TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor Station	
2.	Judul Station	Psikiatri- Gangguan Stres Pasca Trauma
3.	Alokasi Waktu	15 menit
4.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 3A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.
5.	Kompetensi Diujikan	**1. Anamnesis** **2. Pemeriksaan psikiatri** 3. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **4. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 5. Tatalaksananonfarmakoterapi **6. Tatalaksana farmakoterapi** **7. Komunikasi dan edukasi pasien** **8. Perilaku professional**
6.	Kategori Sistem Tubuh	1. Sistem Saraf **2. Psikiatri** 3. Sistem Indra 4. Sistem Respirasi 5. Sistem Kardiovaskular 6. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 7. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 8. Sistem Reproduksi 9. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 10. Sistem Hematologi dan Imunologi 11. Sistem Muskuloskeletal 12. Sistem Integumen
7.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki 30 tahun diantar keluarganya ke praktek dokter umum dengan keluhan sering mengalami mimpi-mimpi buruk **TUGAS :** 1. Lakukan wawancara psikiatrik 2. Tuliskan status mental PS pada rekam medis, berikan kepada penguji 3. Tetapkan diagnosis dan diagnosis banding dengan cara disampaikan pada Keluarga PS 4. Lakukan edukasi kepada PS untuk kelanjutan terapinya 5 Berikan resep untuk terapi farmakologik kepada pasien
8.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 1. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 2. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 3. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 4. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 5. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 6. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **INSTRUKSI KHUSUS** 1Penguji menilai anamnesis yang dilakukan peserta

		Peserta ujian menanyakan kepada keluarga pasien : a. Sejak kapan gejala ini timbul ? b. Apakah ada gejala-gejala lain ? c. Apakah ada peristiwa yang mendasari timbulnya gejala ini? d. Apakah tidur terganggu ? e. Apakah pernah mengalami keadaan seperti ini sebelumnya ? f. Apakah ada keluarga yang pernah mengalami keadaan yang sama ? g. Apakah ada menggunakan zat adiktif ? h. Apakah ada riwayat trauma kepala ? i. Apakah ada riwayat pembedahan ? j. Obat-obat apa yang sering dimakan ? k. Apakah ada riwayat alergi ? 2. Penguji menilai pemeriksaan status mental yang dilakukan peserta 1. Menilai penampilan umum : Pasien , laki-laki,memakai pakaian cukup rapi, raut wajah terlihat cemas dan tegang, 2. Menilai perilaku dan aktivitas psikomotor: normoaktif, sesekali meremas-remas tangannya sendiri, mudah terkejut 3. Memeriksa & Menilai Tingkat kesadaran: compos mentis, GCS E4 V5 M6 4. Memeriksa & Menilai Mood dan afek: disforik (tidak menyenangkan), appropriate 5. Menilai Pembicaraan: Arus biasa, nada suara biasa, produktivitas biasa, isi relevan 6. Memeriksa & Menilai Gangguan persepsi: tidak dijumpai adanya halusinasi, ilusi 7. Memeriksa & Menilai Bentuk pikiran: *Reality Testing Ability* baik 8. Menilai Isi pikiran: preokupasi tentang peristiwa kecelakaan bus yang menimpa o.s 9. Memeriksa & Menilai Orientasi: baik 10. Memeriksa & Menilai Daya ingat: baik 11. Memeriksa & Menilai Konsentrasi dan perhatian: terganggu 12. Memeriksa & Menilai Visuospasial: baik 13. Memeriksa & Menilai Pikiran abstrak: baik 14. Menilai Pengendalian impuls:baik 15. Memeriksa & Menilai Penilaian terhadap realitas dan tilikan: tilikan derajat 6 Tanda Vital:TD: 120/ 80 mmHg; N: 88 x / menit; R: 16 /menit; t 37:^{O}C Kepala/leher: dalam batas normal Toraks: dalam batas normal Abdomen: dalam batas normal Ekstremitas: dalam batas normal 1. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: :Gangguan stres pasca trauma Diagnosis Banding 1: Reaksi stres akut Diagnosis Banding 2: Gangguan penyesuaian 2. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Peserta ujian memilih obat (salah satu): Sertraline 50 mg 1 x ½-1 tab Imipramine 25mg 1-2 x 1 tab Amitriptiline 25mg 1-2 x 1 tab 3. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien.

		4. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Andi 30 tahun Laki-laki Karyawan bank swasta Belum menikah D3
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Mengalami mimpi-mimpi buruk tentang kecelakaan bis yang dialaminya mulai menunjukkan gangguan seperti ini sejak dua bulan yang lalu . - Hampir setiap malam selalu mengalami mimpi tentang peristiwa kecelakaan yang dialaminya Selain itu juga selalu terbayang tentang peristiwa kecelakaan bis yang dialami, mudah terkejut dan menghindari berpergian dengan bis Perjalanan penyakit :gejala dimulai sejak 5 hari setelah o.s mengalami kecelakaan bis, dimana bis yang ditumpangi o.s menabrak seorang pengendara motor dan o.s melihat sendiri kepala pengendara motor tersebut pecah dengan isi kepala terburai dan seketika itu juga meninggal di tempat. Sejak saat itu o.s selalu terbayang akan peristiwa kecelakaan tersebut - Mudah terkejut jika mendengar suara keras, klakson mobil, pintu terbanting Jika ada teman-teman dan keluarga yang menemani Menghindari berpergian dengan bis, meminta selalu ada yang menemani, berusaha menghindari lokasi kecelakaan atau percakapan tentang peristiwa kecelakaan. -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib**	 - - - - - - - Apakah saya bisa sembuh dokter laki-laki,memakai pakaian cukup rapi, raut wajah

		ditunjukkan **Foto untuk mol**	terlihat cemas dan tegang, sesekali meremas-remas tangannya sendiri, mudah terkejut, dan perhatian mudah teralihkan dengan rangsangan dari luar -
5.	Tata Letak Station	Model 1	
6.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
7.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
8.	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai : set poliklinik umum	
9.	Penulis	Nama Dr. dr. Elmeida Effendy, M. Ked. K.J, Sp. K. J (K). dr. Nazli Mahdinasari Nasution, M.Ked.KJ Institusi: FK Universitas Sumatera Utara	
10.	Referensi	1.Direktorat Kesehatan Jiwa, Dep.Kes.RI: PPDGJ (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa) III 1993 2.Sadock, B.J & Sadock, V.A.: Kaplan &Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry; 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA 2007	

TEMPLATE OSCE STATION

9.	Nomor Station	
10.	Judul Station	Sistem Ginjal dan Saluran Kemih – Pyelonefritis tanpa komplikasi
11.	Alokasi Waktu	15 menit
12.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas.
13.	Kompetensi Diujikan	**9. Anamnesis** **10. Pemeriksaan fisik** **11. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **12. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 13. Tatalaksananonfarmakoterapi **14. Tatalaksana farmakoterapi** **15. Komunikasi dan edukasi pasien** **16. Perilaku professional**
14.	Kategori Sistem Tubuh	13. Sistem Saraf 14. Psikiatri 15. Sistem Indra 16. Sistem Respirasi 17. Sistem Kardiovaskular 18. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas **19. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih** 20. Sistem Reproduksi 21. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 22. Sistem Hematologi dan Imunologi 23. Sistem Muskuloskeletal 24. Sistem Integumen
15.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita, 40 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan utama nyeri pinggang kanan disertai demam. **TUGAS :** 1. Lakukan anamnesis pada pasien!

		2. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien! 3. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan! 4. Tegakkan diagnosis dan dua (2) diagnosis banding! 5. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep, serahkan pada penguji/jelaskan pada pasien! 6. Komunikasikan dan berikan edukasi pada pasien terkait penyakit/tatalaksana/prognosisnya!
16.	Instruksi Penguji	**<u>INSTRUKSI UMUM</u>** 7. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 8. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 9. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 10. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 11. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 12. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		<u>INSTRUKSI KHUSUS</u> 11. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Anamnesis: - Berapa lama (3 hari) - Lokasi (pinggang kanan, menjalar ke perut bagian depan) - Hal yang memperberat : nyeri bertambah berat pada saat diketok pinggang - Hal yang memperingan: nyeri berkurang setelah makan obat paracetamoll - Nyeri perut bagian bawah pusat juga dijumpai - Mual dijumpai, muntah tidak dijumpai - Demam menggigilsejak 3 hari yang lalu, bersifat naik turun, turun bila minum paracetamol - Buang air kecil nyeri, anyang2an, dan rasa tidak puas sekitar 10 hari ini - Pasien sering kali menahan2 BAK dan minum kurang. - RPT: - - RPO : Paracetamol - Riwayat keluarga (-) 12. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. <u>Hasil Pemeriksaan Fisik</u> KU: tampak lemah Tanda Vital:TD: 120/80mmHg; N:100x/menit; R:20x/menit; t: 39,5^{O}C Kepala/leher: dbn Toraks:dbn Abdomen:nyeri tekan supra pubik Pinggang: nyeri ketok sudut kostovertebrae (+) kanan Ekstremitas:dbn 13. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. <u>Hasil Darah rutin :</u>

		Hb : 12 gr/dl, Lekosit : 12.000/mm3, Trombosit : 368.000 /mm3. <u>Hasil urinalisa :</u> Protein : +1, Reduksi : -, Urobilinogen : -, Bilirubin : - Sedimen : Eritrosit : 8-10 /lp, Lekosit : 40-60 /lp, silinder lekosit : 10-20/lp, silinder eritrosit : -/lp 14. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis:Pyelonefritis tanpa komplikasi Diagnosis Banding 1:Pyelonefritis dengan komplikasi Diagnosis Banding 2:Cholecystitis Diagnosis Banding 3:Spondilosis Lumbalis 15. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Obat oral golongan fuoroquinolon atau trimetoprim/sulfametoxazol contoh : Levofloxacin 1x250-500 mg selama 7-10 hari, ciprofloxacin 2x500 mg selama 7-10 hari, cotrimoxazol 2x960mg selama 14 hari contoh : R/ Levofloxacyn tab 250 mg No X S 1 dd tab 1 16. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 17. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Ny. S 40 tahun Wanita Ibu rumah tangga Kawin SD
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu)	 Nyeri pinggang kanan 3 hariyang lalu, semakin lama semakin nyeri disertai demam menggigil, nyeri juga dirasakan di perut bawah pusat, mual dijumpai, muntah tidak dijumpai. Nafsu makan berkurang, minum tetap mau dan tidak dimuntahkan. BAK nyeri, anyang-anyangan, tersendat-sendat, dan tidak puas sekitar 10 hari ini. Pasien sering kali menahan-nahan BAK dan kurang minum sebelum keluhan ini ada. Keluhan nyeri pinggang baru pertama kali, belum pernah sebelumnya. Pinggang kanan dan perut bawah pusat Nyeri terus menerus Nyeri akan bertambah ketika pinggang diketok ataupun perut dibawah pusat ditekan Nyeri akan bertambah ketika pinggang diketok ataupun perut dibawah pusat ditekan Vas score 5

		• Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	Ketika diketok/ditekan - Minum paracetamoll dibeli di warung, dan perut diberikan kompres hangat pada pinggang dan perutnya. Paracetamol
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 - - - - - - - - Saya sakit apa ya dok? Kedinginan, lemas, sesekali memegang pinggang kanannya -
18.	Tata Letak Station	Model 1	
19.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
20.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
21.	Kebutuhan Set Alat	Set Poliklinik Umum	
22.	Penulis	dr. Heny Syahrini, SpPD Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK USU	
23.	Referensi	Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam FKUI	

TEMPLATE OSCE STATION

17.	Nomor Station	
18.	Judul Station	*Respirasi*
19.	Alokasi Waktu	15 menit
20.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI:3A**
21.	Kompetensi Diujikan	**17. Anamnesis** **18. Pemeriksaan fisik/psikiatri** **19. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **20. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **21. Tatalaksananonfarmakoterapi** **22. Tatalaksana farmakoterapi** 23. Komunikasi dan edukasi pasien **24. Perilaku professional**
22.	Kategori Sistem Tubuh	25. Sistem Saraf 26. Psikiatri 27. Sistem Indra **28. Sistem Respirasi**

		29. Sistem Kardiovaskular 30. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 31. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 32. Sistem Reproduksi 33. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 34. Sistem Hematologi dan Imunologi 35. Sistem Muskuloskeletal 36. Sistem Integumen
23.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang Laki – Laki 54 tahun, datang ke puskesmas mengeluhkan sesak napas terus - menerus **TUGAS :** 1. Lakukan anamnesis kepada pasien 2. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien 3. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan 4. Tegakkan diagnosis dan tiga (3) diagnosis banding 5. Berikan tatalaksana non farmakoterapi pada pasien 6. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep pada penguji/jelaskan pada pasien
24.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 13. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 14. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 15. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 16. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 17. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 18. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 24. Penguji menilai *anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Secara anamnesis, pasien seorang laki – laki, 54 tahun datang ke puskesmas mengeluhkan sesak napas terus - menerus. Sesak napas ini dialami pasien dalam 2 tahun terakhir.Sesak napas membuat pasien sangat terbatas dalam melakukan aktifitas sehari – harinya. Pasien juga mengeluhkan Batuk yang disertai dengan dahak kental berwarna putih.. Demam tidak dijumpai. Penurunan berat badan juga tidak dijumpai. Pasien merupakan perokok aktif mulai berusia 20 tahun sampai sekarang, dengan rata – rata merokok 24 batang/harinya. 25. Penguji menilai *pemeriksaan fisik* yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik* *KU:Compos mentis* *Tanda Vital :TD:110/70 mmHg; N:104x /menit; R:24x /menit; t 37,6:^{O}C* *Kepala/leher: dalam batas normal* *Toraks: Inspeksi : barrel chest (+), tidak ada ketinggalan bernapas, Palpasi : Stem Fremitus ka=ki, Perkusi : Hipersonor kedua lapangan paru, Auskultasi*

		: Vesikuler di kedua lapangan paru, dengan suara tambahan berupa megi dikedua lapangan paru. *Abdomen: dalam batas normal* *Ekstremitas:dalam batas normal* 26. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. Dilakukan pemeriksaan penunjang berupa 1. Foto toraks, dengan kesimpulan : hiperinflasi dan hiperlusen (emfisematous). 2. Pemeriksaan darah berupa AGDA, dengan kesimpulan PaCO2 sebesar 60 mmHg (hipercapnia) 3. Pemeriksaan spirometri, dengan nilai KVP 83 % prediksi, VEP1 56 % prediksi, VEP1/KVP < 70%, kesimpulan kelainan obstuksi sedang pada saluran napas. 27. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: Emfisema paru Diagnosis Banding 1: Bronkitis kronis Diagnosis Banding 2: Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Diagnosis Banding 3: Asma 28. Pemberian terapi non farmakoterapi dan edukasi : program berhenti merokok 29. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Pasien dapat diberikan dengan obat – obatan yang bersifat simtomatis, seperti : - Pemberian terapi inhalasi berupa short acting beta2 agonist (salbutamol) as needed - Pemberian mukolitik ekspectoran berupa ambroxol syrup 3 x 1 sendok makan/hari - Pemberian anti inflamasi oral berupa metilprednisolone tablet 3x4 mg Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. 30. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	(SESUAI PS) 54 tahun Laki – Laki Tukang bengkel Nikah SMP
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu)	 Sesak napas dan batuk dahak Sesak napas terus – menerus dalam 2 tahun terakhir disertai dengan batuk dahak kental berwarna putih. - Sering Sesak napas bersifat terus – menerus dengan riwayat merokok sejak pasien berusia 20 tahun sampai sekarang dan 24 batang rokok setiap harinya - -

		• Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	Asap kendaraan bermotor - - -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 - - Riwayat merokok sejak pasien berusia 20 tahun sampai sekarang dan 24 batang rokok setiap harinya - - -
31.	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
32.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada/Ada, tugas:	
33.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada/Ada, tugas	
34.	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai	
35.	Penulis	Nama Institusi	
36.	Referensi		

TEMPLATE OSCE STATION

25.	Nomor Station	
26.	Judul Station	*Sistem Indra*
27.	Alokasi Waktu	15 menit
28.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** 1. Mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas
29.	Kompetensi Diujikan	**25. Anamnesis** 26. Pemeriksaan fisik/THT 27. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **28. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 29. Tatalaksana non farmakoterapi 30. Tatalaksana farmakoterapi **31. Komunikasi dan edukasi pasien** 32. Perilaku professional
30.	Kategori Sistem	37. Sistem Saraf

	Tubuh	38. Psikiatri **39. Sistem Indra** 40. Sistem Respirasi 41. Sistem Kardiovaskular 42. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 43. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 44. Sistem Reproduksi 45. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 46. Sistem Hematologi dan Imunologi 47. Sistem Muskuloskeletal 48. Sistem Integumen
31.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki, usia 22 tahun, datang ke poliklinik RS dengan keluhan mual muntah dan pusing sejak 1 hari ini, setelah perjalanan jauh dengan kapal laut. **TUGAS :** 1. Lakukanlah anamnesis untuk pasien ini 2. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien ini 3. Terapi sesuai pasien ini 4. Tentukan diagnosis, diagnosis banding dan konseling yang dibutuhkan.
32.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 19. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada computer. 20. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis. 21. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan computer. 22. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji. 23. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus). 24. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE.
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 37. Penguji *anamnesis* yang dilakukan peserta ujian 38. Penguji menilai *pemeriksaan fisik/psikiatri* yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik/Psikiatri* *KU:Compos Mentis* *Tanda Vital: TD:110/70 mmHg; N: 80x /menit; R: 20x /menit; t: 37*^{O}C *Toraks:dbn* *Abdomen: dbn* *Ekstremitas:dbn* *Status Lokalis:* *Telinga : Daun Telinga kanan dan kiri: Normal* *Liang Telinga kanan dan kiri: Normal* *Membran timpani kanan dan kiri: Intak, refleks cahaya (+)* 39. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: Motion sickness Diagnosis Banding 1: Cerebrovascular accident

		Diagnosis Banding 2: Trauma kepala Diagnosis Banding 3: Migrain Diagnosis Banding 4: BPPV 40. Penguji melakukan terapi terhadap pasien: a. anticholinergic agents (scopolamine) b. antihistamines (dimenhydrinate) 41. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 1. minimalisasi rangsangan gerak 2. tetap tenang walaupun mengalami gejala yang berat 42. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama	Tn. L
		Usia	22 thn
		Jenis kelamin	Laki-laki
		Pekerjaan	Mahasiswa
		Status pernikahan	Belum Menikah
		Pendidikan terakhir	SMA
		Riwayat Penyakit Sekarang	
		• Keluhan Utama	Mual muntah
		• Sejak kapan/onset	1 hari
		• Lokasi	
		• Durasi/frekuensi	Terus-menerus
		• Karakteristik	Mual dan muntah cukup parah, sering didahului oleh pusing, malaise, mengantuk, kelelahan, dan mudah tersinggung. Rasa penuh dan tidak nyaman di epigastrium, merupakan gejala pertama yang sering dijumpai. Pusing berhubungan dengan gerak yang berlebihan.
		• Progresi	Semakin memberat
		• Skala nyeri (bila perlu)	2
		• Yang memperparah	Gerak berlebihan
		• Yang mengurangi	Minum obat anticholinergic agents (scopolamine) atau antihistamines (dimenhydrinate) sebelum melakukan perjalanan
		• Usaha yang dilakukan	Beli obat di apotik
		• Obat dipakai saat ini	Metoclopramid
		Riwayat penyakit dahulu	
		• penyakit relevan	-
		• tindakan bedah/terapi lain	-
		Riwayat penyakit keluarga	
		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	-
		• Rokok	-
		• Narkoba	-
		• Seksual	-
		• Alergi obat	-
		Pertanyaan wajib oleh	-

		PS **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 Posisi duduk lemas Raut muka : pucat -
43.	Tata Letak Station	Model 1	
44.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
45.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
46.	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: 1. Meja dokter 1 2. Kursi 2 3. Tempat tidur 1 4. Lampu kepala 5. Otoskop 6. THT Set 7. Catatan rekam medik dan ATK 8. Lembar penilaian	
47.	Penulis	Departemen THT-KL FK USU	

TEMPLATE OSCE STATION

33.	Nomor Station	
34.	Judul Station	*Takikardia – supraventricular ventrikular*
35.	Alokasi Waktu	15 menit
36.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 3B** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus gawat darurat.
37.	Kompetensi Diujikan	33. Anamnesis 34. Pemeriksaan fisik/psikiatri 35. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang 36. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding 37. Tatalaksananonfarmakoterapi 38. Tatalaksana farmakoterapi 39. Komunikasi dan edukasi pasien 40. Perilaku profesional
38.	Kategori Sistem Tubuh	49. Sistem Saraf 50. Psikiatri 51. Sistem Indra 52. Sistem Respirasi **53. Sistem Kardiovaskular** 54. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 55. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 56. Sistem Reproduksi 57. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 58. Sistem Hematologi dan Imunologi 59. Sistem Muskuloskeletal 60. Sistem Integumen
39.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 45 tahun dating ke klinik umum RS dengan keluhan berdebar. Keluhan ini dirasakan sejak 2 minggu yang lalu, terutama saat beraktifitas dan setelah minum kopi. Hal seperti ini belum pernah dirasakan sebelumnya. Pandangan kabur dan rasa hoyong tidak dijumpai. Selama ini pasien diketahui menderita darah tinggi tapi tidak mengkonsumsi obat secara teratur.

