhatian | Ditanyakan dengan empati dan relevansi tinggi | 1 | |
| Kerja | Melakukan Interaksi dan Tindakan | | | | | |
| Mendengarkan keluhan perawat | Tidak mendengarkan atau tidak empatik | Mendengarkan tetapi dengan sedikit empati | Mendengarkan dengan cukup empati | Mendengarkan secara aktif dan empatik | 1 | |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|--|
| Mendiskusikan solusi | Tidak dilakukan atau dilakukan dengan cara yang salah | Dibantu tetapi dengan teknik yang salah atau tidak nyaman | Dibantu dengan cara yang benar tetapi tidak nyaman | Membantu dengan teknik yang tepat dan nyaman | 1 | |
| Menjawab pertanyaan atau kekhawatiran perawat | Tidak menjawab atau jawaban tidak memadai | Menjawab tetapi tidak memadai atau kurang jelas | Menjawab dengan cukup baik tetapi tidak lengkap | Menjawab dengan jelas dan memberikan informasi memadai | 1 | |
| Terminasi | Menyelesaikan Interaksi | | | | | |
| Menyampaikan ketersediaan untuk membantu lagi | Tidak disampaikan atau sangat tidak jelas | Disampaikan tetapi dengan kurang jelas atau tidak memadai | Disampaikan dengan cukup jelas tetapi tidak menenangkan | Disampaikan dengan jelas, menenangkan, dan menawarkan bantuan lebih lanjut | 1 | |
| Mengucapkan salam penutup | Tidak dilakukan atau tidak ramah | Dilakukan tetapi tidak ramah atau sopan | Dilakukan dengan cukup ramah tetapi kurang memadai | Mengucapkan salam dengan ramah, penuh perhatian, dan profesional | 1 | |
| Mendokumentasikan tindakan | Tidak dilakukan atau sangat tidak memadai | Dokumentasi kurang detail atau tidak memadai | Dokumentasi cukup detail tetapi ada kekurangan minor | Mendokumentasikan secara lengkap, akurat, dan tepat waktu | 1 | |
| Perilaku profesional | peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini : 1. Melakukan setiap tindakan | Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti | Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 3-4 point berikut : 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti | • Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini dengan lengkap : 1. Melakukan setiap tindakan dengan teliti | 1 | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | <p>dengan teliti dan hati-hati 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>dan hati-hati 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>dan hati-hati 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>dan hati-hati 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 | |
|--|--|--|--|--|--|

Jumlah total skore

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

Ambon,

.....

Penguji :.....

ELIMINASI

BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | Lifes10pan | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|---------------|----------------------------|---|-------------------------|----------------|----------------|--------------------|---------------|
| 8 | Eliminasi | Dewasa | Kep Keluarga | Ranap | 1,2, 3, 4, 6 | Pengkajian pemeriksaan abdomen (palpasi vesico urinaria), Penentuan diagnosis bendungan kandung kemih, Pemasangan cateter urine pria, perlaku profesional | Pasien Bpk. M, 55 tahun | Ya, dewasa | ya | 1 buah | Khairul Andri |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judul station | Kebutuhan elminasi pada klien dewasa di rumah |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 15 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemasangan kateter . |
| 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 perawat mengunjungi keluarga seorang laki-laki, bapak M, usia 56 tahun yang tinggal bersama dengan keluarganya (anak), sudah 3 hari ini kesulitan untuk buang air kecil (bak). keluhan saat ini merasa sakit di daerah vesico urinaria, terasa seperti ada bendungan, urine kadang menetes.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi; pemasangan kateter pada manekin |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK: Seorang perawat mengunjungi keluarga seorang laki-laki, bapak M, usia 56 tahun yang tinggal bersama dengan keluarganya (anak), sudah 3 hari ini kesulitan untuk buang air</p> |

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| | | <p>kecil (bak). keluhan saat ini merasa sakit di daerah vesico urinaria, terasa seperti ada bendungan, urine kadang menetes</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan pemberian therapi; pemasangan kateter pada manekin <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan yakni pengukuran pada ukuran vesico urinaria melalui pemeriksaan fisik palpasi pada menakin. Pada saat peserta meletakkan tangan pada menakin, penguji mengatakan vesico urinaria terisi sekitar 80%. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : Gangguan Eliminasi Urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih ditandai dengan distensi pada vesico urinaria, kesulitan untuk bak, urine menetes 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian therapi pemasangan cateter pria manekin. Sampaikan kepada peserta bahwa urine sudah keluar dan lihat jumlah urine, warna serta kekeruhan saat peserta melakukan evaluasi pemasangan cateter pria 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 56 tahun) Riwayat penyakit sekarang (pasien mengeluh sudah 3 hari ini kesulitan untuk buang air kecil (bak), merasa sakit di daerah vesico urinaria, terasa seperti ada bendungan, urine kadang menetes) 2. Saat ini adalah pasien hanya dirawat dirumah sudah 3 hari, sebelumnya belum pernah seperti ini sebelumnya 3. Riwayat penyakit keluarga (di keluarga tidak ada yang mengalami keluhan yang sama) 4. Riwayat kebiasaan sosial (pasien cukup adaptif dengan lingkungan rumah sakit) |

| | | |
|-----|---------------------------|---|
| | | <p>5. Harapan terhadap penyakit (pasien dan keluarga berharap segera membaik sehat, pasien berharap bisa bekerja lagi seperti biasa)</p> <p>6. KS tiduran di bed, kadang berjalan ke kamar mandi untuk buang air kecil walau agak susah. Saat perawat datang pasien menyambutnya dengan ramah walau dengan muka agak kurang nyaman. Pasien menjawab dengan lancar pertanyaan walau sesudah menjawab klien diam.</p> <p>7. 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 pria dewasa, digunakan untuk pemasangan cateter pria.</p> |
| 10. | Setting Station: | <p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin Pria dewasa - laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur dan manekin pria dewasa 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. Folly cateter dan urine bag: 1+1 2. Bak steril berisi; Lubrian steril dan Doek lobang 1 3. APD sesuai kebutuhan 4. Sarung tangan 2 pasang (steril 1, bersih 1pasang) 5. Pengalas 1 6. Kapas cebol pada tempatnya 7. Nierbeken/Bengkok : 1 8. Spuit sesuai kebutuhan 9. Aqua steril dalam tempatnya |

| | | |
|-----|-----------|--|
| | | <p>10. Plester 1 11. Tempat sampah 1 12. Sampiran</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 | <p>c. Khairul Andri, M. Kep., Ns. d. STIKES Indonesia Padang</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) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Daftar Tilik Uji Kompetensi Mahasiswa Keperawatan, (2019) Komite Keperawatan RSUP M.Djamil Padang</p> |

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PEMASANGAN CATETER PRIA DEWASA**

| No | Kegiatan/Tahapan | Dilakukan | | Kompeten | |
|----|--|-----------|-------|----------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| A | Tahap Pra interaksi | | | | |
| | 1. Mahasiswa mampu menyebutkan: i. hal-hal yang termasuk dalam general consent antara lain.... ii. menyebutkan tujuan pemasangan cateter iii. hal-hal yang diperlukan dalam perlindungan privacy pasien antara lain pemasangan pembatas bial diperlukan | | | | |
| | 2. Menyiapkan alat dan perlengkapan a. Bak instrumen steril berisi; i. lubrikan streil ii. doek lubang b. APD sesuai kebutuhan c. Sarung tangan 2 pasang (streil 1 psg, bersih 1 psg) d. Pengalas e. Poly cateter (sesuai ukuran) dan urine bag f. Kapas cebok dalam tempatnya g. Plester h. Bengkok (nierbeken)2 buah i. Spuit sesuai kebutuhan j. Tempat sampah k. Sampiran | | | | |
| B | Tahap Orientasi | | | | |
| | 1. Menyampaikan salam terapeutik | | | | |
| | 2. Melakukan kebersihan tangan | | | | |
| | 3. Alat di dekatkan ke pasien | | | | |
| | 4. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu | | | | |
| | 5. Memberi kesempatan bertanya | | | | |
| | 6. Memulai tindakan dengan baik | | | | |
| | 7. Jaga privasi | | | | |
| C | Tahap Kerja | | | | |
| | 1. Pasang sampiran dan mengatur posisi yang nyaman, perawat berdiri di kanan pasien, alat siap semuanya dekat pasien | | | | |
| | 2. Gantung urine bag dengan skal ukur ke arah luar disisi tempat tidur pasien | | | | |
| | 3. Hand hygiene dan pasang apd sesuai kebutuhan | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | 4. Membuji pakaian bawah pasien (celana/kain sarung) | | | |
| | 5. Pasang pengalas dan atur posisi pasien sesuai kebutuhan | | | |
| | 6. Dekatkan nierbeken diantara ke 2 paha pasien dan lakukan penis hygiene | | | |
| | 7. Dekatkan nierbeken ke 2 untuk menampung urine | | | |
| | 8. Ganti sarung tangan bersih dengan yang steril, dekatkan doek lubang | | | |
| | 9. Buka dan olesi ujung cateter dengan kassa jelly sampai batas cabang | | | |
| | 10. Masukan cateter ke urathra samapai batas cabang dengan tangan kanan , tangan kiri memegang penis sambil menganjurkan klien rilek | | | |
| | 11. Tampung urine dengan menggunakan nierbeken | | | |
| | 12. Perhatikan respon pasien | | | |
| | 13. Isi balon cateter dengan cairan aquades steril sesua dengan volume yang tertera pada cateter dan selang cateter ditarik sampai ada tahanan | | | |
| | 14. Angkat doek lubang , sambungkan cateter dengan urine bag | | | |
| | 15. Bereskan alat-alat, lepaskan APD dan lakukan kebersihan tangan | | | |
| | 16. Dokumentasikan tindakan yg telah dilakukan (hari_tanggal_jam, kegiatan) | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 17. Tanyakan apa yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan | | | |
| | 18. Rencanakan tindakan dan kunjungan berikutnya | | | |
| | 19. Ucapkan salam dan terimakasih atas kerjasamanya | | | |
| E | Penampilan Profesional | | | |
| | 20. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif | | | |

FORM PENILAIAN
PEMASANGAN CATETER PRIA DEWASA DI RUMAH

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
PEMASANGAN CATETER PRIA DEWASA DI RUMAH

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 adanya distensi pada Vesico urinaria klien. Peserta melakukan pemeriksaan fisik palpasi secara tepat pada daerah supra pubic dari menakin prias dewasa, lalu peserta melakukan pembacaan hasilnya (hasil dijawab 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 analisa data dan diagnosis yang harus ditegakkan sesuai dengan pedoman penegakkan diagnosis keperawatan SDKI. 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 cateter pria dewasa 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
PEMASANGAN CATETER PRIA DEWASA DI RUMAH**

| Kompetensi | Skor (S) | | | | Bobot (B) | Nilai (S x B) |
|------------------------|--|--|---|---|------------------|----------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| Pengkajian keperawatan | - Peserta tidak melakukan penilaian pemasangan cateter pria , namun posisi tidak tepat | Peserta melakukan penilaian pemasangan cateter pria , namun kurang memperhatikan privasi | Peserta melakukan penilaian pemasangan cateter pria, namun kurang memperhatikan privasi | Mampu melakukan pengkajian fokus berupa penilaian pemasangan cateter pria pada manekin (dengan penguji menjawab hasil pengukuran sesuai instruksi penguji saat peserta memeriksa Cateter dan urine bag yg sudah terpasang, jumlah serta warna urine dengan tepat, menjaga privasi pasien, memastikan posisi dengan benar. | 1 | |
| Diagnosis keperawatan | • Peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario : | Peserta mampu menuliskan dengan tepat label diagnosis sesuai skenario ; | 2 | |

| | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|---|
| | dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selaian yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji | gangguan eliminasi urine, tanpa menyampaikan etiologi serta data pendukung | gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kadung kemih, namun data pendukung tidak disampaikan dengan adekuat | gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kadung kemih ditandai dengan sudah 3 hari ini kesulitan untuk buang air kecil (bak), merasa sakit di daerah vesico urinaria, terasa seperti ada bendungan, urine kadang menetes. | |
| Implementasi keperawatan | Peserta tidak melakukan tindakan pemberian oksigen nasal kanule, namun memberikan modalitas oksigen yang lainnya | Peserta melakukan pemberian terapi oksigen, namun hanya memenuhi 1-2 dari 5 prinsip dengan tepat | Peserta melakukan pemberian terapi oksigen, namun hanya 3-4 dari 5 prinsip dengan tepat | Peserta melakukan pemberian terapi oksigen dengan tepat : Lima prinsip pemberian nasal kanule diberikan dengan tepat <ul style="list-style-type: none"> 1. Siap pasien, siap perawat, siap alat : pasien safety (clear identitas minimal nama dan tanggal lahir) 2. hand hygiene | 5 |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | | <p>3. modalitas tepat yang digunakan : folly cateter</p> <p>4. Sistematis (atur posisi pasien nyaman, penyiapan alat sesuai, cara memasukan cateter ke uretra pasien secara benar sambil berkomunikasi dengan pasien, pengisian aqua ke balon cateter sesuai yang tertera di cateter, penerikan cateter sampai ada tahan, obesrvasi keadaan pasien setelah dipasang, rapikan alat, hand hygiene</p> <p>5. Dokumentasikan prosedur (hari_tanggal_jam</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|----------------------|---|--|---|---|---|--|
| | | | | , kegiatan, metode pemasangan cateter pria) 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 4. Menunjukkan sikap | <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 | |

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

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Yogyakarta,

.....

Penguji :

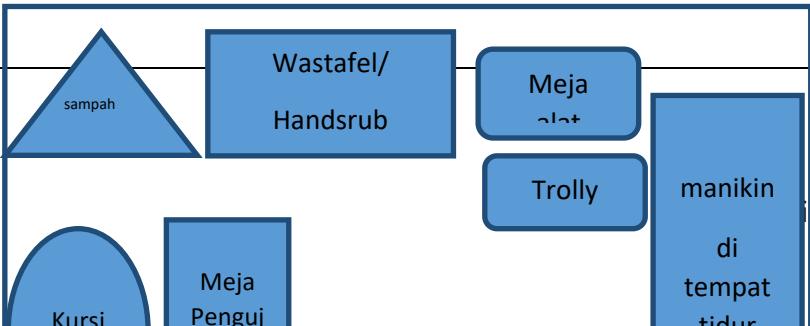
BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | Lifes10pan | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|---------------|----------------------------|---|------------------------------------|----------------|----------------|--------------------|-------------|
| 8 | Eliminasi | Dewasa | KMB | Ranap | 2, 3, 4, 6 | Pengkajian keluhan BAB, pemeriksaan abdomen (auskultasi bising usus), Penentuan diagnosis dan perencanaan (konstipasi b/d kelemahan abdomen) Pemberian terapi huknah gliserin , evaluasi tindakan | Seorang laki laki berumur 50 tahun | Ya | Ya | 3 | Eni Kusyati |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judul station | Kebutuhan Eliminasi BAB pada klien dewasa di ruang rawat inap |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 20 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis dan perencanaan keperawatan, pemberian huknah gliserin yang semuanya dilakukan secara 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 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:</p> <p>Seorang laki-laki umur 50 dirawat inap di ranap penyakit dalam dengan Stroke non hemorapsargic . Klien mengeluh 4 hari sejak masuk RS tidak bisa BAB, Palpasi teraba Skiballa (feces yang mengeras), pasien mengeluh sulit dan lama dalam mengeluarkan feces, otot abdomen melemah, mengejan saat defekasi</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus keluhan BAB dan pemeriksaan fisik abdominal untuk melengkapi data gangguan kebutuhan eliminasi pada manikin 2. Tegakkan diagnosis dan rencana keperawatan pada lembar jawab sesuai skenario, hasil validasi, dan pengkajian fokus yang dilakukan 3. Lakukan terapi pemberian huknah gliserin pada manikin secara profesional |

| | | |
|----|-------------------------|---|
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang laki-laki umur 50 dirawat inap di ranap penyakit dalam dengan Stroke non hemonapasargic . Klien mengeluh 4 hari sejak masuk RS tidak bisa BAB, Palpasi teraba Skiballa (feces yang mengeras), pasien mengeluh sulit dan lama dalam mengeluarkan feces, otot abdomen melemah, mengejan saat defekasi</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian fokus keluhan BAB dan pemeriksaan fisik abdominal untuk melengkapi data gangguan kebutuhan eliminasi pada manikin 2. Tegakkan diagnosis dan rencana keperawatan pada lembar jawab sesuai skenario, hasil validasi, dan pengkajian fokus yang dilakukan 3. Lakukan terapi pemberian huknah gliserin pada manikin secara profesional <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian keluhan BAB dan pemeriksaan fisik abdominal untuk melengkapi data gangguan kebutuhan eliminasi pada manikin 2. Tegakkan diagnosis dan rencana keperawatan pada lembar jawab sesuai skenario, hasil validasi, dan pengkajian fokus yang dilakukan 3. Lakukan terapi pemberian huknah gliserin pada manikin <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai ketepatan peserta dalam menentukan pengkajian fokus tambahan kebutuhan eliminasi yaitu penghitungan peristaltic usus dan distensi abdomen.Pada saat peserta ujian menggunakan dan meletakkan stetoskop dengan tepat dan menghitung dalam satu menit penuh, peserta juga melakukan perkusi diarea abdomen dengan benar menggunakan 3 jari kiri dan 1 jari kanan untuk mendengarkan suara hipertimpani. 2. Menilai kemampuan peserta dalam menuliskan label diagnosis keperawatan : Konstipasi bd kelemahan otot abdomen dibuktikan sudah 4 hari sejak masuk RS tidak bisa BAB, feces keras, pengeluaran feces lama dan sulit, peristaltic usus menurun , distensi abdomen , mengejan saat defekasi serta menyusun tujuan dan intervensi keperawatan sesuai standart luaran nasional Indonesian 3. Menilai ketepatan penampilan peserta dalam pemberian Terapi huknah gliserin dari , cara menyiapka alat dan |
|----|-------------------------|---|

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| | | <p>bahan , pengaturan posisi tidur pasien arah masuknya sputit gliserin dan melakukan evaluasi dari keberhasilan Tindakan yang dikukan baik secara subyektif maupun obyektif sesuai keluhan.</p> <p>4. Monitor perilaku professional peserta Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan Klien dan diri sendiri , memperhatikan kenyamanan klien , melakukan Tindakan sesuai prioritas , menunjukkan rasa hormat pada pasien dan melaukkan komunikasi terapeutik</p> <p>5. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan.</p> |
| 9. | Instruksi untuk klien standar | <p>Identitas saudara</p> <p>Nama : Tn Partono Usia : 50 tahun Jenis kelamin : Laki Laki Pekerjaan : Karyawan Pabrik roti Status : Menikah Pendidikan terakhir : SMP</p> <p>Riwayat penyakit sekarang : Saudara dirawat di ruang rawat penyakit dalam sejak 4 hari yang lalu dengan diagnosis medis Stroke non hemonapasargic</p> <p>Keluhan yang saudara alami : sudah 4 hari sejak masuk RS tidak bisa BAB , otot abdomen lemah , hasil Palpasi teraba Skiballa (feces yang mengeras) tampilan wajah kesakitan saat di palpasi ,perut kembung , saat BAB harus mengejan , Feces tidak tuntas saat BAB</p> <p>Riwayat penyakit keluarga : tidak ada anggota keluarga yang mengami hipertensi dan stroke.</p> <p>Saudara tiduran diatas tempat tidur dengan separo badan kanan terasa lemas , tangan kiri memegangi perut dengan wajah menunjukkan kesakitan (nyeri perut) , perut kembung dengan cara mengisi perut dengan udara saat dilakukan perkusi.</p> |
| 10 | Setting Station: | <p>Ruang Rawat Inap</p>  |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| | | |
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | <p>Peralatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Manikin dengan anus untuk memasukkan sputit gliserin b. selimut mandi :1 c. perlak pengalas: 1 d. sputit gliserin :1 e. Bengkok : 1 f. Cairan Gliserin : 100 cc g. sarung tangan 2 buah h. Pispot : 1 i. Tissue : 3 lembar j. Waslab 2 buah k. Waskom 2 buah l. Handuk m. Sabun <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 | <ul style="list-style-type: none"> a. Ns. Eni Kusyati, M.Si.Med b. Universitas Karya Husada 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) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Kusyati Eni dkk, Ketrampilan dan prosedur laboratorium keperawatan dasar , edisi 3 Penerbit buku kedokteran EGC , Jakarta</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 | | | | |
| | Menyiapkan alat dan perlengkapan: | | | | |
| | a. Manikin dengan anus untuk memasukkan sputit gliserin | | | | |
| | b. selimut mandi | | | | |
| | c. perlak pengalas | | | | |
| | d. sputit gliserin | | | | |
| | e. Bengkok | | | | |
| | f. Cairan Gliserin | | | | |
| | g. sarung tangan 2 buah | | | | |
| | h. Pispot | | | | |
| | i. Tissue | | | | |
| | j. Waslab 2 buah | | | | |
| | k. Waskom 2 buah | | | | |
| | l. Handuk | | | | |
| | m. sabun | | | | |
| | 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/atau nomor rekam medis | | | | |
| | 6. Menyampaikan maksud dan tujuan serta kontrak waktu | | | | |
| | 7. Memberi kesempatan bertanya | | | | |
| | 8. Memulai tindakan dengan baik | | | | |
| | 9. Menjaga privasi : menutup pintu jendela dan sampiran | | | | |
| C | Tahap Kerja (No 10 sd 27 : sistematis) | | | | |
| | 10. Mengganti selimut tidur dengan selimut mandi | | | | |
| | 11. melepaskan pakaian bagian bawah pasien | | | | |
| | 12. memasang perlak pengalas dan bantu pasien memperoleh posisi miring kiri lutut kanan fleksi (sim's) | | | | |
| | 13. Mengkaji suhu cairan gliserin dengan memasukkan termometer hingga suhu 37°C – 38°C. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | 14. Mengisi sputit gliserin sekitar 10-20cc dan keluarkan udara dari dalam sputit | | | |
| | 15. Membuka bokong pasien dengan tangan kiri dan masukkan sputit gliserin dengan mengikuti arah rektum . | | | |
| | 16. Masukkan cairan gliserin sambil menganjurkan pasien untuk menarik nafas panjang | | | |
| | 17. Tarik sputit setelah semua cairan gliserin masuk ke dalam kolon dan letakkan pada bengkok | | | |
| | 18. Memasang pispot untuk membantu BAB | | | |
| | 19. Bersihkan area perianal dengan waslap dan sabun | | | |
| | 20. Mengangkat perlak pengalas | | | |
| | 21. Bantu pasien menggunakan pakaian bawahnya | | | |
| | 22. Mengganti selimut mandi dengan selimut tidur | | | |
| | 23. Bantu pasien memperoleh posisi nyaman | | | |
| | 24. Buka pintu jendela dan sampiran | | | |
| | 25. Merapikan alat dan melepas sarung tangan | | | |
| | 26. Cuci tangan dengan 6 langkah | | | |
| | 27. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 28. simpulkan kegiatan | | | |
| | 29. evaluasi respon (subyektif dan obyektif) | | | |
| | 30. reinforcement positif | | | |
| | 31. kontrak waktu selanjutnya | | | |
| | 32. akhiri tindakan dengan baik | | | |
| E | Tahap DOkumentasi | | | |
| | 33. hari_tanggal_jam, kegiatan, metode pemberian huknah gliserin, pengeluaran feces, respon pasien dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada. | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 34. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif dan komunikatif | | | |