		TUGAS : 7. Lakukan anamnesis pada pasien! 8. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien/manikin! 9. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan! 10. Tegakkan diagnosis dan dua (2) diagnosis banding! 11. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep, serahkan pada penguji/jelaskan pada pasien! 12. Lakukan tatalaksana non farmakoterapi yang relevan! 13. Komunikasikan dan berikan edukasi pada pasien terkait penyakit/tatalaksana/prognosisnya!
40.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 25. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 26. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 27. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 28. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 29. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 30. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 48. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian 49. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*/*psikiatri*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik/Psikiatri* *KU:* *Tanda Vital:TD: 170/100 mmHg; N:108x/menit irreguler; R: 22x/menit; t:36.7^{O}C* *Kepala/leher: mata tidak anemis dan icteric* *Toraks: S1 dan S2 irreguler, gallop (-)* *Abdomen: soepel, hepatomegaly (-)* *Ekstremitas: akral hangat, edema (-)* *Status Lokalis:* *Jenis pemeriksaan lain:* *EKG: atrial fibrilasi dan left ventricle hypertrophy* *Foto thoraks: CTR 56%. Apex tertanam. Pinggang jantung mendatar. tanpa disertai tanda bendungan paru* 50. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. 51. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: Atrial Fibrilasi + Hipertensi Diagnosis Banding 1: Atrial Flutter Diagnosis Banding 2: Supra ventricular tachycardia

		52. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian. Konseling Diet Pasien dianjurkan untuk menghindari minuman yang memicu berdebar, seperti kopi. Pasien dianjurkan untuk membatasi konsumsi garam Konseling Pola Hidup Pasien dianjurkan untuk berolah raga secara teratur. 53. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Captopril, tablet, 25 mg, PO Bisoprolol, tablet, 2,5mg, PO 54. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 55. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	 45 tahun Laki-laki Kuli bangunan Menikah SMK
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Berdebar 2 minggu yang lalu Dada kiri Terus menerus Berdebar tidak beraturan Tidak berubah - Aktifitas, minum kopi Istirahat Tidak berkerja -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat	 Darah tinggi - Tidak Ya Tidak Normal Tidak diketahui

		Pertanyaan wajib oleh PS **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 Posisi: duduk Ekspresi wajah: cemas
56.	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
57.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada/Ada, tugas:-	
58.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada/Ada, tugas: -	
59.	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: -	
60.	Penulis	Nama: dr. Anggia Chairuddin Lubis Institusi: Kardiologi FK USU	
61.	Referensi		

TEMPLATE OSCE STATION

41.	Nomor Station	
42.	Judul Station	Tension Type Headache
43.	Alokasi Waktu	15 menit
44.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas
45.	Kompetensi Diujikan	**41. Anamnesis** 42. **Pemeriksaan fisik**/psikiatri 43. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **44. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 45. Tatalaksananonfarmakoterapi **46. Tatalaksana farmakoterapi** **47. Komunikasi dan edukasi pasien** 48. **Perilaku professional**
46.	Kategori Sistem Tubuh	**61. Sistem Saraf** 62. Psikiatri 63. Sistem Indra 64. Sistem Respirasi 65. Sistem Kardiovaskular 66. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 67. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 68. Sistem Reproduksi 69. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 70. Sistem Hematologi dan Imunologi 71. Sistem Muskuloskeletal 72. Sistem Integumen
47.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang pasien perempuan usia 45 tahun, berobat ke Poliklinik Saraf dengan keluhan sakit kepala berulang. **TUGAS :** 14. Lakukan anamnesis pada pasien tersebut 15. Lakukan pemeriksaan tanda vital termasuk pemeriksaan neurologis 16. Sebutkan Diagnosis dan Diagnosis banding pasien tersebut 17. Jelaskan terapi farmakologi dan non-farmakologi pada pasien tersebut

48.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 31. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 32. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 33. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 34. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 35. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 36. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!	
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 62. Penguji menilai anamnesisyang dilakukan peserta ujian Seorang pasien perempuan usia 45 tahun, berobat ke Poliklinik Saraf dengan keluhan sakit kepala berulang sejak 1 tahun y.l. Keluhan di seluruh kepala terasa berat, tengkuk terasa tegang. Keluhan tidak semakin memberat. Keluhan bertambah jika capek, kurang tidur, dan stress. Keluhan berkurang jika istirahat. Riwayat trauma kepala disangkal. 63. Penguji menilai pemeriksaan fisikyang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. Hasil Tanda Vital KU: kesadaran compos mentis, tampak sakit ringan Tanda Vital: TD: 120/80 mmHg; N: 80x/menit; R: 18x/menit; t: 37^{O}C Status neurologis: Nn. Cranialis dalam batas normal Kekuatan otot dalam batas normal Refleks fisiologis dalam batas normal Sensorik dalam batas normal 64. Penguji menilai diagnosis dan diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. D/: Tension Type Headache DD/: Migrain Tumor otak 65. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Analgetik: Parasetamol 3x500mg atau Ibuprofen 3x400mg 66. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. Istirahat cukup, pola tidur teratur Olahraga teratur 67. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan	Desi 45 th Perempuan Karyawati swasta

		Status pernikahan Pendidikan terakhir	Menikah S1
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresif • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Sakit kepala 1 tahun y.l. Seluruh kepala Hilang timbul Kepala terasa berat dan tengkuk terasa tegang Tidak semakin memberat Jika capek, kurang tidur, stress Jika istirahat Istirahat dan makan obat Obat bebas penghilang nyeri
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat • Olahraga **Riwayat pekerjaan** **Peran yang wajib ditunjukkan**	 Tekanan darah tinggi (-), kencing manis (-). Riwayat kepala terbentur disangkal. - Tekanan darah tinggi (-), kencing manis (-). - - - Hubungan suami isteri baik - Tidak pernah Sering lembur
68.	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
69.	Kebutuhan Laboran	**Tidak ada**/Ada, tugas:	
70.	Kebutuhan Manekin	**Tidak ada**/Ada, tugas	
71.	Kebutuhan Set Alat	1. Meja dokter 1 2. Kursi 2 3. Tempat tidur 1 4. Perlengkapan pemeriksaan fisik 1 (sphygmomanometer, stetoskop, thermometer, reflex hammer, kapas)	
72.	Penulis	Nama: dr. Aida Fitri, Sp.S Institusi: Departemen Neurologi FK USU	
73.	Referensi	Konsensus Nyeri Kepala	

TEMPLATE OSCE STATION

49.	Nomor Station	
50.	Judul Station	*Contoh: Post matur (SKDI: Penyakit-)*
51.	Alokasi Waktu	15 menit
52.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 3B** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.)*
53.	Kompetensi Diujikan	**49. Anamnesis** **50. Pemeriksaan fisik/psikiatri** 51. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **52. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 53. Tatalaksananonfarmakoterapi **54. Tatalaksana farmakoterapi** **55. Komunikasi dan edukasi pasien** 56. **Perilaku profesional**
54.	Kategori Sistem Tubuh	73. Sistem Saraf 74. Psikiatri 75. Sistem Indra 76. Sistem Respirasi 77. Sistem Kardiovaskular 78. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 79. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih **80. Sistem Reproduksi** 81. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 82. Sistem Hematologi dan Imunologi 83. Sistem Muskuloskeletal 84. Sistem Integumen
55.	Instruksi PesertaUjian	**<u>SKENARIO KLINIK:</u>** Seorang wanita, 32 tahun, G3P2A0, datang ke praktek untuk kontrol kehamilan **<u>TUGAS :</u>** 18. Lakukan anamnesis pada pasien ini 19. Tentukan diagnosis, diagnosis banding dan penatalaksanaan pasien ini
56.	Instruksi Penguji	**<u>INSTRUKSI UMUM</u>** 37. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 38. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 39. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 40. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 41. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 42. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		<u>INSTRUKSI KHUSUS</u> **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 74. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Seorang wanita, 32 tahun, G3P2A0, kontrol kehamilan. Keluhan: perut terasa tegang sesekali. Riwayat keluar air-air dari kemaluan (-). Pasien merasa

		seharusnya sudah melahirkan berdasarkan pemeriksaan terakhir bulan sebelumnya. HPHT: lupa 75. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Tanda Vital:* *Sensorium : compos mentisAnemia (-)* *TD:120/80 mmHg; icterus (-)* *N:80x/menit; cyanosis (-)* *R:20x/menit;dypsnoe (-)* *t:37,0^{O}C oedema (-)* *Hasil Pemeriksaan Fisik* *Kepala/leher: dbn* *Toraks: dbn* *Abdomen: TFU teraba 2 jari bawah processus xyphoideus. Bagian tegang: kiri, bagian terbawah: kepala. Gerak (+), Djj: 148x/menit* *Ekstremitas: Sup/Inf ;dbn* 76. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. *Pemeriksaan Laboratorium:* *Darah rutin: Hb: 10 gr%, Ht: 36lekosit 10.000/mm^3, trombosit 150.000/mm^3* *USG: Janin tunggal, gerak (+), DJJ (+), placenta fundal grade III, ketuban AFI 6, BPD, HC, FL sesuai dengan kehamilan 40-42 mgg* 77. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis:Multigravida + Kehamilan Dalam Rahim (40-42 minggu) + presentasi Kepala + Anak hidup 78. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. 79. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. . Untuk menilai taksiran tanggal persalinan dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) berdasarkan rumus Naegle, riwayat haird, pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU) dan dengan pemeriksaan ultrasonografi. Kehamilan post matur akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas ibu maupun janin. Komplikasi pada ibu distosia akibat makrosomia, laserasi perium, peningkatan rasio operasi seksio sesarea. Komplikasi pada bayi meliputi meconium aspiration syndrome, fetal makrosomia, dysmaturity syndrome. Bila dari pemeriksaan diketahui bahwa kehamilan pasien 40-42 minggu pasien dirujuk ke SpOG untuk dilakukan penatalaksanaan selanjutnya. 80. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan	Ny. N 32 tahun Perempuan Pegawai swasta Nikah

		Pendidikan terakhir	Sarjana
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	Kontrol hamil
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak Tidak Aktif Tidak 1. Apakah janin saya baik-baik saja? 2. Apakah risiko yang mungkin terjadi? 3. Apa sebaiknya yang saya lakukan? Raut cemas
81.	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
82.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
83.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
84.	Kebutuhan Set Alat		
85.	Penulis	Nama : dr. Riza Rivany, SpOG. K Institusi : Universitas Sumatera Utara	
86.	Referensi	Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI. Williams Gynecology, second edition. McGraw Hill Medical, New York. 2012. pp. 170-97. Edmonds DK. Dewhurst's textbook of obstetrics and gynecology. Seventh edition. Blackwell publishing. London.p. 94-9. Fortner KB, Fox HE. The John Hopkins manual of gynecology and obstetrics. Lippincott Williams & Wilkins.2007.p. 294-300.	

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor station	
2.	Judulstation	**SistemEndokrindan Metabolik:Hipertiroid**
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilaikemampuan anamnesis, pemeriksaanfisik, interpretasi data pemeriksaanpenunjang, menegakkan diagnosis sertapenatalaksanaandan komunikasi edukasi pada kasus…
5.	Kompetensi	57. Kemampuan anamnesis 58. Kemampuanpemeriksaanfisik 59. Melakukantes/prosedurklinikatauinterpretasi data untukmenunjang diagnosis banding atau diagnosis 60. Penegakan diagnosis/diagnosis banding 61. Tatalaksana farmakoterapi 62. Komunikasidanedukasipasien 63. Perilakuprofesional
6.	Kategori	85. Cardiovascular system 86. Respiratory system 87. Neuro-behaviour 88. Gastrointestinal system 89. Reproductive system 90. Musculoskeletal system **91. Endocrine & Metabolic** 92. Hematology/Oncology 93. Genitourinary system 94. Head & Neck 95. Special Sensory 96. Psychiatry
7.	Instruksiuntukpesertaujian	**<u>SKENARIO KLINIK:</u>** Seorangwanitaberusia20 tahundatangkepuskesmasdengankeluhansering berdebar-debar, berkeringat dan cemas yang sudah dialaminya selama 2 minggu ini. **<u>TUGAS :</u>** 20. Lakukan anamnesis padapasien 21. Lakukanpemeriksaanfisikpadapasien 22. Usulkanjenispemeriksaanpenunjangdanlakukaninterpretasiatas data yang didapatkan, sampaikanpadapenguji 23. Tegakkan diagnose dan diagnose banding, sampaikankepadapenguji 24. Berikanterapifarmakologipadapenderitatersebut
8.	Instruksiuntukpenguji	**<u>SKENARIO KLINIK:</u>** Seorangwanitaberusia20 tahundatangkepuskesmasdengankeluhansering berdebar-debar, berkeringat dan cemas yang sudah dialaminya selama 2 minggu ini. **<u>TUGAS :</u>** 1. Lakukan anamnesis padapasien 2. Lakukanpemeriksaanfisikpadapasien 3. Usulkanjenispemeriksaanpenunjangdanlakukaninterpretasiatas data yang didapatkan, sampaikanpadapenguji 4. Tegakkan diagnose dan diagnose banding, sampaikankepadapenguji 5. Berikanterapifarmakologipadapenderitatersebut **<u>INSTRUKSI PENGUJI:</u>** 43. Pengujimengamatidanmenilaipenampilanpesertaberdasarkanlembarpenilaian.