FORM PENILAIAN
HUKNAH GLISERIN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
HUKNAH GLISERIN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|---|----------|---|---|---|--------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian bising usus dan adanya distensi perut pada klien. Peserta meletakkan stetoskop dengan tepat pada atas umbilicus sejajar arah kanan dan kiri dalam waktu 1 menit penuh dan dihitung berapa kali, peserta melakukan perkusi diarea abdomen dengan menggunakan 3 jari kiri dan 1 jari kanan sambil mendengarkan suara hipertimpani | | | | | 1 | |
| 2. Diagnosis keperawatan dan perencanaan 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. Konstipasi bd kelemahan otot abdomen dibuktikan sudah 4 hari sejak masuk RS tidak bisa BAB, feces keras, pengeluaran feces | | | | | 2 | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|----------|--|
| lama dan sulit, peristaltic usus menurun , distensi abdomen , mengejan saat defekasi serta menyusun tujuan dan intervensi keperawatan sesuai standart luaran nasional Indonesian Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | | | |
| 3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.tindakan yang dimaksud adalah pemberian terapi huknah gliserin 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 (baik untuk pasien ataupun perawat) dan memperhatikan kenyamanan dan keamanan klien. Menaruh rasa hormat pada pasien serta melakukan komunikasi terapeutik 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
HUKNAH GLISERIN KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

| Kompetensi | Skor (S) | | | | Bobot (B) | Nilai (S x B) |
|---|---|---|---|--|----------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| Pengkajian keperawatan : kebutuhan eliminasi BAB (peristaltik usus dan distensi perut) | <p>Peserta ujian tidak melakukan pengkajian kebutuhan eliminasi BAB : menghitung peristaltic usus dan distensi perut (peserta ujian diam)</p> | <p>Peserta ujian melakukan teknik pengkajian 1 – 2 poin dan Tidak mampu Mampu menjelaskan hasil pemeriksaan dengan benar .</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung peristaltic usus dengan meletakkan stetoskop pada posisi yang benar 2. Menhitung peristaltic dengan selama 1 menit penuh 3. Mengkaji adanya distensi perut dengan melakukan perkusi dengan benar | <p>Peserta ujian melakukan pengkajian 3 – 4 poin Tidak mampu Mampu menjelaskan hasil pemeriksaan dengan benar dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung peristaltic usus dengan meletakkan stetoskop pada posisi yang benar 2. Menhitung peristaltic dengan selama 1 menit penuh 3. Mengkaji adanya distensi perut dengan melakukan perkusi dengan benar | <p>Peserta ujian melakukan seluruh teknik pengkajian secara lengkap dan sistematis serta mampu Mampu menjelaskan hasil pemeriksaan dengan benar :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghitung peristaltic usus dengan meletakkan stetoskop pada posisi yang benar 2. Menhitung peristaltic dengan selama 1 menit penuh 3. Mengkaji adanya distensi perut dengan melakukan perkusi dengan benar | 1 | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|--|
| | | <p>4. Melakukan perkusi semua area perut dan mendeteksi adanya suara hipertimpani Tidak mampu Mampu menjelaskan hasil pemeriksaan dengan benar</p> | <p>4. Melakukan perkusi semua area perut dan mendeteksi adanya suara hipertimpani</p> | <p>4. Melakukan perkusi semua area perut dan mendeteksi adanya suara hipertimpani</p> | | |
| Diagnosis keperawatan: Konstipasi bd kelemahan otot abdomen dibuktikan dengan defekasi kurang dari 2x seminggu, feces keras, pengeluaran feces lama dan sulit, peristaltic usus menurun, distensi abdomen, | Peserta tidak dapat menyampaikan diagnosis keperawatan (baik masalah ataupun dengan etiologi) | <p>Peserta hanya menyebutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masalah keperawatan tetapi tidak tepat tanpa data pendukung atau 2. Masalah keperawatan tidak tepat tapi etiologi tepat tanpa data pendukung atau 3. Masalah keperawatan tepat tetapi etiologi tidak tepat tanpa data pendukung | <p>Peserta menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat namun etiologi tidak tepat dengan data pendukung lengkap</p> | <p>Peserta menyebutkan masalah dan etiologi dengan tepat dengan data pendukung yang lengkap : Konstipasi bd kelemahan otot abdomen dibuktikan dengan defekasi kurang dari 2x seminggu, feces keras, pengeluaran feces lama dan sulit, peristaltic usus menurun , distensi abdomen , mengejan saat defekasi</p> | 2 | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|--|
| mengejan saat defekasi | | | | | | |
| Implementasi keperawatan : Huknah gliserin | Peserta ujian tidak melakukan huknah gliserin atau memberikan huknah dengan Teknik yang lain (huknah tinggi rendah) | <p>Peserta ujian mampu melakukan huknah gliserin dengan tepat, namun hanya 1-2 dapat prinsip huknah gliserin berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan kebutuhan data secara lengkap 2. Menyiapkan cairan glisering dengan tepat 3. Mengatur posisi pasien dengan tepat 4. Memasukkan cairan gliserin ke dalam kolon sigmoid dengan benar 5. Sistematis 6. Patient Safety 7. Mendokumentasikan Tindakan yang dilakukan | <p>Peserta ujian mampu melakukan huknah gliserin dengan tepat, namun hanya 3-4 dapat prinsip huknah gliserin berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan kebutuhan data secara lengkap 2. Menyiapkan cairan glistering dengan tepat 3. Mengatur posisi pasien dengan tepat 4. Memasukkan cairan gliserin ke dalam kolon sigmoid dengan benar 5. Sistematis 6. Patient Safety 7. Mendokumentasikan Tindakan yang dilakukan | <p>Peserta ujian mampu melakukan huknah gliserin dengan tepat,benar dan sistematis seluruh prinsip huknah gliserin berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan kebutuhan data secara lengkap 2. Menyiapkan cairan glistering dengan tepat 3. Mengatur posisi pasien dengan tepat 4. Memasukkan cairan gliserin ke dalam kolon sigmoid dengan benar 5. Sistematis 6. Patient Safety 7. Mendokumentasikan Tindakan yang dilakukan | 5 | |

| | | | | | | |
|----------------------|--|--|--|---|---|--|
| 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 6. Melakukan komunikasi terapeutik | <p>Meminta izin secara lisan tetapi hanya 1-2 yang dikerjakan pada 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 6. Melakukan komunikasi terapeutik | <p>Meminta izin secara lisan tetapi hanya 3-4 yang dikerjakan pada 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 6. Melakukan komunikasi terapeutik | <p>Meminta izin secara lisan dan melakukan seluruh point dengan tepat dan benar :</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 6. Melakukan komunikasi terapeutik | 2 | |
|----------------------|--|--|--|---|---|--|

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Semarang ,

.....

Penguji :.....

SEKSUAL DAN REPRODUKSI

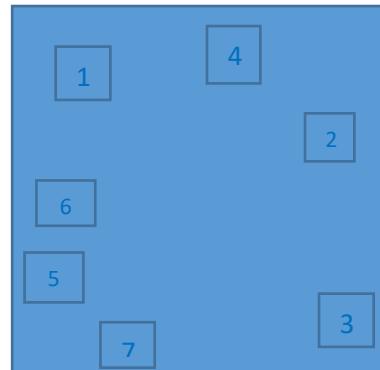
BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori Kebutuhan Dasar | Lifes10pan | Keilmuan | Setting | Kategori Kompetensi | Skill | KS | Manekin | Laboran | Jumlah Soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-------------------|-----------------|----------------|----------------------------|---|--------------------------|---------------------------------|----------------|--------------------|-----------|
| 5 | Seksual dan Reproduksi | Dewasa | Maternitas | Ranap | 2,4,5,6 | Pengkajian, Pemeriksaan payudara, diagnosis, perencanaan, perawatan payudara, | Perempuan, Usia 20 Tahun | Ya, Manekin Post Partum / nifas | Ya | 4 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|--------------------------|--|
| 1. | Nomor station | 5 |
| 2. | Judul stasion | Perawatan payudara pada ibu post partum |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 15 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan mahasiswa dalam melakukan anamnesis, pemeriksaan payudara, penentuan diagnosis dan memberikan asuhan perawatan payudara pada ibu nifas |
| 5. | Kompetensi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan anamnesis 2. Kemampuan pemeriksaan payudara 3. Penegakan diagnosis/diagnosis banding 4. Tatalaksana <ol style="list-style-type: none"> a. Non farmakoterapi b. Farmakoterapi 5. Komunikasi dan edukasi pasien 6. Perilaku profesional |
| 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 |
| 8. | Instruksi untuk kandidat | <p>Skenario klinik: Seorang perempuan usia 20 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan utama nyeri pada payudara sebelah kiri, terasa ASI sangat penuh dan nyeri pada saat menyusui bayinya 2 gari yang lalu, badan terasa demam. (chief complaint)</p> <p>Tugas : Lakukan anamnesis, Pemeriksaan payudara, penegakan diagnosis, penatalaksanaan kasus (Breast Care)</p> |

| | | |
|-----|---------------------------------|---|
| 9. | Instruksi untuk penguji | <p>Skenario klinik:</p> <p>Seorang perempuan usia 20 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan utama nyeri pada payudara sebelah kiri, terasa ASI sangat penuh dan nyeri pada saat menyusui bayinya sejak 2 hari yang lalu, badan terasa demam.</p> <p>Tugas :</p> <p>Lakukan anamnesis, Pemeriksaan payudara, penegakan diagnosis, penatalaksanaan kasus (Breast Care)</p> <p>Instruksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan lembar penilaian • Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan • Penguji memberikan informasi terhadap data yang dibutuhkan setelah peserta melakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan apa yang diperiksa oleh peserta : pada pemeriksaan payudara • Penguji menyiapkan peralatan untuk peserta ujian berikutnya |
| 10. | Instruksi untuk pasien simulasi | <p>Nama : Ny "S" Rentang usia : 20 tahun Jenis kelamin : perempuan, dengan Bendungan ASI Pekerjaan : IRT Status pernikahan : Menikah sah Pendidikan terakhir : SMP Riwayat penyakit sekarang (History of present illness) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan utama : Nyeri payudara • Lokasi : Payudara sebelah kiri • Sejak kapan : 2 hari yang lalu • Perjalanan penyakit : - • Keluhan lain terkait keluhan utama : Demam • Hal-hal yang memperburuk keluhan : Tidak menyusui bayinya • Hal-hal yang mengurangi keluhan : - • Riwayat pengobatan sekarang: - Riwayat penyakit dahulu (Past Medical History) : <ul style="list-style-type: none"> • Penyakit kronis: - • Riwayat pengobatan penyakit terdahulu : - <p>Riwayat penyakit keluarga (Family history):</p> <ul style="list-style-type: none"> • - <p>Riwayat kebiasaan sosial (Social history) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olah raga : Tidak pernah • Merokok : tidak • Diet : tidak • Hubungan suami-istri : tidak • Hubungan dengan tetangga dan teman : baik |

| | |
|------------------|--|
| | <p>Peran yang harus dilakukan :</p> <p>Posisi ibu duduk dengan terlihat kesakitan dan hampir menangis, ekspresi muka sedih sambil memegang payudara yang terasa nyeri sebelah kiri.</p> <p>Bagian ini mencantumkan instruksi untuk pasien standar termasuk bagaimana dia berperan sesuai skenario klinik yang diharapkan pembuat soal. Hal-hal yang perlu dicantumkan diantaranya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (jika tidak spesifik, lebih baik dibuat sesuai dengan identitas pasien) 2. Riwayat penyakit sekarang (keluhan utama, perjalanan penyakit, hal yang menambah atau mengurangi keluhan, riwayat pengobatan) 3. Riwayat penyakit dahulu 4. Riwayat penyakit keluarga (jika berhubungan dengan kasus) 5. Riwayat kebiasaan sosial (jika berhubungan dengan kasus) 6. Harapan terhadap penyakit (jika berhubungan dengan kasus) <p>Peran yang harus dilakukan, termasuk bagaimana posisi saat masuk/duduk, raut muka/ekspresi serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan kandidat</p> |
| Setting Station: | <p>Ruangan Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur pasien - Klien standart - Manekin ibu PNC - laboran <p>tata letak ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur dan manekin ibu PNC serta KS 2. Meja dan Kursi penguji 3. Pintu masuk 4. Trolley t4 alat 5. Wastafel 6. Tempat sampah 7. Kursi laboran  |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan | Baskom 2 Waslap 2 Air dingin Air hangat Baby oil Kapas Handuk 2 Bengkok Gelas penampung ASI Sampiran (jika diperlukan) |
| 12. | Penulis | Khusana Rahma S. Kep, M. Tr. Kep |
| 13. | Referensi | <p>Bobak, Lowdermilk, Jensen. (2004). <i>Buku Ajar Keperawatan Maternitas</i>, Edisi 4. Jakarta : EGC Chapman, Linda., Durham, Roberta. (2010). <i>Maternal- Newborn Nursing: the critical component of nursing care</i>. Philadelphia: FA Davis Company.</p> <p>Fakultas Kedokteran Unpad. (2014). <i>Obstetri Fisiologi Ilmu Kesehatan Reproduksi</i>, Edisi 2. Jakarta : EGC</p> <p>Manuaba, Ida Bagus. (2001). <i>Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi dan KB</i>. Jakarta : EGC</p> <p>Rampai, Bunga. (2011). <i>Obstetri dan Ginekologi Sosial</i>. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo</p> <p>Reeder, Sharon., Martin, Leonide., Griffin, Deborah. (2011). <i>Keperawatan maternitas kesehatan wanita, bayi, dan keluarga</i>. Vol 1. Alih bahasa Afiyanti, dkk. Jakarta: EGC</p> |

Format Penilaian penampilan Perawatan Payudara pada Ibu Menyusui

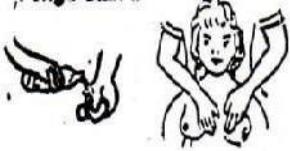
Nama :

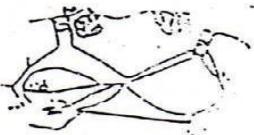
Nim :

Pengaji :

| NO. | KEGIATAN | YA | TIDAK | KETERANGAN |
|------------|--|-----------|--------------|-------------------|
| 1. | Persiapan alat : Minyak kelapa / baby oil Air hangat dan air dingin dalam waskom kecil Waslap / sapu tangan handuk 2 buah Handuk bersih yang besar 2 buah Penitik 2 buah <ul style="list-style-type: none"> – Kapas – Gelas susu | | | |
| 2. | Persiapan lingkungan Tutup pintu / jendela /gorden | | | |
| 3. | Persiapan klien <ul style="list-style-type: none"> – Menyampaikan salam dengan ramah – Menjelaskan tujuan dan prosedur – Membuat kontrak – Mengatur posisi klien dengan senyum – Atur posisi duduk / atur berbaring bagi yang belum mampu duduk – Pasangkan handuk dari bahu ke daerah ketiak dan handuk yang lainnya simpan | | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | dipangku ibu dan gunakan penitik agar handuk tidak menutupi payudara. | | |
| 4. | Kompres puting dengan kapas yang telah diberi baby oil / minyak kelapa selama 3 – 5 menit, kemudian angkat dengan cara memutar . Perhatikan apakah puting kotor, bila kotor bersihkan kembali menggunakan kapas yang telah diberi baby oil/ minyak kelapa. | | |
| 5. | Licinkan kedua tangan dengan minyak kelapa / baby oil | | |
| 6. | Gerakan pengurutan 20 – 30 kali untuk tiap payudara sebanyak 2 kali sehari | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 7. | <p>Pengurutan 1. :</p> <p>Tempatkan kedua telapak tangan diatas kedua payudara</p>  <p>Arah urutan dimulai ke arah atas kemudian ke samping (telapak tangan kiri ke arah sisi kiri, telapak tangan kanan menuju ke sisi kanan)</p>  <p>Arah gerakan yang terakhir adalah melintang kemudian dilepas perlahan – lahan.</p>  | | |
| 8. | <p>Pengurutan 2:</p> <p>Satu telapak tangan menopang payudara, sedang tangan lainnya mengurut payudara dari pangkal menuju puting susu.</p>  | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 9. | Pengurutan 3 Merangsang payudara dengan cara kompres kedua payudara dengan air hangat, kemudian air dingin dan air hangat.  | | |
| 11. | Bersihkan minyak / baby oil yang menempel pada sekitar payudara dengan air hangat kemudian keringkan dengan handuk bagian atas. | | |
| 12. | Stimulasi refleks oksitosin pada bagian punggung ibu dengan memijat  | | |
| 13. | Gunakan BH khusus untuk menyusui dan menyokong  | | |
| 14. | Salam terminasi | | |
| 15. | Bereskan alat – alat | | |
| 16. | Dokumentasikan | | |

FORM PENILAIAN
PERAWATAN PAYUDARA DI RUANG RAWAT INAP POST PARTUM

I. Form Penilaian

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|-------------------------------------|----------|---|---|---|--------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Pengkajian Keperawatan | | | | | 2 | |
| 2. Diagnosis keperawatan | | | | | 4 | |
| 3. Implementasi: Keperawatan | | | | | 5 | |
| 4. Perilaku Profesional | | | | | 6 | |

RUBRIK PENILAIAN
PERAWATAN PAYUDARA DI RUANG RAWAT INAP POST PARTUM

II. Rubrik

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|---|----------|---|---|---|--------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : Peserta melakukan pemeriksaan anamnesa dan Antropometri dan TTV ibu hamil dengan tepat meliputi seluruh aspek: Anamnesa: 1.terkait (status obsetri dan pengalaman menyusui) 2. pemeriksaan payudara, putting dan pengeluaran putting dan pengeluaran ASI pemeriksaan kondisi Bayi Pemeriksaan abdomen | | | | | 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. | | | | 4 | |
| 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 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. | | | | 6 | |

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 DI RUANG RAWAT INAP POST PARTUM

| Kompetensi | Skor (S) | | | | Bobot (B) | Nilai (S x B) |
|------------------------|----------------------------------|---|--|--|-----------|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| Pengkajian keperawatan | Peserta tidak melakukan anamnesa | Peserta hanya melakukan 1 aspek anamnesa dan persiapan alat hanya 2 | Peserta hanya melakukan 2 aspek anamnesa dan hanya melakukan persiapan | Peserta melakukan pemeriksaan anamnesa dan Antropometri dan TTV ibu hamil dengan tepat meliputi seluruh aspek: Anamnesa: 1. terkait (status obsetri dan pengalaman menyusui) 2. pemeriksaan payudara, putting dan pengeluaran A putting dan pengeluaran ASI 3. pemeriksaan kondisi Bayi Pemeriksaan abdomen 1. Handsrub. 2. Handuk 2 buah 3. Waslap 2 buah 4. Sarung tangan 5. Baskom 2 buah yang berisi air hangat dan dingin 6. Kapas dan minyak kelapa/baby oil 7. Sarung tangan | 2 | |

| | | | | | | |
|--------------------------|--|---|---|---|---|--|
| Diagnosis keperawatan | <ul style="list-style-type: none"> peserta menyampaikan masalah, namun disampaikan dengan tidak tepat, bukan masalah utama, selaian yang tertuang dalam skenario kasus di bagian instruksi penguji | Peserta merumuskan masalah keperawatan tetapi masalah salah | Peserta merumuskan masalah keperawatan tetapi tidak sesuai dengan kondisi klien: risiko infeksi | Peserta merumuskan masalah keperawatan sesuai dengan kondisi klien: menyusui tidak efektif | 4 | |
| Implementasi keperawatan | Peserta melakukan edukasi kesehatan | Peserta melakukan hanya edukasi kondisi ibu | Peserta melakukan edukasi kesehatan hanya tanda | <p>Peserta melakukan edukasi tujuan perawatan payudara</p> <ol style="list-style-type: none"> Perawatan payudara bertujuan bertujuan untuk memperlancar pengeluaran ASI Untuk memberikan rasa nyaman | 5 | |
| Perilaku profesional | <p>peserta tidak meminta izin secara lisan dan tidak melakukan point-point berikut ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan | <p>Meminta izin secara lisan dan menyampaikan 1-2 point berikut</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan | <p>Meminta izin secara lisan dan menyapaikan 3-4 point berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri 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"> Melakukan setiap tindakan dengan teliti dan hati-hati sehingga tidak membahayakan klien dan diri sendiri Memperhatikan keamaanan dan kenyamanan klien | 6 | |

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

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Cirebon,

Penguji :.....