		44. Pengujitidakdiperbolehkanmelakukaninterupsiataupunbertanyakepadapesertaselain yang ditentukan. 45. Pengujimemberikaninformasiterhadap data yang dibutuhkan**setelah**pesertamelakukanpemeriksaanfisiksesuaidenganapa yang diperiksaolehpeserta (jikaada). **Pemeriksaan Anamnesis:** - **Berapa lama (2minggu)** - **Keluhan berdasarkan index Wayne dan New castle : Sesak nafas, mudah lelah, senang hawa dingin, keringat berlebihan, gugup, nafsu makan meningkat, berat badan turun** - **Keluhan BAB diare** - **Tempat tinggal selama ini apakah di wilayah endemik goiter** - **RPT: Penyakit gondok sebelumnya, riwayat operasi gondok sebelumnya** - **RPO : Levotiroksin, PTU, Methimazole** - **Riwayatkeluarga (-)** **PemeriksaanFisik:** - **Mata: Eksoftalmus (+)** - **Leher : Pembesaran struma (+), difuse / nodul, nyeri (-), bruit (+)** - **Jantung : Takikardia (+)** - **Ekstremitas superior : tremor (+)** **PemeriksaanPenunjang:** - **Darahlengkap : Normal** - **FesesRutin : normal** - **Fungsi tiroid : TSH: 0,001 µIU/L, FT3 : 14 ng/ml, FT4 : 20 ng/ml** - **EKG: sinus takikardia** - **USG Tiroid : struma difusa bilateral** **Diagnosa: Penyakit Graves** **Diagnosa banding:** - **Goiter multinoduler** - **Adenoma toksik** **Terapifarmakologi:** - **Propil Thiouracil (PTU) 100 mg** - **Atau Methimazol 30 mg**
9.	Instruksiuntukpasienstandar	Nama : A Rentang usia : 20 tahun Jenis kelamin : P Pekerjaan : Mahasiswi Status pernikahan :Belum kawin Pendidikan terakhir :Kuliah **Riwayatpenyakitsekarang** • Keluhanutama : Jantung berdebar-debar • Sejakkapan : 2 mingguini • Perjalananpenyakit : - - Keluhan lain terkaitkeluhanutama : Sesak nafas, mudah lelah, senang hawa dingin, keringat berlebihan, gugup, nafsu makan meningkat, berat badan turun

		- Keluhan BAB diare • Riwayatpengobatansekarang: - **Riwayatpenyakitdahulu** • - **Riwayatpenggunaanobat** • - **Riwayatpenyakitkeluarga** • - **Riwayatkebiasaansosial** • -
10.	Denahruangan	
11.	Peralatan yang dibutuhkan	- Setting ruangan dokter pasien - Meja dan kursi dokter 1 set - Kursi pasien 1 buah - Meja dan kursi penguji 1 set - Meja peralatan 1 buah - Bed pemeriksaan 1 set - Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah - Alkoholgliserin spray 1 buah - Rekammedis 1 buah - Blanko pemeriksaan penunjang 1 buah - Blankoresep 1 buah - Tempatsampahmedistertutup 1 buah - Tempatsampahnonmedis 1 buah - Tissue 1gulung - Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) 1 buah - Ballpoint 1 buah - Stetoskop - Manikin
12.	Penulis	dr. Institusi:

TEMPLATE OSCE STATION

57.	Nomor Station	
58.	Judul Station	*Sistem muskuloskeletal – ruptur tendon achilles*
59.	Alokasi Waktu	15 menit
60.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI:3*A*** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, dan Merujuk (**bukan gawat darurat)**
61.	Kompetensi Diujikan	**64. Anamnesis** **65. Pemeriksaan fisik**/psikiatri 66. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **67. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **68. Tatalaksananonfarmakoterapi** **69. Tatalaksana farmakoterapi** **70. Komunikasi dan edukasi pasien** 71. **Perilaku professional**
62.	Kategori Sistem Tubuh	97. Sistem Saraf 98. Psikiatri 99. Sistem Indra 100. Sistem Respirasi 101. Sistem Kardiovaskular 102. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 103. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 104. Sistem Reproduksi 105. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 106. Sistem Hematologi dan Imunologi **107. Sistem Muskuloskeletal** 108. Sistem Integumen
63.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang pria usia 43 tahun datang ke IGD RS dengan keluhan nyeri pada tumit kaki kanan. **TUGAS :** 25. Lakukan anamnesa 26. Lakukan pemeriksaan fisik 27. Tentukan pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan dan tujuan dilakukan 28. Tegakkan diagnosis utama dan DD 29. Tentukan tatalaksana nonfarmakoterapi 30. Tentukan tatalaksana farmakoterapi
64.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 46. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 47. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 48. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 49. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 50. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 51. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS 87. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian

		88. Penguji menilai *pemeriksaan fisik/psikiatri*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik* *KU:nyeri pada tumit* *Tanda Vital:TD:120/80 mmHg; N: 80/menit; R: 22/menit; t37,2^{O}C* *Kepala/leher: dbn* *Toraks:dbn* *Abdomen:dbn* *Ekstremitas: atas dbn* *Status Lokalis: ankle kanan* *Look: terkesan ada "ruang kosong" pada posterior ankle, superior dari tulang kalkaneal. dorsiflexi ankle bertambah dibanding kaki kiri pada saat pasien pada posisi pronasi dengan sendi lutut di fexikan 90^{0}* *Feel: nyeri +, adanya "gap" pada posterior ankle, superior dari tulang kalkaneal. pulsasi a.tibialis posterior +, pulsasi a.dorsalis pedis +* *Move: plantar flexi ankle melemah, thomson test +(plantar flexi – saat betis diremas pada posisi pronasi)* *Pemeriksaan penunjang : x-ray ankle lateral : untuk menyingkirkan kemungkinan kelainan yang lain, biasanya akan menunjukkan hasil yg non spesisifk/non diagnostik* *Lampiran foto/ilustrasi*  *gap pada posterior superior ankledapat*

		 *terlihat dan diraba* *dorsiflexi yg bertambah dibanding kaki yg sehat* 89. Penguji menilaitujjuan dilakukan pemeriksaan penunjang. 90. Penguji menilai diagnosis dan satu (1) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: achilles tendon rupture Diagnosis Banding 1: ankle sprain 91. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian. Pemasangan bidai/slab dengan posisi resting equinus 92. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Analgetik: Nsaid: cox inhibitor 2 x 7,5/15mg atau PCT 3x 500mg atau As.Mefenamat 3x500mg dll 93. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 94. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Laki 43 Laki-laki Pegawai bank Menikah S1
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu)	 Nyeri pada tumit kaki kanan 1 jam sebelum masuk IGD rumah sakit Tumit kanan 3

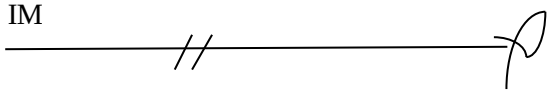
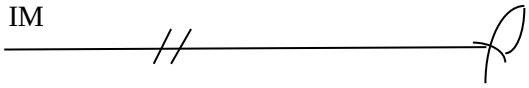
		• Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	Bila lokasi nyeri tertekan Kaki diistirahatkan/tidak bergerak Pct 3x500
		Riwayat penyakit dahulu	1 jam sebelum masuk rumah sakit pasien sedang berolahraga badminton dengan rekan kerja, sampai tiba-tiba saat pasien sedang berusaha mengejar untuk mengembalikan kok yang dipukul lawan terdengar bunyi "pop" dari kaki kanan pasien yang diikuti dengan rasa nyeri pada tumit dan kesusahan untuk berjalan. Pasien kemudian dibawa ke igd RS
		• penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)**	- -
		• Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat	- - - - -
		Pertanyaan wajib oleh PS **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk molase**	Ada tulang saya yang patah? Kenapa pergelangan kaki kanan saya sulit digerakkan keatas? Kesakitan, Kesulitan berjalan dan gelisah Sama dengan foto diatas
95.	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
96.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada/Ada, tugas:	
97.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada/Ada, tugas	
98.	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai	
99.	Penulis	Nama Institusi	
100	Referensi	Apley's system of orthopaedics and fracture 9th edition Orthopaedic Knowledge Update 10, John M Flyn	

TEMPLATE OSCE STATION

65.	Nomor Station	
66.	Judul Station	Sistem Integumen-sifilis stadium 1 dan 2
67.	Alokasi Waktu	15 menit
68.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI:4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas
69.	Kompetensi Diujikan	**72. Anamnesis** **73. Pemeriksaan fisik/psikiatri** **74. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **75. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding**

		76. Tatalaksananonfarmakoterapi **77. Tatalaksana farmakoterapi** **78. Komunikasi dan edukasi pasien** 79. **Perilaku professional**
70.	Kategori Sistem Tubuh	109. Sistem Saraf 110. Psikiatri 111. Sistem Indra 112. Sistem Respirasi 113. Sistem Kardiovaskular 114. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 115. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 116. Sistem Reproduksi 117. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 118. Sistem Hematologi dan Imunologi 119. Sistem Muskuloskeletal **120. Sistem Integumen**
71.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 37 tahun, datang ke Puskesmas dengan keluhan tukak pada kelamin sejak 5 hari yang lalu. **TUGAS :** 31. Lakukan anamnesis untuk pasien ini 32. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien ini 33. Tentukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan oleh pasien ini 34. Tentukan diagnosis dan 2 diagnosis banding 35. Berikan tatalaksana farmakoterapi 36. Lakukan komunikasi dan edukasi untuk pasien ini
72.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 52. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 53. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 54. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 55. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 56. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 57. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 101. Penguji menilai anamnesisyang dilakukan peserta ujian Peserta ujian menanyakan kepada pasien: 1. Sejak kapan timbul tukak pada kelamin? 2. Apakah ada rasa nyeri atau panas? 3. Apakah ada riwayat kontak seksual? 4. Kapan riwayat kontak seksual terakhir? 5. Apakah sering berganti-ganti pasangan seksual?Bila Iya; dengan siapa berganti pasangan seksual? 6. Apakah menggunakan kondom apabila kontak seksual? 7. Apakah tukak sudah pernah diobati? 8. Apakah sudah pernah mengalami hal seperti ini sebelumnya?