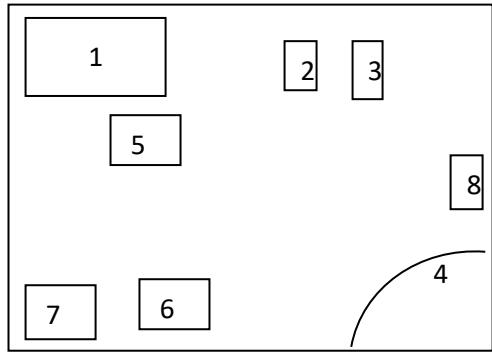
BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | <i>Lifes 10pan</i> | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|--------------------|-------------------------|---------------|--------------------------------|--|----------------------|-------------------|----------------|------------------------|-----------|
| 10 | Seksual & reproduksi | Dewasa | Maternitas | Ranap | 2, 3, 6 | Pengkajian lochea, luka perineum Diagnosis Implementasi evaluasi | perempun 25 tahun | Manekin dewasa | ya | 3 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judul station | Kebutuhan seksual dan reproduksi pada ibu post partum diruang Rawat |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 15 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosis ,merencanakan dan melakukan perawatan luka perineum. |
| 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>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Perempuan Ny R , 25 tahun post partum hari ke-1 dirawat di ruang rawat, hasil pengkajian lochea rubra, bau amis, tiap 4 jam satu pembalut basah penuh. Klien mengeluh nyeri perineum, terdapat luka jahitan perineum sub kutis sepanjang 3 cm, warna kemerahan, sedikit odema, tidak ada warna kebiruan, basah dan keluar cairan jernih kekuningan, jaringan luka belum tumbuh merapat TD 110/70 mmHG, NAPAS 20 x/menit, frekuensi nadi 82 x/ menit</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian luka perineum dan lapor ke penguji fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan perawatan luka perineum |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Perempuan Ny R , 25 tahun post partum hari ke-1 dirawat di ruang rawat, hasil pengkajian lochea rubra, bau amis, tiap 4 jam</p> |

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| | | <p>satu pembalut basah penuh. Klien mengeluh nyeri perineum, terdapat luka jahitan perineum sub kutis sepanjang 3 cm, warna kemerahan, sedikit odema, tidak ada warna kebiruan, basah dan keluar cairan jernih kekuningan, jaringan luka belum tumbuh merapatTD 110/70 mmHG, NAPAS 20 x/menit, frekuensi nadi 82 x/ menit</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian luka perineum dan lapor ke penguji fokus berdasarkan skenario tersebut pada manekin 2. Tuliskan diagnosis keperawatan pada lembar jawab berdasarkan skenario atas dan hasil validasi pengkajian fokus 3. Lakukan perawatan luka perineum <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penguji menerima laporan hasil pemeriksaan luka perineum yang disampaikan oleh peserta ujian dan menilainya (karakteristik : melakukan pemeriksaan REEDA, Red: apakah terdapat kemerahan pada luka?, Edema: apakah terdapat edema pada luka jahit?, Echimosis: apakah terdapat kebiruan pada luka operasi?, Discharge: Apakah pengeluaran luka perineum: darah/serum/pus?, Approximate: Berapa banyak (persen) pelekatan luka jahit?) 2. Penguji menilai diagnosis keperawatan yang disampaikan oleh peserta (Risiko infeksi luka perineum b/d adanya luka jahitan perineum sepanjang 3 cm dalam kondisi basah dan kotor) 3. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan rubrik penilaian. |
| 9. | Instruksi untuk klien standar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien sesuai kasus (ibu post partum hari pertama NyR 25 tahun) 2. Riwayat penyakit sekarang (mengeluh nyeri perineum, terdapat luka jahitan perineum sub kutis sepanjang 3 cm, warna kemerahan, sedikit odema, tidak ada warna kebiruan, basah dan keluar cairan jernih kekuningan, jaringan luka belum tumbuh merapat. Satu pembalut basah penuh cairan lochea berwarna merah. 3. KS tiduran di bed, posisi terlentang kedua kaki ditekuk saat akan diperiksa serta peran yang harus dilakukan dengan cukup lengkap sehingga tidak membingungkan peserta ujian |

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| | | Manekin yang diperlukan adalah manekin alat reproduksi eksternal perempuan |
| 10. | Setting Station: | <p>Ruangan Rawat Inap</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 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. Klien standart dan manekin 2. Pegukurn TTV 3. Perlak atau alas bokong 4. Kom berisi kapas DTT 5. Kasa steril 6. Bethadin 7. Pinset 8. Hand scoen steril 9. Bengkok 10. Selimut mandi 11. Pembalut 12. Celana bersih <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 mengatur kembali alat-alat, manekin pada tempatnya</p> |
| 12. | Penulis | Ns. Titi Astuti,M..Kep;SpMat Poltekkes Kemenkes TanjungKarang |
| 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) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI .</p> <p>Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> <p>Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021) Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI</p> |
|--|--|

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
PERAWATAN LUKA PERINIEUM PADA 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. Klien standart dan manekin b. Pengukur TTV c. Perlak atau alas bokong d. Kom berisi kapas DTT e. Kasa steril f. Bethadin g. Pinset h. Hand scoen steril i. Bengkok j. Selimut mandi k. Pembalut l. Celana bersih | | | | |
| | 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 berurutan | | | | |
| | 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. hand hygiene | | | | |
| | 13. modalitas tepat yang digunakan kaki pasien ditekuk,,pasang alas bokong elimut mandi lalu buka celana pasien | | | | |
| | 14. bengkok , kom kapas DTT dibuka | | | | |
| | 15. pakai handsoen steril | | | | |
| | 16. Ambil Kapas DTT lakukan vulva higiene observsi lochia, dengan kassa steril tekan lihat daerah jahitan perinneum nilai REEDA | | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | 17. Berikan Bethadin | | | |
| | 18. Posisi pasien dikembalikan alat di bereskan | | | |
| | 19. hand hygiene | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 20. simpulkan kegiatan | | | |
| | 21. evaluasi respon (subyektif dan obyektif) | | | |
| | 22. reinforcement positif | | | |
| | 23. kontrak waktu selanjutnya | | | |
| | 24. akhiri tindakan dengan baik | | | |
| E | Tahap DOKumentasi | | | |
| | 25. Catan tindakann yang sudah dilakukan | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 26. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat,Tepat, Responsif | | | |

**FORM PENILAIAN
PERAWATAN LUKA PERINEUM PADA IBU POST PARTUM**

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 PERINEUM PADA IBU POST PARTUM**

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 : <i>melakukan pemeriksaan REEDA, Red: terdapat kemerahan pada luka, Edema, Echimosis, Dischargedarah/serum/pus, Approximate: pelekatan luka jahit</i> 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 melakukan Perawatan luka perineum pada ibu post partum 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 PERINEUM PADA IBU POST PARTUM DI RUANG RAWAT

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|--------------------------|---|---|--|---|-----------|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 5. Pengkajian | Peserta ujian tidak melakukan pemeriksaan fisik (peserta ujian diam). | Peserta ujian melakukan seluruh teknik pengkajian 1-2 poin dari luka perineum 1. Red : tanda kemerahan pada luka. 2. Edema: bengkak pada luka jahitan. 3. Echimosis: warna kebiruan pada luka. 4. Discharge: pengeluaran cairan dari luka jahitan 5. Approximate: pelekatan luka | Peserta ujian melakukan seluruh teknik pengkajian 3-4 poin dari luka perineum. 1. Red : tanda kemerahan pada luka. 2. Edema: bengkak pada luka jahitan. 3. Echimosis: warna kebiruan pada luka. 4. Discharge: pengeluaran cairan dari luka jahitan 5. Approximate: pelekatan luka | Peserta ujian melakukan seluruh teknik pengkajian secara lengkap dan sistematis 1. Red : tanda kemerahan pada luka. 2. Edema: bengkak pada luka jahitan. 3. Echimosis: warna kebiruan pada luka. 4. Discharge: pengeluaran cairan dari luka jahitan 5. Approximate: pelekatan luka | 1 | |
| 6. Diagnosis Keperawatan | Peserta tidak dapat menyampaikan diagnosis keperawatan | Peserta hanya menyebutkan: • Masalah keperawatan saja tetapi tidak tepat • Masalah keperawatan tidak tepat tapi etiologi tepat | Peserta menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat namun tanpa etiologi atau etiloginya tidak tepat . | Peserta menyebutkan masalah dan etiologi dengan tepat | 2 | |

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|---|----------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Masalah keperawatan dengan etiologi tetapi tidak tepat | | | | |
| 7. Implementasi: Perawatan Luka | Peserta ujian tidak melakukan perawatan perineum. | <p>Peserta ujian tidak mampu mempertahankan sterilitas, namun dapat melakukan salah satu ataupun semua prinsip perawatan perineum:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat secara lengkap, 2. Prosedur perawatan luka perineum secara tepat dan tuntas 3. Sistematis 4. Patient Safety | <p>Peserta ujian wajib mempertahankan sterilitas dan melakukan 1-2 prinsip perawatan luka perineum berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat secara lengkap, 2. Prosedur perawatan luka perineum secara tepat dan tuntas 3. Sistematis 4. Patient Safety | <p>Peserta ujian wajib mempertahankan sterilitas dan melakukan seluruh prinsip perawatan luka perineum berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat secara lengkap, 2. Prosedur perawatan luka perineum secara tepat dan tuntas 3. Sistematis 4. Patient Safety | 5 | |
| 8. 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 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas | <p>Meminta izin 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 Klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan Klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas | <p>Meminta izin secara lisan dan 3 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 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas | <p>Meminta izin secara lisan dan melakukan 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 | 2 | |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|
| | <p>Klien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan kenyamanan Klien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukan rasa hormat kepada Klien</p> <p>5. Melakukan komunikasi terapeutik.</p> | <p>4. Menunjukan rasa hormat kepada Klien</p> <p>5. Melakukan komunikasi terapeutik</p> | <p>4. Menunjukan rasa hormat kepada Klien</p> <p>5. Melakukan komunikasi terapeutik</p> | <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukan rasa hormat kepada Klien</p> <p>5. Melakukan komunikasi terapeutik</p> | | |
|--|---|---|---|---|--|--|

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Bandar Lampung,.....

Penguji :.....

BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | Lifes10pan | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-------------------|---------------------|---------------|----------------------------|---|-----------|-------------------|----------------|--------------------|-----------|
| 10 | Seksual & reproduksi | Dewasa | Maternitas | IGD | 1, 2, 4 | Pemberian posisi tidur miring kekiri | | Manekin ibu hamil | tidak | 2 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| 1. | Nomor station | 1 |
| 2. | Judul station | Kebutuhan seksualitas dan reproduksi pada ibu hamil |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 15 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilai kemampuan komunikasi, edukasi dan konseling, pengkajian, dan perilaku profesional pada pemeriksaan kehamilan |
| 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 nyaman 6. Psikososial 7. Eliminasi 8. Aktivitas dan istirahat. 9. Seksual dan reproduksi |
| 7. | Instruksi untuk peserta ujian | <p>SKENARIO KLINIK: Seorang ibu umur 37 tahun, G4P3A0, hamil 38 minggu, datang ke RS jam 15.00, diantar keluarga dengan keluhan baru saja mengalami kejang dan sekarang tidak sadar. Hasil pemeriksaan: Tekanan darah 180/120 mmhg, nadi 140x/mnt, NAPAS 16 x/minit, muka pucat, CRT < 3 detik, TFU 35 cm, DJJ tidak jelas, pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 2 cm dan servik tebal.</p> <p>TUGAS PESERTA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi yang benar pada ibu untuk mencegah cedera janin 2. Tuliskan kenapa posisi seperti itu yang saudara berikan |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK: Seorang ibu umur 37 tahun, G4P3A0, hamil 38 minggu, datang ke RS jam 15.00, diantar keluarga dengan keluhan baru saja mengalami kejang dan sekarang tidak sadar. Hasil pemeriksaan: Tekanan darah 180/120 mmhg, nadi 140x/mnt, NAPAS 16 x/minit, muka pucat, CRT < 3 detik, TFU 35 cm, DJJ tidak jelas, pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 2 cm dan servik tebal.</p> |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|-------|----------------|--------|--------------------------|-------|-------------------|--------|-----------------------------------|-------|-------------------------|--------|-------------|--------|---------------------------------|--------|--------------------------------|--|--------------------------|--------|--------------------|--|----------|--------|----------|--------|---------------------------|--------|---------------------------|--------|----------|--------|
| | TUGAS PESERTA: 1. Berikan posisi yang benar pada ibu untuk mencegah cedera janin 2. Tuliskan kenapa posisi seperti itu yang saudara berikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INSTRUKSI PENGUJI: 1. Menilai kemampuan peserta dalam Memberikan posisi tidur miring kekiri pada ibu 2. Penguji menilai penampilan peserta saat melakukan tindakan 3. Menilai hasil tulisan peserta alasan tindakan yang dilakukan. 4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Instruksi untuk Klien Standar: Menggunakan Manekin. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Setting station Setting ruang rawat inap <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur klien - Klien simulasi 2 1 <p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 : Bed Pasien/Manekin Dewasa 2 : Trolley/mesin suction 3 : Kursi Peserta Uji 4 : Meja Peserta Uji 5 : Meja Penguji 6 : Kursi Penguji 7 : Washtafel 8 : Tempat Sampah 9 : Pintu masuk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Peralatan yang dibutuhkan Setting alat ruang tindakan <table> <tbody> <tr> <td>- Meja dan kursi perawat</td> <td>1 set</td> </tr> <tr> <td>- Kursi pasien</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Meja dan kursi penguji</td> <td>1 set</td> </tr> <tr> <td>- Bed pemeriksaan</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Wastafel atau simulasi wastafel</td> <td>1 set</td> </tr> <tr> <td>- Spygmomanometer raksa</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Stetoskop</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Termometer raksa untuk aksila</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Tempat sampah medis tertutup</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Tempat sampah nonmedis</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Alat Pemeriksaan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Leanec</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Tissue</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Jam tangan dengan detik</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Selimut/penutup abdomen</td> <td>1 buah</td> </tr> <tr> <td>- Metlin</td> <td>1 buah</td> </tr> </tbody> </table> | - Meja dan kursi perawat | 1 set | - Kursi pasien | 1 buah | - Meja dan kursi penguji | 1 set | - Bed pemeriksaan | 1 buah | - Wastafel atau simulasi wastafel | 1 set | - Spygmomanometer raksa | 1 buah | - Stetoskop | 1 buah | - Termometer raksa untuk aksila | 1 buah | - Tempat sampah medis tertutup | | - Tempat sampah nonmedis | 1 buah | - Alat Pemeriksaan | | - Leanec | 1 buah | - Tissue | 1 buah | - Jam tangan dengan detik | 1 buah | - Selimut/penutup abdomen | 1 buah | - Metlin | 1 buah |
| - Meja dan kursi perawat | 1 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Kursi pasien | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Meja dan kursi penguji | 1 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Bed pemeriksaan | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Wastafel atau simulasi wastafel | 1 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Spygmomanometer raksa | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Stetoskop | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Termometer raksa untuk aksila | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Tempat sampah medis tertutup | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Tempat sampah nonmedis | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Alat Pemeriksaan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Leanec | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Tissue | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Jam tangan dengan detik | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Selimut/penutup abdomen | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Metlin | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----|-----------|--|
| 12. | Penulis | - Dr. Dhiana Setyorini, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat |
| 13. | Referensi | - Old, B. et al. (2004). Maternal-newborn nursing & women's health care (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall.. |

FORM PENILAIAN
PEMBERIAN POSISI TIDUR MIRING KEKIRI PADA IBU HAMIL

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
PEMBERIAN POSISI TIDUR MIRING KEKIRI PADA IBU HAMIL

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 tindakan memberi posisi miring pada klien. Peserta mengatur manekin pada posisi miring, lalu mengobservasi DJJ. (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 tindakan pemberian posisi tidur miring kekiri 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 |
|-------------|------------|-------|----------|
| | 2,75 | 3 | 3,5 |

Lampiran Rubrik

RUBRIK PENILAIAN SEKSUAL REPRODUKSI PADA KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|---|---|---|---|--|-----------|---------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 1. Komunikasi | Peserta tidak melakukan komunikasi dengan ibu | Peserta melakukan komunikasi dengan ibu namun tidak lengkap 1 poin dari 3 poin: 1. Meminta ibu tidur 2. Memasang selimut 3. Meminta ibu tidur miring | Peserta melakukan komunikasi dengan ibu namun tidak lengkap 2 poin dari 3 poin, Menyarankan ibu : 1. Meminta ibu tidur 2. Memasang selimut 3. Meminta ibu tidur miring | Peserta melakukan komunikasi dengan ibu secara lengkap 3 poin: 1. Meminta ibu tidur 2. Memasang selimut 3. Meminta ibu tidur miring | 20 | |
| 2. Implementasi: Melakukan tindakan memberikan posisi tidur miring | Peserta tidak memberikan posisi tidur miring | Peserta melakukan memberi posisi miring pada ibu, dengan memperhatikan 1 dari 3 poin prinsip berikut: 1. Ibu diminta menekuk lututnya 2. Ibu diminta menggeser pantatnya kekanan | Peserta melakukan memberi posisi miring pada ibu, dengan memperhatikan 2 dari 3 poin prinsip berikut: 1. Ibu diminta menekuk lututnya 2. Ibu diminta menggeser pantatnya kekanan | Peserta melakukan memberi posisi miring pada ibu, dengan memperhatikan 3 poin prinsip berikut: 1. Ibu diminta menekuk lututnya 2. Ibu diminta menggeser pantatnya kekanan | 30 | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|-----------|--|
| | | 3. Ibu diminta memiringkan badannya kekiri | 3. Ibu diminta memiringkan badannya kekiri | 3. Ibu diminta memiringkan badannya kekiri | | |
| 3. Implementasi: menulis alasan kenapa harus diberikan posisi tidur miring | Peserta tidak menulis alasan tindakan yang dilakukan | Peserta menulis alasan pemberian posisi miring kekiri pada ibu, dengan memperhatikan 1-2 dari 4 poin prinsip berikut: <ol style="list-style-type: none">1. adanya vena cava inferior dan aorta2. pembesaran uterus menekan vena cava inferior dan aorta3. penuruanan aliran darah ke uterus dan janin4. Janain aspixia | Peserta menulis alasan pemberian posisi miring kekiri pada ibu, dengan memperhatikan 3 dari 4 poin prinsip berikut: <ol style="list-style-type: none">1. adanya vena cava inferior dan aorta2. pembesaran uterus menekan vena cava inferior dan aorta3. penuruanan aliran darah ke uterus dan janin4. Janain aspixia | Peserta menulis alasan pemberian posisi miring kekiri pada ibu, dengan memperhatikan 4 poin prinsip berikut: <ol style="list-style-type: none">1. adanya vena cava inferior dan aorta2. pembesaran uterus menekan vena cava inferior dan aorta3. penuruanan aliran darah ke uterus dan janin4. Janain aspixia | 30 | |
| 4. Perilaku profesional | Peserta ujian tidak meminta izin secara lisan dan sama sekali tidak melakukan poin berikut: <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan setiap tindakan dengan | Meminta izin secara lisan dan 1-2 poin berikut : <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak | Meminta izin secara lisan 3-4 poin berikut: <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti sehingga tidak | Meminta izin secara lisan dan melakukan di bawah ini secara lengkap: <ol style="list-style-type: none">1. Melakukan setiap tindakan dengan berhati-hati dan teliti | 20 | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|
| | <p>berhati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan kenyamanan pasien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukan rasa hormat kepada pasien</p> <p>5. Mengetahui keterbatasan dengan merujuk atau melakukan konsultasi bila diperlukan.</p> | <p>membahayakan pasien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan kenyamanan pasien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukan rasa hormat kepada pasien</p> <p>5. Mengetahui keterbatasan dengan merujuk atau melakukan konsultasi bila diperlukan</p> | <p>pasien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan kenyamanan pasien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukan rasa hormat kepada pasien</p> <p>5. Mengetahui keterbatasan dengan merujuk atau melakukan konsultasi bila diperlukan</p> | <p>sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri</p> <p>2. Memperhatikan kenyamanan pasien</p> <p>3. Melakukan tindakan sesuai prioritas</p> <p>4. Menunjukan rasa hormat kepada pasien</p> <p>5. Mengetahui keterbatasan dengan merujuk atau melakukan konsultasi bila diperlukan</p> | | |
|--|---|---|--|--|--|--|

Hasil akhir: Jumlah Total nilai dibagi 100.

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Yogyakarta,

Penguji

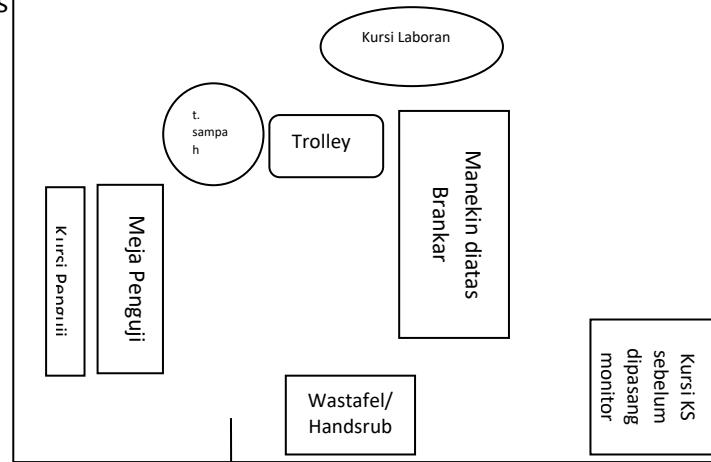
.....