		102. Penguji menilai pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. Hasil Pemeriksaan Fisik KU: Compos mentis Tanda Vital: TD: 120/80 mmHg; N: 80/menit; R: 22/menit; t: 36,8^{O}C; Kepala/leher: dalam batas normal Toraks: dalam batas normal Abdomen: dalam batas normal Ekstremitas: dalam batas normal Genitalia: Status venereologis: ulkus soliterdengan pinggir indurasi dan dasar ulkus bersih, nyeri tekan (-) KGB inguinal sinistra et dekstra: membesar, nyeri tekan (-)  (gambar lesi pada kelamin) 103. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang • Pemeriksaan lapangan gelap dengan bahan pemeriksaan dari bagian dalam lesi:*T. pallidum* (+) • Penetuan antibodi dalam serum: Non treponemal : tes VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) → 1/16 Treponemal : tes TPHA (*Treponema Pallidum Haemagglutination Assay*) → 1/80 ➔ Sifilis 104. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: sifilis stadium 1 Diagnosis Banding 1:ulkus mole Diagnosis Banding 2:granuloma inguinale Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian dan diserahkan kepada penguji * Penisilin G benzatin 2,4 juta unit, IM, dosis tunggal atau * Penisilin G prokain dalam aqua 600.000 unit, IM, selama 10 hari

		R/ Penisilin G benzatin 2,4 juta unit amp 1 S1pro inj IM  Atau R/ Penisilin G prokain add aqua 600.000 unitamp 10 S1pro inj 1 IM  105. Penguji menilai komunikasi dan edukasi oleh peserta ujian kepada pasien. Pasien dianjurkan untuk menghindari kontak seksual sementara.Luka jangan di manipulasi. Kontrol 1 bulan kemudian untuk pemeriksaan laboratorium ulangan kembali. 106. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Siandri 37 tahun Laki-laki Wiraswasta Sudah menikah (3 tahun) Sarjana
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Tukak pada kelamin 5 hari yang lalu Batang penis - Kering, nyeri (-) - - - - - -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh**	 - - - - - - Kontak seksual (+), berganti-ganti pasangan seksual (+) sudah 1 tahun ini, terakhir 2 minggu yang lalu (dengan PSK), penggunaan kondom saat berhubungan seksual (-) - -

		PS **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	-
107	Tata Letak Station	Model 1	
108	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
109	Kebutuhan Manekin	Ada, tugas: menunjukkan ulkus soliter dengan pinggir indurasi dan dasar ulkus bersih	
110	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: 1. Meja dokter 1 2. Kursi 2 3. Sarung tangan 4. Lampu sorot 5. Tempat tidur pasien 6. Catatan rekam medis dan ATK 7. Lembar penilaian	
111	Penulis	Nama : dr. Cut Putri Hazlianda, M.Ked(DV), SpDV Institusi: Fakultas Kedokteran, Universitas Sumatera Utara	
112	Referensi	Infeksi Menular Seksual, edisi ketiga, Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, 2005	

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor station	
2.	Judulstation	Nasogastric Suction SKDI : 06.20
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilaikemampuan: 4A, Menegakkan diagnosis sertapenatalaksanaannon farmakoterapipadakeracunanorganofosfat
5.	Kompetensi	80. Anamnesis 81. Pemeriksaanfisik/psikiatri 82. Interpretasi data/kemampuanproseduralpemeriksaanpenunjang **83. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 84. **Tatalaksananonfarmakoterapi** 85. Tatalaksana farmakoterapi **86. Komunikasidanedukasipasien** **87. Perilakuprofesional**
6.	Kategori	121. SistemSaraf 122. Psikiatri 123. SistemIndra 124. SistemRespirasi 125. SistemKardiovaskular **126. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, danPankreas** 127. SistemGinjaldanSaluranKemih 128. SistemReproduksi 129. SistemEndokrin, Metabolisme, danNutrisi 130. SistemHematologidanImunologi 131. SistemMuskuloskeletal 132. SistemIntegumen
7.	Instruksiuntukpeserta ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorangperempuanusia 25 tahundatangke IGD rumahsakitdengankeluhanmuntah.

		Pasiensebelumnyameminumcairanracunseranggasebanyak 1 botol. Selainmuntah, pasienjugamengalamikeringatdingindan air liurnyabanyak. Dari Pemeriksaanfisikkesadarankompos metis, frekuensinafas 28x/I Suaranafasvesikuler,Tekanandarah 100/50mmHg Nadi 120 x/I t/v lemah, Temperatur 37,2 C. **TUGAS :** 1. Tentukan diagnosis dan diagnosis banding pada pasien ini 2. Lakukanlah penatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini
8.	Instruksiuntukpenguji	**SKENARIO KLINIK:** Seorangperempuanusia 25 tahundatangke IGD rumahsakitdengankeluhanmuntah. Pasiensebelumnyameminumcairanracunseranggasebanyak 1 botol. Selainmuntah, pasienjugamengalamikeringatdingindan air liurnyabanyak. Dari Pemeriksaanfisikkesadarankompos metis, frekuensinafas 28x/I Suaranafasvesikuler,Tekanandarah 100/50mmHg Nadi 120 x/I t/v lemah, Temperatur 37,2 C. **TUGAS :** 1. Tentukan diagnosis pada pasien ini 2. Lakukanlah penatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini **INSTRUKSI UMUM** 1. Pastikanidentitaspesertaujianpadakartuujiansesuaidenganidentitaspadakomputer! 2. Tulislah 5 digit terakhirdarinomorpesertaujianpadalembarnilaitulis! 3. Amatilahdanberilahskor (0/1/2/3) atastugas yang dikerjakanpesertaujiansertaskor*Global Rating* sesuairubrikpenilaianpadalembarnilaitulisdankomputer! 4. Hindarilahinterupsidan/atautindakanselaindaripada yang dimintadalaminstruksipenguji! 5. Berikaninformasi/hasil yang dibutuhkansecaralisan/tulisanhanyaapabilapesertaujiantelahmelakukandan/ataumengusulkanjenispemeriksaan yang dimaksud (perhatikaninstruksikhusus)! 6. Taatilahperaturansertaetikapengujiselamamenjalankantugassebagaipenguji UK OSCE! **INSTRUKSI KHUSUS:** 1. Pengujimengamatidanmenilai diagnosis dan diagnosis banding **Diagnosis: Intoksikasi Organophosphat** **Diagnosis Banding : Keracunan Makanan (Botulismus)** 2. Pengujimengamatidanmenilaiprosedurpenatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini Peserta ujian melakukan tindakan Nasogastric Suction dengan lengkap dan berurutan. 1) Mencuci tangan sebelummenyiapkan alat 2) Memberi salam, memperkenalkan diri, dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan melakukan tindakan 3) Bantu pasien untuk posisi Fowler, Berdiri di sisi kanan tempat tidur pasien bila petugas bertangan dominan kanan (atau sisi kiri bila sebaliknya) 4) Memeriksa dan memperbaiki kepatenan nasal. Minta pasien untuk bernafas melalui satu lubang hidung saat lubang yang lain tersumbat, ulangi pada lubang hidung yang lain, membersihkan mukus dan sekresi dari hidung dengan tissue lembab atau lidi kapas 5) Mengenakan sarung tangan 6) Menentukan panjang slang yang akan dimasukkan. Ukur jarak dari

		lubang hidung ke daun telinga, dengan menempatkan ujung melingkar slang pada daun telinga; melanjutkan pengukuran dari daun telinga ke tonjolan sternum 7) Memasukkan selang ke dalam lubang hidung yang paling bersih 8) Pada saat slang masuk dalam faring, instruksikan pasien untuk menekuk kepala ke depan dan menelan 9) 10) Masukkan slang lebih dalam ke esofagus dengan memberikan tekanan lembut tanpa memaksa saat pasien menelan (jika pasien batuk atau slang menggulung di tenggorokan, tarik slang ke faring dan ulangi langkah- langkahnya), diantara upaya tersebut dorong pasien untuk bernafas dalam 11) Ketika tanda pada selang mencapai jalan masuk ke lubang hidung, hentikan insersi selang dan periksa penempatannya: minta pasien membuka mulut untuk melihat slang, Aspirasi dengan spuit dan pantau drainase lambung, tarik udara ke dalam spuit sebanyak 10-20 ml masukkan ke selang dan dorong udara sambil mendengarkan lambung dengan stetoskop jika terdengar gemuruh 12) Fiksasi slang: guntingbagiantengahplestersepanjang 2 inchi, sisakan 1 incitetaputuh, tempelkan 1 inchiplesterpadalubanghidung, lilitkansalahsatuujung, kemudian yang lain, satusisiplesterlilitanmengitari slang 13) Aspirasiisilambungdenganmenggunakanspuitsebanyakmungkin, bilaselesaisambungujungselangdenganpenampung. 14) Mencucitangan 3. Pengujitidakdiperbolehkanmelakukaninterupsiataupunbertanyakepadapesertaselain yang ditentukan. 4. Pengujimemberikaninformasiterhadap data yang dibutuhkan**setelah**pesertamelakukanpemeriksaanfisiksesuaidenganapa yang diperiksaolehpeserta (jikaada).
	Instruksiuntukpasienstandar	Nama : Rentang usia : … tahun Jenis kelamin : Pekerjaan : Status : pernikahan : Pendidikan terakhir **Riwayatpenyakitsekarang** • Keluhanutama : • Sejakkapan : • Perjalananpenyakit : • Keluhan lain terkaitkeluhanutama : • Hal-hal yang memperburukkeluhan: • Hal-hal yang mengurangikeluhan: • Riwayatpengobatansekarang: **Riwayatpenyakitdahulu** • **Riwayatpenyakitkeluarga** • **Riwayatkebiasaansosial** • Olah raga:

		• Diet : • Riwayatlingkungandankebiasaansehari-hari: • Dst. **Peran yang harusdilakukan** • (Bilaperlusertakanfoto)
9.	Tata letak Station	Model 2
10.	KebutuhanLaboran	Ada, untukmembantu men set ulangperalatanhabispakai
11.	KebutuhanManekin	Ada, Manequin
12.	Kebutuhan Set Alat	- Setting ruangan dokter pasien - Meja dan kursi dokter 1 set - Kursi pasien 1 buah - Meja dan kursi penguji 1 set - Meja peralatan 1 buah - Bed pemeriksaan 1 set - Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah - Timbanganberatbadandanpengukurtinggibadan 1 buah - Stethoscope 1 buah - Rekammedis 15 lembar - Blanko pemeriksaan penunjang 1 bendel - Blankoresep 1 bendel - Tempatsampahmedistertutup 1 buah - Tempatsampahnonmedis 1 buah - Tissue 1 buah - Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) 1 buah 1 buah - Ballpoint 1 kotak - Sarung tangan (glove) 1 buah - Manequine 1 buah - Nasogastric tube no 18 1 buah - Jelly 1 buah - Urine bag non steril 1 buah - Spuit 50 cc 1 buah - alkohol 70%, kasa atau kapas, 1 buah - plester 1 buah - gunting 1 buah - nier bekken (bengkok) -
12.	Penulis	dr. Cut MelizaZainumiMked (An) SpAn Institusi: Universitas Sumatera Utara
13.	Referensi	Guidance on the insertion of Nasogastric (NG) tubes, management of feeds and administration of medicines via an NG tube or via a Percutaneous Endoscopic Gastric tube (PEG) in adults, Worchestershire Health and Care, April 2012.

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor station	
2.	Judulstation	Skin test sebelumpemberiaanobatinjeksiSKDI : 10.08
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilaikemampuan: 3B Tatalaksana non farmakoterapi, KomunikasidanEdukasiPasien, PrilakuProfesional

5.	Kompetensi	88. Anamnesis 89. Pemeriksaanfisik/psikiatri 90. Interpretasi data/kemampuanproseduralpemeriksaanpenunjang 91. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding 92. **Tatalaksananonfarmakoterapi** 93. Tatalaksana farmakoterapi **94. Komunikasidanedukasipasien** **95. Perilakuprofesional**
6.	Kategori	133. SistemSaraf 134. Psikiatri 135. SistemIndra 136. SistemRespirasi 137. SistemKardiovaskular 138. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, danPankreas 139. SistemGinjaldanSaluranKemih 140. SistemReproduksi 141. SistemEndokrin, Metabolisme, danNutrisi **142. SistemHematologidanImunologi** 143. SistemMuskuloskeletal 144. SistemIntegumen
7.	Instruksiuntukpeserta ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seoranglaki-lakiusia 50 tahundibawake IGD rumahsakitdengankeluhanutamanyeripadaperutkananbawah, Stelahdilakukanpemeriksaanpasientersebutdi diagnosadenganAppendisitisAkut yang akandijadwalkanuntuktindakanoperasi. Sebelumnyapasientersebutakandiberikan antibiotic Ceftriaxone 1gr secaraintravena. **TUGAS :** 3. Lakukan skintest sebelum diberikan injeksi intravena
8.	Instruksiuntukpenguji	**SKENARIO KLINIK:** Seoranglaki-lakiusia 50 tahundibawake IGD rumahsakitdengankeluhanutamanyeripadaperutkananbawah, Stelahdilakukanpemeriksaanpasientersebut di diagnosadenganAppendisitisAkut yang akandijadwalkanuntuktindakanoperasi. Sebelumnyapasientersebutakandiberikan antibiotic Ceftriaxone 1gr secaraintravena. **TUGAS :** 1. Lakukan skintest sebelum diberikan injeksi intravena **INSTRUKSI UMUM** 1. Pastikanidentitaspesertaujianpadakartuujiansesuaidenganidentitaspadakomputer! 2. Tulislah 5 digit terakhirdarinomorpesertaujianpadalembarnilaitulis! 3. Amatilahdanberilahskor (0/1/2/3) atastugas yang dikerjakanpesertaujiansertaskor*Global Rating* sesuairubrikpenilaianpadalembarnilaitulisdankomputer! 4. Hindarilahinterupsidan/atautindakanselaindaripada yang dimintadalaminstruksipenguji! 5. Berikaninformasi/hasil yang dibutuhkansecaralisan/tulisanhanyaapabilapesertaujiantelahmelakukandan/ataumengusulkanjenispemeriksaan yang dimaksud (perhatikaninstruksikhusus)! 6. Taatilahperaturansertaetikapengujiselamamenjalankantugassebagaipenguji UK OSCE!

		<u>INSTRUKSI KHUSUS:</u> 1. Pengujimengamatidanmenilaiprosedurpenatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini Peserta ujian melakukan tindakan Skin test dengan lengkap dan berurutan. 1) Mencucitangansebelumprosedur 2) Memberi salam, memperkenalkan diri, dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan melakukan tindakan 3) Menyiapkanobat yang akandiberikandenganmendilusiobattersebutdenganperbandingan 1/10, 1/100, 1/1000,1/10.000 denganNaCl 0,9 % atauaquabidessteril 4) Tesdilakukan di permukaanpunggungtangan, lakukandesinfeksidenganAlkohol 70%, berikan 0,04 ml denganSpuit 1cc secarasubcutan, sehinggaterbentukbendunganberdiameter 4-6 mm. Bersihkanpermukaantanganbilakotordenganmenggunakantisu 5) Ditungguselama 15 – 30 menit, bilabertambah diameter 5 mm dariawalmakaalergipositif
	Instruksiuntukpasienstandar	Nama : Rentang usia : … tahun Jenis kelamin : Pekerjaan : Status : pernikahan : Pendidikan terakhir **Riwayatpenyakitsekarang** • Keluhanutama : • Sejakkapan : • Perjalananpenyakit : • Keluhan lain terkaitkeluhanutama : • Hal-hal yang memperburukkeluhan: • Hal-hal yang mengurangikeluhan: • Riwayatpengobatansekarang: **Riwayatpenyakitdahulu** • **Riwayatpenyakitkeluarga** • **Riwayatkebiasaansosial** • Olah raga: • Diet : • Riwayatlingkungandankebiasaansehari-hari: • Dst. **Peran yang harusdilakukan** • (Bilaperlusertakanfoto)
9.	Tata letak Station	Model 2
10.	KebutuhanLaboran	Ada, untukmembantu men set ulangperalatanhabispakai
11.	KebutuhanManekin	Ada, Manequin tangan untuk kanulasi vena perifir
1	Kebutuhan Set	- Setting ruangan dokter pasien

2.	Alat	- Meja dan kursi dokter - Kursi pasien - Meja dan kursi penguji - Meja peralatan - Bed pemeriksaan - Wastafel atau simulasi wastafel - Spygmomanometerraksa - Stetoskop - Termometerraksauntukaksila - Penlight - Alkoholgliserin spray - Timbanganberatbadandanpengukurtinggibadan - Rekammedis - Blanko pemeriksaan penunjang - Blankoresep - Tempatsampahmedistertutup - Tempatsampahnonmedis - Tissue - Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) - Ballpoint - Sarung tangan (glove) - Manequin tangan untuk kanulasi vena perifir - alkohol 70%, kasa atau kapas, - plester - gunting - nier bekken (bengkok) - Spuit 1cc - Spuit 5 cc - Spuit 10 cc - Aquabides	1 set 1 buah 1 set 1 buah 1 set 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 botol 1 buah 15 lembar 1 bendel 1 bendel 1 buah 1 buah 1 kotak 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah
12.	Penulis	dr. Cut MelizaZainumiMked (An) SpAn Institusi: Universitas Sumatera Utara	
13.	Referensi	Barbaud A, Goncalo M, Bruynzeel D, Bircher A. Guidelines for performing skin tests with drugs in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. Contact Dermatitis, 2001, 45, 321 – 328.	

TEMPLATE OSCE STATION

73.	Nomor Station	*Contoh: 5*
74.	Judul Station	*Contoh: Abortus Spontan Komplit (SKDI: Penyakit-02.07)*
75.	Alokasi Waktu	15 menit
76.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.)*
77.	Kompetensi Diujikan	**96. Anamnesis** **97. Pemeriksaan fisik/psikiatri** 98. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **99. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 100. Tatalaksananonfarmakoterapi **101. Tatalaksana farmakoterapi** **102. Komunikasi dan edukasi pasien** 103. **Perilaku profesional**
78.	Kategori Sistem Tubuh	145. Sistem Saraf 146. Psikiatri 147. Sistem Indra

		148. Sistem Respirasi 149. Sistem Kardiovaskular 150. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 151. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih **152. Sistem Reproduksi** 153. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 154. Sistem Hematologi dan Imunologi 155. Sistem Muskuloskeletal 156. Sistem Integumen
79.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita, 24 tahun, G1P0A0, hamil 2 bulan, datang ke IGD dengan keluhan perdarahan dari kemaluan **TUGAS :** 37. Lakukan anamnesis pada pasien ini 38. Tentukan diagnosis, diagnosis banding dan penatalaksanaan pasien ini
80.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 58. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 59. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 60. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 61. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 62. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 63. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 113. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Seorang wanita, 24 tahun, G1P0A0, hamil 2 bulan, pegawai swasta datang ke IGD dengan keluhan perdarahan dari kemaluan dialami 2 hari terakhir, semakin banyak 1 hari terakhir disertai dengan rasa mules diperut bawah.dan disertai dengan keluar jaringan yang banyak. Sebelumnya os pernah mengalami perdarahan 2 minggu yang lalu, diperiksa ke SpOG dan dikatakan kehamilannya masih baik. Riwayat keluar jaringan seperti mata ikan (-),riwayat trauma (-). 114. Penguji menilai *pemeriksaan fiski*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Tanda Vital:* *Sensorium : compos mentis* *Anemia (+)* *TD:100/80 mmHg;* *icterus (-)* *N:88x/menit;* *cyanosis (-)* *R:20x/menit;* *dypsnoe (-)* *t:37^{O}C* *oedema (-)* *Hasil Pemeriksaan Fisik* *Kepala/leher: Mata: conjunctiva: anemis* *Toraks: dbn*

		Abdomen: dbn *Ekstremitas: Sup/Inf ;acral hangat.* *Status Lokalis:* *Genitalia:* *Inspeksi: vulva : dbn* *Inspekulo: vagina licin, tampak darah di oui tidak mengalir, ostium uteri internum tertutup.* *VT : porsio tertutup, nyeri goyang (-), uterus lebih besar biasa setinggi simfisis pubis, lunak (+), cavum douglasi tidak menonjol.* 115. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. *Pemeriksaan Laboratorium:* *Darah rutin: Hb: 9 gr%, lekosit 10.000/mm^3, trombosit 150.000/mm^3* *USG: uterus ukuran 10x6 cm, tampak penebalan endometrium, Janin maupun gestasional sac tidak terlihat.* *Lampiran foto/ilustrasi: USG abortus komplet* 116. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: Abortus komplet Diagnosis Banding 1: Abortus imminens Diagnosis Banding 2: kehamilan ektopik Diagnosis Banding 3: Missed abortion 117. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. R/ Sulfas ferosus 300 mg tab no VI S 2 dd tab I Analgetik bila perlu : R/ asam mefenamat 500 mg tab no IX S 3 dd tab I 118. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. Kepada pasien diterangkan bahwa telah terjadi keguguran dan sebagian besar keguguran spontan terjadi akibat faktor fetus. Penatalaksanaan saat ini hanya bersifat observasi tidak memerlukan obat-obatan maupun tindakan khusus, keluhan perdarahan akan berkurang dan berhenti setelah 7 hari, bila perdarahan tetap berlanjut atau semakin banyak atau pasien demam, pasien diminta untuk kontrol kembali dan akan dirujuk ke SpOG untuk penanganan lebih lanjut. 119. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.