BLUEPRINT SOAL

| Station | Kategori kebutuhan Dasar | <i>Lifes10pan</i> | Kel keilmuan | Seting | Kategori Kompetensi | skill | KS | Manakin | Laboran | Jumlah soal | PJ |
|----------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------|---------------|--------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------|-----------|
| 10 | Seksual & reproduksi | Dewasa | Maternitas | Ranap | 2, 3, 6 | Pengkajian lochea, Diagnosis, perawatan perineum | perempuan, umur 29 tahun | genitalia pada wanita | | 3 | |

TEMPLATE SOAL

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| 1. | Nomor station | (Dikosongkan) |
| 2. | Judul station | Kebutuhan seksual dan reproduksi pada klien dewasa di ruang rawat inap |
| 3. | Waktu yang dibutuhkan | 13 menit |
| 4. | Tujuan station | Menilaian kemampuan peserta ujian dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis, dan melakukan tindakan perawatan perineum |
| 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, umur 29 tahun, P3A0, 6 hari postpartum, dirawat di ruang rawat inap dengan infeksi puerpuralis. Hasil anamnesis: klien mengatakan keluar darah merah dari kemaluannya sebelumnya berwarna coklat, terasa nyeri dan bengkak pada kemaluannya. Hasil pengkajian: KU baik, TD 120/70 mmHg, nadi 84x/mnt, napas 20x/mnt, dan suhu 38°C.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian perineum 2. Sampaikan kepada penguji diagnosis keperawatan utama klien 3. Lakukan tindakan perawatan perineum |
| 8. | Instruksi untuk penguji | <p>SKENARIO KLINIK:</p> <p>Seorang perempuan, umur 29 tahun, P1A0, 6 hari postpartum, dirawat di ruang rawat inap dengan infeksi puerpuralis. Hasil anamnesis: klien mengatakan keluar darah merah dari kemaluannya sebelumnya berwarna coklat, terasa nyeri dan bengkak pada kemaluannya. Hasil pengkajian: KU baik, TD 120/70 mmHg, nadi 84x/mnt, napas 20x/mnt, dan suhu 38°C.</p> <p>TUGAS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian perineum 2. Sampaikan kepada penguji diagnosis keperawatan utama klien 3. Lakukan tindakan perawatan perineum <p>INSTRUKSI PENGUJI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menilai kemampuan peserta dalam melakukan inspeksi genetalia. Bila peserta sudah melakukan inspeksi genetalia, maka |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|---|-------------|-------|---------------------|--------|------------|--------|-----------|----------|--------|--------|---|-------|-----------|--------|-------------------------------|-------|-------------------------|--------|
| | | <p>sampaikan kepada peserta pada genetalia tampak jahitan perineum terlepas dan luka perineum terbuka, luka jahitan berwarna merah bengkak, dan mengeluarkan sekret yang berbau</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menilai diagnosis keperawatan utama yang disampaikan peserta: Infeksi luka perineum berhubungan dengan lepasnya jahitan perineum, yang ditandai dengan luka jahitan berwarna merah bengkak, dan keluar sekret yang berbau 3. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta saat melakukan tindakan perawatan perineum. 4. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kpada peserta selain yang ditentukan. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Instruksi untuk klien standar | <p>Pasien 1 : KS Nama : Sesuai KS Rentang usia : 29 Tahun Jenis kelamin : Perempuan Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga Pendidikan terakhir : SMU</p> <p>Peran yang harus dilakukan: KS hamil tampak lemah. KS bertanya mengenai keadaan luka jahitannya. KS mengikuti semua instruksi peserta ujian, ibu post partum hari ke-6, P1A0. Manekin genitalia pada wanita</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;">Set Manikin</td> <td style="width: 60%;">1 Set</td> </tr> <tr> <td>Tempat tidur pasien</td> <td>1 Buah</td> </tr> <tr> <td>Meja klien</td> <td>1 Buah</td> </tr> <tr> <td>Handscoon</td> <td>2 Pasang</td> </tr> <tr> <td>Masker</td> <td>1 Buah</td> </tr> <tr> <td>Set steril berisi: kapas dan kassa steril, pinset anatomis, pinset sirugis, kom kecil</td> <td>1 Set</td> </tr> <tr> <td>Korentang</td> <td>1 Buah</td> </tr> <tr> <td>Kom sedang berisi kapas cebok</td> <td>1 Set</td> </tr> <tr> <td>Larutan desinfektan/DTT</td> <td>1 Buah</td> </tr> </tbody> </table> | Set Manikin | 1 Set | Tempat tidur pasien | 1 Buah | Meja klien | 1 Buah | Handscoon | 2 Pasang | Masker | 1 Buah | Set steril berisi: kapas dan kassa steril, pinset anatomis, pinset sirugis, kom kecil | 1 Set | Korentang | 1 Buah | Kom sedang berisi kapas cebok | 1 Set | Larutan desinfektan/DTT | 1 Buah |
| Set Manikin | 1 Set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tempat tidur pasien | 1 Buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Meja klien | 1 Buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Handscoon | 2 Pasang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masker | 1 Buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Set steril berisi: kapas dan kassa steril, pinset anatomis, pinset sirugis, kom kecil | 1 Set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Korentang | 1 Buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kom sedang berisi kapas cebok | 1 Set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Larutan desinfektan/DTT | 1 Buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-----|-----------|--|--|
| | | Larutan NaCl Perlak Bengkok Selimut mandi Pisspot Botol cebok berisi air hangat Obat luka perineum Pembalut Celana dalam ibu yang bersih Baskom | 1 Botol 1 Buah 1 Buah 1 Buah 1 Buah 1 Botol 1 Buah 1 Buah 1 Buah 1 Buah |
| 12. | Penulis | <i>a. Ns. Ardiana Podesta,S.Kep.,M.Kep b. STIKES Bhakti Husada Bengkulu</i> | |
| 13. | Referensi | Lubis, D. P. U. et al. (2022) Buku Ajar Perawatan Maternitas. Yogyakarta: KMedia. PPNI, T. P. S. D. (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI. PPNI, T. P. S. D. (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. I. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI. | |

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL
TINDAKAN PERAWATAN PERINEUM

| No | Kegiatan/Tahapan | Dilakukan | | Kompeten | |
|----|---|-----------|-------|----------|-------|
| | | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| A | Tahap Pra interaksi | | | | |
| | 1. Mengecek catatan medis dan perawatan | | | | |
| | 2. Menyiapkan alat dan perlengkapan <ul style="list-style-type: none"> a. Set Manikin b. Tempat tidur pasien c. Meja klien d. Handscoon e. Masker f. Set steril berisi: kapas dan kassa steril, pinset anatomis, pinset sirugis, kom kecil g. Korentang h. Kom sedang berisi kapas cebok i. Larutan desinfektan/DTT j. Larutan NaCl k. Perlak l. Bengkok m. Selimut mandi n. Pispot o. Botol cebok berisi air hangat p. Obat luka perineum q. Pembalut r. Celana dalam ibu yang bersih s. Baskom | | | | |
| | 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. 37 : sistematis) | | | | |
| | 11. Gunakan handscoon | | | | |
| | 12. Ganti selimut klien dengan selimut mandi | | | | |
| | 13. Persilahkan klien untuk berbaring di tempat tidur dengan satu bantal di bagian kepala, dan lutut di tekuk (posisi dorsal recumbent) | | | | |
| | 14. Letakkan perlak di bawah bokong klien | | | | |
| | 15. Anjurkan klien untuk melepaskan pakaian dalam serta pembalutnya. Celana dan pembalut dimasukkan dalam baskom yang berbeda. | | | | |
| | 16. Letakkan pispot dibawah bokong klien sambil mengobservasi lochea (warna, bau, dan konsistensi) | | | | |
| | 17. Persilahkan klien BAB/BAK bila ingin | | | | |
| | 18. Bersihkan vulva dengan mengguyur menggunakan air hangat | | | | |

| | | | | |
|----------|--|--|--|--|
| | 19. Ambil Pispot | | | |
| | 20. Letakkan bengkok ke dekat vulva | | | |
| | 21. Gunakan tangan kiri untuk mengekspos bagian yang akan dibersihkan dengan membuka vulva menggunakan ibu jari dan jari telunjuk kiri | | | |
| | 22. Ambil kapas yang telah diberi larutan DTT menggunakan tangan kanan | | | |
| | 23. Bersihkan vulva mulai dari labia mayora kiri, labia mayora kanan, labia minora kiri, labia minora kanan, vestiibulum (1 kapas untuk 1 kali usap) | | | |
| | 24. Lepaskan Handscoen | | | |
| | 25. Buka set steril menggunakan korentang | | | |
| | 26. Tuangkan larutan NaCl ke dalam kom kecil di dalam set steril | | | |
| | 27. Pakai handscoen steril | | | |
| | 28. Ambil kapas steril menggunakan pinset sirugis di tangan kanan sedangkan pinset anatomis di tangan kiri, kemudian masukkan ke dalam larutan NaCl | | | |
| | 29. Bersihkan luka perineum dari arah depan ke belakang hingga area perineum tampak bersih. | | | |
| | 30. Beri obat luka pada area yang terinfeksi, lalu tutup luka dengan kassa steril | | | |
| | 31. Pasang pembalut dan celana bersih | | | |
| | 32. Ganti selimut mandi dengan selimut klien | | | |
| | 33. Lepaskan handscoen | | | |
| | 34. Tanya respon klien | | | |
| | 35. Rapikan alat -alat | | | |
| | 36. Buka sampiran | | | |
| | 37. Cuci tangan | | | |
| D | Tahap terminasi | | | |
| | 38. simpulkan kegiatan | | | |
| | 39. evaluasi respon (subyektif dan obyektif) | | | |
| | 40. reinforcement positif | | | |
| | 41. kontrak waktu selanjutnya | | | |
| | 42. akhiri tindakan dengan baik | | | |
| E | Tahap Dokumentasi | | | |
| | 43. hari_tanggal_jam, kegiatan, tindakan perawatan perineum serta respon dan kemungkinan efek lain yang dirasakan pasien jika ada | | | |
| F | Penampilan Profesional | | | |
| | 44. Aman, Nyaman, Teliti, Cermat, Tepat, Responsif | | | |

FORM PENILAIAN
PERAWATAN PERINEUM KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

I. Form Penilaian

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

RUBRIK PENILAIAN
PERAWATAN PERINEUM KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