	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Ny. N 24 tahun Perempuan Pegawai swasta Nikah Sarjana
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Perdarahan dari kemaluan 2 hari terakhir vagina Darah (+) tidak mengalir Semakin lama darah semakin sedikit 5 Tidak ada Istirahat di tempat tidur Bed rest
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak Tidak Aktif Tidak Apakah saya harus dikuret? Apakah saya dapat hamil kembali? Kapan? Cemas, ketakutan dan menahan rasa sakit perut bawah
120	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
121	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
122	Kebutuhan Manekin	Manekin pelvik	
123	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai Meja periksa ginekologi Lampu Cocor bebek Kapas	

		Kelly Clamp Kasa steril
124	Penulis	Nama : dr. Riza Rivany, SpOG. K Institusi : Universitas Sumatera Utara
125	Referensi	

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor station	
2.	Judul station	5-3. Syok hipovolemik SKDI : 05.03
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan : 3B Pemeriksaan fisik, menegakkan diagnosis serta penatalaksanaan pada kasus syok hemoragik
5.	Kompetensi	104. Anamnesis **105. Pemeriksaan fisik/psikiatri** 106. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **107. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 108. **Tatalaksana nonfarmakoterapi** 109. Tatalaksana farmakoterapi 110. Komunikasi dan edukasi pasien **111. Perilaku profesional**
6.	Kategori	157. Sistem Saraf 158. Psikiatri 159. Sistem Indra 160. Sistem Respirasi **161. Sistem Kardiovaskular** 162. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 163. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 164. Sistem Reproduksi 165. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 166. Sistem Hematologi dan Imunologi 167. Sistem Muskuloskeletal 168. Sistem Integumen
7.	Instruksi untuk peserta ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 50 tahun dibawa ke IGD rumah sakit dengan keluhan utama nyeri pada kaki kanan, sebelumnya pasien mengalami kecelakaan. Pasien terlihat lemah dan pucat. **TUGAS :** 4. Lakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien ini 5. Tentukan diagnosis dan diagnosis banding pada pasien ini 6. Lakukanlah penatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini
8.	Instruksi untuk penguji	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 50 tahun dibawa ke IGD rumah sakit dengan keluhan utama nyeri pada kaki kanan, sebelumnya pasien mengalami kecelakaan. Pasien terlihat lemah dan pucat. **TUGAS :** 2. Lakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien ini 3. Tentukan diagnosis dan diagnosis banding pada pasien ini 4. Lakukanlah penatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini **INSTRUKSI UMUM**

64. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer!
65. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis!
66. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer!
67. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji!
68. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)!
69. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!

INSTRUKSI KHUSUS:

3. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta dalam melakukan pemeriksaan fisik.

Dari pemeriksaan ditemukan :

Airway clear

Breathing : frekuensi nafas 24 x/I suara nafas vesikuler suara tambahan tidak dijumpai,

Circulation : akral dingin, pucat, basah, Tekanan darah 90/60 mmHg, frekuensi Nadi 120x/m, t/v kecil halus,

Disabilities : kesadaran alert/ kompos mentis, pupil isokor reflek cahaya (+), 3mm/3mm

Exposure : dijumpai jejas kemerahan, oedem dan nyeri di daerah paha,

4. Penguji mengamati dan menilai diagnosis dan diagnosis banding

Diagnosis: Syok hipovolemik

Diagnosis banding:

a. Syok Obstructive/ Septic
b. Syok Neurogenik

5. Penguji mengamati dan menilai prosedur penatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini

Peserta ujian melakukan tindakan pemasangan infus dengan lengkap dan berurutan.

1) Menghubungkan cairan infus dengan infus set (periksa jangan ada udara pada selang infus)
2) Letakkan pasien pada posisi yang nyaman, sebaiknya lengan pasien disangga dengan bantal kecil, Identifikasi vena yang akan dikanulasi, vena daerah ante-cubital (punggung tangan) kiri (v.basilica atau v. cephalica)
3) Pasang torniket pada lengan bagian proximal dari daerah vena yang akan dikanulasi, (nadi arteri radialis harus tetap teraba), Minta pasien untuk buka tutup genggaman tangan (memperbesar pengisian vena)
4) Desinfeksi bagian kulit dengan larutan chlorhexidine atau alcohol 70%, biarkan sampai kering dan jangan raba atau sentuh lagi bagian tersebut.
5) Buka iv-catheter yang sdh dipilih ukurannya, pegang dengan posisi bevel stylet menghadap keatas
6) Pegang tangan pasien dengan tangan kiri, gunakan ibu jari menekan dan fiksasi (untuk stabilisasi) distal vena yang akan dikanulasi, Pegang iv-catheter sejajar vena, dan membentuk sudut 10^0-30^0 dengan permukaan kulit, lakukan insersi (tusukan). Bila iv-catheter sudah masuk yang ditandai dengan adanya darah yang masuk kedalam

		chamber (*flash back)*, kemudian datarkan iv-catheter untuk mencegah tertusuknya dinding posterior dari vena, sorong masuk ± 1 mm. Tarik stylet perlahan dan darah harus terlihat masuk kedalam iv-catheter, hal ini memberi konfirmasi bahwa iv-catheter berada dalam vena. 7) Sorong masuk iv-catheter kedalam vena dengan perlahan, bebaskan torniket, masukkan stylet kedalam kantong sampah benda tajam. 8) Hubungkan dengan set infus dan lakukan flush iv-catheter untuk memastikan patensi dan mudahnya aliran tanpa adanya rasa sakit, resistensi, dan timbulnya pembengkakan, Fixasi iv-catheter dengan *moisture-permeable transparent dressing* (supaya bila ada phlebitis atau dislodge dapat terlihat), bila tidak ada dapat digunakan plester dengan cara fiksasi silang (bentuk pita) 6. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. 7. Penguji memberikan informasi terhadap data yang dibutuhkan **setelah** peserta melakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan apa yang diperiksa oleh peserta (jika ada).
	Instruksi untuk pasien standar	Nama : Rentang usia : … tahun Jenis kelamin : Pekerjaan : Status : pernikahan : Pendidikan terakhir **Riwayat penyakit sekarang** • Keluhan utama : • Sejak kapan : • Perjalanan penyakit : • Keluhan lain terkait keluhan utama : • Hal-hal yang memperburuk keluhan: • Hal-hal yang mengurangi keluhan: • Riwayat pengobatan sekarang: **Riwayat penyakit dahulu** • **Riwayat penyakit keluarga** • **Riwayat kebiasaan sosial** • Olah raga: • Diet : • Riwayat lingkungan dan kebiasaan sehari-hari: • Dst. **Peran yang harus dilakukan** • (Bila perlu sertakan foto)
9.	Tata letak Station	Model 2
10.	Kebutuhan Laboran	Ada, untuk membantu men set ulang peralatan habis pakai
11.	Kebutuhan Manekin	Ada, Manequin tangan untuk kanulasi vena perifir
12.	Kebutuhan Set Alat	- Setting ruangan dokter pasien - Meja dan kursi dokter 1 set

		- Kursi pasien - Meja dan kursi penguji - Meja peralatan - Bed pemeriksaan - Wastafel atau simulasi wastafel - Spygmomanometer raksa - Stetoskop - Termometer raksa untuk aksila - Penlight - Alkohol gliserin spray - Timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan - Rekam medis - Blanko pemeriksaan penunjang - Blanko resep - Tempat sampah medis tertutup - Tempat sampah nonmedis - Tissue - Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) - Ballpoint - Sarung tangan (glove) - Manequine - Manequin tangan untuk kanulasi vena perifir - Tiang infus - Cairan infus (Ringer Laktat) - Set infus - iv-catheter (jarum infus) no: 18 G - karet untuk torniket (pembendung) - alkohol 70%, kasa atau kapas, - plester - gunting - nier bekken (bengkok) - penlight	1 buah 1 set 1 buah 1 set 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 botol 1 buah 15 lembar 1 bendel 1 bendel 1 buah 1 buah 1 kotak 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah 1 buah
12.	Penulis	dr. Cut Meliza Zainumi Mked (An) SpAn Institusi: Universitas Sumatera Utara	
13.	Referensi		

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor station	
2.	Judul station	Demam tifoid dengan dehidrasi
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan : 3B Pemeriksaan fisik, menegakkan diagnosis serta penatalaksanaan pada kasus demam tifoid dengan dehidrasi
5.	Kompetensi	112. Anamnesis 113. Pemeriksaan fisik/psikiatri 114. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang 115. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding 116. Tatalaksana nonfarmakoterapi 117. Tatalaksana farmakoterapi 118. Komunikasi dan edukasi pasien **119.** Perilaku profesional
6.	Kategori	169. Sistem Saraf 170. Psikiatri 171. Sistem Indra 172. Sistem Respirasi 173. Sistem Kardiovaskular 174. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 175. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 176. Sistem Reproduksi 177. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 178. Sistem Hematologi dan Imunologi 179. Sistem Muskuloskeletal 180. Sistem Integumen
7.	Instruksi untuk peserta ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 35 tahun dibawa ke IGD rumah sakit dengan keluhan utama demam, nyeri kepala, mual dan muntah, nyeri otot dan diare. Pada pemeriksaan di lidah di jumpai seperti berselaput (kotor di tengah, tepi dan ujung merah) **TUGAS :** 7. Lakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien ini 8. Tentukan diagnosis dan diagnosis banding pada pasien ini 9. Lakukanlah penatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini
8.	Instruksi untuk penguji	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 35 tahun 50 kg dibawa ke IGD rumah sakit dengan keluhan utama demam, nyeri kepala, mual dan muntah, nyeri otot dan diare. Pada pemeriksaan di lidah di jumpai seperti berselaput (kotor di tengah, tepi dan ujung merah) **TUGAS :** 5. Lakukan pemeriksaan fisik terhadap pasien ini 6. Tentukan diagnosis dan diagnosis banding pada pasien ini 7. Lakukanlah penatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini **INSTRUKSI UMUM** 70. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 71. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 72. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 73. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam

		instruksi penguji! 74. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 75. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE! **INSTRUKSI KHUSUS:** 8. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta dalam melakukan pemeriksaan fisik. Dari pemeriksaan ditemukan : Airway clear Breathing : frekuensi nafas 22 x/I suara nafas vesikuler suara tambahan tidak dijumpai, Circulation : akral biasa, merah, kering, mata cekung. Tekanan darah 90/50 mmHg, frekuensi Nadi 120x/m, t/v lemah, UOP 50 cc warna kuning pekat Disabilities : kesadaran alert/ kompos mentis, pupil isokor reflek cahaya (+), 3mm/3mm Exposure : dalam batas normal 9. Penguji mengamati dan menilai diagnosis dan diagnosis banding Diagnosis: Demam tifoid dengan dehidrasi sedang Diagnosis banding: a. Demam dengue b. Demam malaria 10. Penguji mengamati dan menilai prosedur penatalaksanaan non farmakoterapi terhadap pasien ini Peserta ujian melakukan tindakan pemasangan infus dengan lengkap dan berurutan. 9) Menghubungkan cairan infus dengan infus set (periksa jangan ada udara pada selang infus) 10) Letakkan pasien pada posisi yang nyaman, sebaiknya lengan pasien disangga dengan bantal kecil, Identifikasi vena yang akan dikanulasi, vena daerah ante-cubital (punggung tangan) kiri (v.basilica atau v. cephalica) 11) Pasang torniket pada lengan bagian proximal dari daerah vena yang akan dikanulasi, (nadi arteri radialis harus tetap teraba), Minta pasien untuk buka tutup genggaman tangan (memperbesar pengisian vena) 12) Desinfeksi bagian kulit dengan larutan chlorhexidine atau alcohol 70%, biarkan sampai kering dan jangan raba atau sentuh lagi bagian tersebut. 13) Buka iv-catheter yang sdh dipilih ukurannya, pegang dengan posisi bevel stylet menghadap keatas 14) Pegang tangan pasien dengan tangan kiri, gunakan ibu jari menekan dan fiksasi (untuk stabilisasi) distal vena yang akan dikanulasi, Pegang iv-catheter sejajar vena, dan membentuk sudut 10^0-30^0 dengan permukaan kulit, lakukan insersi (tusukan). Bila iv-catheter sudah masuk yang ditandai dengan adanya darah yang masuk kedalam chamber (*flash back)*, kemudian datarkan iv-catheter untuk mencegah tertusuknya dinding posterior dari vena, sorong masuk ± 1 mm. Tarik stylet perlahan dan darah harus terlihat masuk kedalam iv-catheter, hal ini memberi konfirmasi bahwa iv-catheter berada dalam vena. 15) Sorong masuk iv-catheter kedalam vena dengan perlahan, bebaskan torniket, masukkan stylet kedalam kantong sampah benda tajam.