II. Rubrik

| KOMPETENSI | SKOR (S) | | | | BOBOT (B) | NILAI (S X B) |
|---|----------|---|---|---|--------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| 1. Pengkajian Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam menggali data fokus : penilaian tindakan perawatan perineum pada klien. Peserta mengatur manekin pada posisi SIM Kiri, lalu mengobservasi kondisi luka episiotomi,jumlah jahitan, keadaan luka REEDA,lalu peserta menyimpulkan keadaan luka dan mengatur kembali menekin ke posisi terlentang. (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 | | | | | 2 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|----------|--|
| yang harus ditentukan berdasarkan skenario. Perhatikan deskripsi performa untuk masing-masing skor. | | | | | | |
| 3. Implementasi: Keperawatan Aspek ini menilai kemampuan peserta ujian dalam mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Tindakan yang dimaksud adalah tindakan perawatan perineum 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 PERINEUM KLIEN DEWASA DI RUANG RAWAT INAP

| Kompetensi | Skor (S) | | | | Bobot (B) | Nilai (S x B) |
|------------------------|---|---|---|--|-----------|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | | |
| Pengkajian keperawatan | <p>Peserta tidak dapat melakukan pengkajian perineum</p> | <p>Peserta dapat melakukan pengkajian perineum (salah satu) dengan prosedur pengkajian perineum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur klien pada posisi sim kiri 2. Menarik pangkal paha kea rah atas oleh tangan kiri dan menarik bagian bawah oleh tangan kanan 3. Mengobservasi keadaan luka episiotomi: jenis episiotomy, jumlah jahitan, keadaan luka REEDA 4. Menyimpulkan keadaan luka | <p>Peserta dapat melakukan pengkajian perineum (lebih dari 1) dengan prosedur pengkajian perineum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur klien pada posisi sim kiri 2. Menarik pangkal paha kea rah atas oleh tangan kiri dan menarik bagian bawah oleh tangan kanan 3. Mengobservasi keadaan luka episiotomi: jenis episiotomy, jumlah jahitan, keadaan luka REEDA 4. Menyimpulkan keadaan luka | <p>Peserta dapat melakukan pengkajian perineum dengan lengkap dengan pengkajian perineum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur klien pada posisi sim kiri 2. Menarik pangkal paha kea rah atas oleh tangan kiri dan menarik bagian bawah oleh tangan kanan 3. Mengobservasi keadaan luka episiotomi: jenis episiotomy, jumlah jahitan, keadaan luka REEDA 4. Menyimpulkan keadaan luka | 1 | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|
| | | 5. Mengatur kembali klien pada posisi terlentang | 5. Mengatur kembali klien pada posisi terlentang | 4. Menyimpulkan keadaan luka 5. Mengatur kembali klien pada posisi terlentang | | |
| Diagnosis keperawatan | Peserta tidak menyampaikan diagnosis keperawatan utama Atau <ul style="list-style-type: none">• Hanya menyebutkan diagnosis keperawatan tetapi tidak tepat | Peserta hanya menyebutkan masalah keperawatan dengan tepat Atau Peserta menyebutkan masalah keperawatan tepat, tetapi etiologi tidak tepat | Peserta menyebutkan masalah keperawatan dan etiologinya dengan tepat tanpa menyebutkan data pendukung masalah atau menyebutkan tetapi tidak tepat | Peserta menyebutkan masalah, etiologi dan data pendukung masalah dengan tepat | 2 | |
| Implementasi keperawatan Melakukan tindakan perawatan Perineum | Peserta tidak melakukan tindakan perawatan perineum | Peserta melakukan tindakan perawatan perineum dengan memperhatikan 15 dari 30 poin prinsip berikut: <ol style="list-style-type: none">1. Ucapkan salam dan informed consent2. Cuci tangan | Peserta melakukan tindakan perawatan perineum: <ol style="list-style-type: none">1. Ucapkan salam dan informed consent2. Cuci tangan3. Gunakan handscoot | Peserta melakukan tindakan perawatan perineum : <ol style="list-style-type: none">1. Ucapkan salam dan informed consent2. Cuci tangan3. Gunakan handscoot | 5 | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | <p>3. Gunakan handscoon</p> <p>4. Ganti selimut klien dengan selimut mandi</p> <p>5. Persilahkan klien untuk berbaring di tempat tidur dengan satu bantal di bagian kepala, dan lutut di tekuk (posisi dorsal recumbent)</p> <p>6. Letakkan perlak di bawah bokong klien</p> <p>7. Anjurkan klien untuk melepaskan pakaian dalam serta pembalutnya. Celana dan pembalut dimasukkan ke dalam baskom yang berbeda.</p> | <p>4. Ganti selimut klien dengan selimut mandi</p> <p>5. Persilahkan klien untuk berbaring di tempat tidur dengan satu bantal di bagian kepala, dan lutut di tekuk (posisi dorsal recumbent)</p> <p>6. Letakkan perlak di bawah bokong klien</p> <p>7. Anjurkan klien untuk melepaskan pakaian dalam serta pembalutnya. Celana dan pembalut dimasukkan ke dalam baskom yang berbeda.</p> <p>8. Letakkan pispot dibawah bokong klien sambil mengobservasi</p> | <p>4. Ganti selimut klien dengan selimut mandi</p> <p>5. Persilahkan klien untuk berbaring di tempat tidur dengan satu bantal di bagian kepala, dan lutut di tekuk (posisi dorsal recumbent)</p> <p>6. Letakkan perlak di bawah bokong klien</p> <p>7. Anjurkan klien untuk melepaskan pakaian dalam serta pembalutnya. Celana dan pembalut dimasukkan ke dalam baskom yang berbeda.</p> <p>8. Letakkan pispot dibawah bokong</p> | |
|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| | | <p>8. Letakkan pispot dibawah bokong klien sambil mengobservasi lochea (warna, bau, dan konsistensi)</p> <p>9. Persilahkan klien BAB/BAK bila ingin</p> <p>10. Bersihkan vulva dengan mengguyur menggunakan air hangat</p> <p>11. Ambil pispot</p> <p>12. Letakkan bengkok ke dekat vulva</p> <p>13. Gunakan tangan kiri untuk mengekspos bagian yang akan dibersihkan dengan membuka vulva menggunakan</p> | <p>lochea (warna, bau, dan konsistensi)</p> <p>Persilahkan klien BAB/BAK bila ingin</p> <p>Bersihkan vulva dengan mengguyur menggunakan air hangat</p> <p>Ambil pispot</p> <p>Letakkan bengkok ke dekat vulva</p> <p>Gunakan tangan kiri untuk mengekspos bagian yang akan dibersihkan dengan membuka vulva menggunakan ibu jari dan jari telunjuk kiri</p> <p>Ambil kapas yang telah diberi larutan DTT menggunakan tangan kanan</p> <p>Bersihkan vulva mulai dari labia</p> | <p>klien sambil mengobservasi lochea (warna, bau, dan konsistensi)</p> <p>Persilahkan klien BAB/BAK bila ingin</p> <p>Bersihkan vulva dengan mengguyur menggunakan air hangat</p> <p>Ambil pispot</p> <p>Letakkan bengkok ke dekat vulva</p> <p>Gunakan tangan kiri untuk mengekspos bagian yang akan dibersihkan dengan membuka vulva menggunakan ibu jari dan jari telunjuk kiri</p> | |
|--|--|---|---|--|--|

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| | | <p>ibu jari dan jari telunjuk kiri</p> <p>14. Ambil kapas yang telah diberi larutan DTT menggunakan tangan kanan</p> <p>15. Bersihkan vulva mulai dari labia mayora kiri, labia mayora kanan, labia minora kiri, labia minora kanan, vestiibulum (1 kapas untuk 1 kali usap)</p> <p>16. Lepaskan handscoon</p> <p>17. Buka set steril menggunakan korentang</p> <p>18. Tuangkan larutan NaCl ke dalam kom kecil di dalam set steril</p> <p>19. Pakai handscoon steril</p> | <p>mayora kiri, labia mayora kanan, labia minora kiri, labia minora kanan, vestiibulum (1 kapas untuk 1 kali usap)</p> <p>16. Lepaskan handscoon</p> <p>17. Buka set steril menggunakan korentang</p> <p>18. Tuangkan larutan NaCl ke dalam kom kecil di dalam set steril</p> <p>19. Pakai handscoon steril</p> <p>20. Ambil kapas steril</p> | <p>14. Ambil kapas yang telah diberi larutan DTT menggunakan tangan kanan</p> <p>15. Bersihkan vulva mulai dari labia mayora kiri, labia mayora kanan, labia minora kiri, labia minora kanan, vestiibulum (1 kapas untuk 1 kali usap)</p> <p>16. Lepaskan handscoon</p> <p>17. Buka set steril menggunakan korentang</p> <p>18. Tuangkan larutan NaCl ke dalam kom kecil di dalam set steril</p> <p>19. Pakai handscoon steril</p> <p>20. Ambil kapas steril</p> | |
|--|--|---|---|--|--|

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| | | <p>20. Ambil kapas steril menggunakan pinset sirugis di tangan kanan sedangkan pinset anatomis di tangan kiri, kemudian masukkan ke dalam larutan NaCl</p> <p>21. Bersihkan luka perineum dari arah depan ke belakang hingga area perineum tampak bersih</p> <p>22. Beri obat luka pada area yang terinfeksi, lalu tutup luka dengan kassa steril</p> <p>23. Pasang pembalut dan celana bersih</p> <p>24. Ganti selimut mandi dengan selimut klien</p> <p>25. Lepaskan handscoon</p> <p>26. Tanyakan respon klien</p> <p>27. Rapikan alat-alat</p> <p>28. Buka Sampiran</p> <p>29. Cuci tangan</p> <p>30. Dokumentasi namun tidak sistematis</p> | <p>Bersihkan luka perineum dari arah depan ke belakang hingga area perineum tampak bersih</p> <p>Beri obat luka pada area yang terinfeksi, lalu tutup luka dengan kassa steril</p> <p>Pasang pembalut dan celana bersih</p> <p>Ganti selimut mandi dengan selimut klien</p> <p>Lepaskan handscoon</p> <p>Tanyakan respon klien</p> <p>Rapikan alat-alat</p> <p>Buka Sampiran</p> <p>Cuci tangan</p> <p>Dokumentasi namun tidak sistematis</p> | <p>menggunakan pinset sirugis di tangan kanan sedangkan pinset anatomis di tangan kiri, kemudian masukkan ke dalam larutan NaCl</p> <p>Bersihkan luka perineum dari arah depan ke belakang hingga area perineum tampak bersih</p> <p>Beri obat luka pada area yang terinfeksi, lalu tutup luka dengan kassa steril</p> <p>Pasang pembalut dan celana bersih</p> <p>Ganti selimut mandi dengan selimut klien</p> <p>Beri obat luka pada area yang terinfeksi, lalu tutup luka dengan kassa steril</p> <p>Pasang pembalut dan celana bersih</p> <p>Ganti selimut mandi dengan selimut klien</p> | |
|--|--|---|--|---|--|

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|--|--|---|--|
| | | <p>24. Ganti selimut mandi dengan selimut klien</p> <p>25. Lepaskan handscoon</p> <p>26. Tanyakan respon klien</p> <p>27. Rapikan alat-alat</p> <p>28. Buka Sampiran</p> <p>29. Cuci tangan</p> <p>30. Dokumentasi</p> | | <p>25. Lepaskan handscoon</p> <p>26. Tanyakan respon klien</p> <p>27. Rapikan alat-alat</p> <p>28. Buka Sampiran</p> <p>29. Cuci tangan</p> <p>30. Dokumentasi</p> <p>Sistematis</p> | | |
| 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 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, | <p>Meminta izin 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 klien dan diri sendiri 2. Memperhatikan kenyamanan klien 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai Menjaga privasi klien | <p>Meminta izin secara lisan dan melakukan 3 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 3. Melakukan tindakan sesuai prioritas 4. Menunjukkan sikap empati, menghargai Menjaga privasi klien | <p>Meminta izin secara lisan dan melakukan 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 | 2 | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| | <p>2. Memperhatikan kenyamanan klien</p> <p>3. Menunjukkan sikap empati, menghargai,</p> <p>4. Menjaga privasi klien</p> | <p>menghargai Menjaga privasi klien</p> | | <p>4. Menunjukkan sikap empati, menghargai Menjaga privasi klien</p> | | |
|--|--|---|--|--|--|--|

Jumlah total skore

Nilai akhir = ----- x 100 =

30

Yogyakarta,

Penguji
:.....

SINOPSIS

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

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

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

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

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

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

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

ISBN 978-623-8549-93-1