		16) Hubungkan dengan set infus dan lakukan flush iv-catheter untuk memastikan patensi dan mudahnya aliran tanpa adanya rasa sakit, resistensi, dan timbulnya pembengkakan, Fixasi iv-catheter dengan *moisture-permeable transparent dressing* (supaya bila ada phlebitis atau dislodge dapat terlihat), bila tidak ada dapat digunakan plester dengan cara fiksasi silang (bentuk pita) 11. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. 12. Penguji memberikan informasi terhadap data yang dibutuhkan **setelah** peserta melakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan apa yang diperiksa oleh peserta (jika ada).
	Instruksi untuk pasien standar	Nama : Rentang usia : … tahun Jenis kelamin : Pekerjaan : Status : pernikahan : Pendidikan terakhir **Riwayat penyakit sekarang** • Keluhan utama : • Sejak kapan : • Perjalanan penyakit : • Keluhan lain terkait keluhan utama : • Hal-hal yang memperburuk keluhan: • Hal-hal yang mengurangi keluhan: • Riwayat pengobatan sekarang: **Riwayat penyakit dahulu** • **Riwayat penyakit keluarga** • **Riwayat kebiasaan sosial** • Olah raga: • Diet : • Riwayat lingkungan dan kebiasaan sehari-hari: • Dst. **Peran yang harus dilakukan** • (Bila perlu sertakan foto)
9.	Tata letak Station	Model 2
10.	Kebutuhan Laboran	Ada, untuk membantu men set ulang peralatan habis pakai
11.	Kebutuhan Manekin	Ada, Manequin tangan untuk kanulasi vena perifir
12.	Kebutuhan Set Alat	- Setting ruangan dokter pasien - Meja dan kursi dokter 1 set - Kursi pasien 1 buah - Meja dan kursi penguji 1 set - Meja peralatan 1 buah - Bed pemeriksaan 1 set - Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah - Spygmomanometer raksa 1 buah

		- Stetoskop 1 buah - Termometer raksa untuk aksila 1 buah - Penlight 1 buah - Alkohol gliserin spray 1 botol - Timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan 1 buah 15 lembar - Rekam medis 1 bendel - Blanko pemeriksaan penunjang 1 bendel - Blanko resep 1 buah - Tempat sampah medis tertutup 1 buah - Tempat sampah nonmedis 1 kotak - Tissue 1 buah - Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) 1 buah 1 buah - Ballpoint 1 buah - Sarung tangan (glove) 1 buah - Manequine 1 buah - Manequin tangan untuk kanulasi vena perifir 1 buah - Tiang infus 1 buah - Cairan infus (Ringer Laktat) 1 buah - Set infus 1 buah - iv-catheter (jarum infus) no: 18 G 1 buah - karet untuk torniket (pembendung) 1 buah - alkohol 70%, kasa atau kapas, 1 buah - plester 1 buah - gunting 1 buah - nier bekken (bengkok) - penlight
12.	Penulis	dr. Raka Jati Prasetya Mked (An) SpAn Institusi: Universitas Sumatera Utara
13.	Referensi	

TEMPLATE OSCE STATION

81.	Nomor Station	
82.	Judul Station	Sistem Respirasi – Asma bronkial
83.	Alokasi Waktu	15 menit
84.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat)*
85.	Kompetensi Diujikan	120. Anamnesis 121. Pemeriksaan fisik/psikiatri 122. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **123. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 124. Tatalaksananonfarmakoterapi **125. Tatalaksana farmakoterapi** **126. Komunikasi dan edukasi pasien** **127. Perilaku profesional**
86.	Kategori Sistem Tubuh	181. Sistem Saraf 182. Psikiatri 183. Sistem Indra **184. Sistem Respirasi** 185. Sistem Kardiovaskular 186. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas

		187. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 188. Sistem Reproduksi 189. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 190. Sistem Hematologi dan Imunologi 191. Sistem Muskuloskeletal 192. Sistem Integumen
87.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki , 35 tahun datang ke instalasi gawat darurat dengan keluhan sesak nafas yang semakin memberat sejak 2 hari sebelumnya. **Tugas :** 1. Lakukan anamnesis terarah pada pasien ini 2. Mintalah hasil pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan fisik paru pada penguji 3. Sebutkan diagnosis pasien tersebut 4. Adakah tanda-tanda kegawatdaruratan pada pasien? 5. Bila ada, sebutkan tata laksana untuk kegawatdaruratan pasien 6. Mintalah hasil pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan pascatatalaksana awal 7. Sebutkan pengobatan yang akan diberikanpada pasien saat pulang
88.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 76. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 77. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 78. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 79. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 80. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 81. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 126. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian 127. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*/*psikiatri*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik/Psikiatri* KU: composmentis Tanda Vital:TD: 140/90 mmHg; N: 110x/menit; R: 26x/menit; t:37^{O}C Berat badan: 55kg, TB: 165cm Pemeriksaan fisik didapatkanpenggunaan otot bantu nafas (+) Pemeriksaan fisik paru: • Inspeksi: simetris saat statis dan dinamis • Palpasi: fremitus kanan sama dengan kiri • Perkusi: sonor dikedua lapangan paru • Auskultasi: vesikuler dikedua lapangan paru, ronchi tidak ada, mengi dikedua lapang 128. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. *APE: 450ml/detik*

		Saturasi O2 (pulse oksimetri): 93% 129. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: Asma akut sedang pada asma persisten sedang, asma tidak terkontrol Diagnosis Banding 1:Bronkitis akut 130. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian. • Menghindari faktor pencetus • Kontrol teratur ke dokter • Secara teratur menggunakan obat-obat asma • Berkonsultasi dengan dokter paru untuk nasehat perlindungan saat kerja apabila lingkungan kerja menjadi pencetus 131. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. 1. Penatalaksanaan kegawatdaruratan asma • Oksigen untuk mencapai saturasi O2≥90% • Inhalasi agonis β-2 dalam 60 menit • Glukokortikosteroid sistemik bila tidak ada respon segera atau pasien baru mendapatkan KS oral atau gejala berat • Penilaian dilakukan setelah 1 jam 2. Berikan lembaran hasil pemeriksaan fisis dan tanda vital pasien setelah penatalaksanaan kegawatdaruratan • Sesak berkurang, TD 120/80 mmhg, FN: 76 x/menit, FP: 18 x/menit, T:36,7 C, saturasi O2 (pulse oksimetri): 99% • Pemeriksaan fisis tidak ditemukan penggunaan alat bantu nafas • Pada auskultasi tidak ditemukan mengi • APE: 550 I/detik → cari nilai prediksi 3. Dengarkan kandidat menyebutkan tata laksana saat pasien dipulangkan • Pelega : agonis β2 inhalasi • Pengontrol (pilih salah satu) o Glukokortikosteroid ihalasi dosis rendah kombinasi agonist β2 kerja lama o Glukokortikosteroid inhalasi dosis sedang atau tinggi o Glukokortikosteroid inhalasi dosis rendah ditambah *leukotrinemodifier* o Glukokortikosteroid inhalasi ditambah teofilin lepas lambat • Antibiotik (pilih salah satu): o Makrolid , oral o Cephalosporin generasi 2 atau 3, oral 132. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 133. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Husin 35 Thn Laki-laki Pabrik pupuk bagian pencampuran Menikah SMA

		Riwayat Penyakit Sekarang	
		• Keluhan Utama	Sesak nafas yang semakin memberat
		• Sejak kapan/onset	1 minggu yang lalu
		• Lokasi	Pernafasan/dada
		• Durasi/frekuensi	Serangan asma dalam waktu 3 bulan ini muncul hampir setiap hari
		• Karakteristik	Sesak nafas terutama muncul waktu menjelang Subuh atau saat pasien pulang kerja terlambat.
		• Progresi	Hampir setiap hari sesak nafas
		• Skala nyeri (bila perlu)	(-)
		• Yang memperparah	Posisi tiduran
		• Yang mengurangi	(-)
		• Usaha yang dilakukan	Menggunakan obat pelega semprot hampir setiap hari tapi tidak ada perbaikan
		• Obat dipakai saat ini	Obat pelega semprot
		Riwayat penyakit dahulu	
		• penyakit relevan	Tifus 3 thn yang lalu
		• tindakan bedah/terapi lain	(-)
		Riwayat penyakit keluarga	Ayah dan adik pasien juga menderita asma
		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	(-)
		• Rokok	2-3 batang perhari selama 5 tahun
		• Narkoba	(-)
		• Seksual	(-)
		• Alergi obat	(-)
		Pertanyaan wajib oleh PS	
		Peran yang wajib ditunjukkan	
		Foto untuk mol	
134	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
135	Kebutuhan Laboran	Tidak ada/Ada, tugas:	
136	Kebutuhan Manekin	Tidak ada/Ada, tugas	
137	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai	
138	Penulis	dr. Syamsul Bihar, SpP Departemen Ilmu Penyakit Paru FK USU	
139	Referensi	• Pedoman penatalaksanaan asma, PerhimpunanDokter Paru Indonesia, 2011 • GINA 2012	

TEMPLATE OSCE STATION

89.	Nomor Station	
90.	Judul Station	Bell's Palsy
91.	Alokasi Waktu	15 menit
92.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas
93.	Kompetensi Diujikan	**128. Anamnesis** 129. **Pemeriksaan fisik**/psikiatri 130. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **131. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **132. Tatalaksananonfarmakoterapi** **133. Tatalaksana farmakoterapi** **134. Komunikasi dan edukasi pasien** 135. **Perilaku professional**
94.	Kategori Sistem Tubuh	**193. Sistem Saraf** 194. Psikiatri 195. Sistem Indra 196. Sistem Respirasi 197. Sistem Kardiovaskular 198. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 199. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 200. Sistem Reproduksi 201. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 202. Sistem Hematologi dan Imunologi 203. Sistem Muskuloskeletal 204. Sistem Integumen
95.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang pasien laki-laki usia 45 tahun, berobat ke Poliklinik dengan keluhan mulut mencong tiba-tiba saat bangun tidur pagi. **TUGAS :** 39. Lakukan anamnesis pada pasien tersebut 40. Lakukan pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan neurologis 41. Sebutkan Diagnosis dan Diagnosis bandingpasien tersebut 42. Jelaskan terapi farmakologi dan non-farmakologi pada pasien tersebut
96.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 82. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 83. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 84. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 85. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 86. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 87. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 140. Penguji menilaianamnesisyang dilakukan peserta ujian

		Seorang pasien laki-laki usia 45 tahun, berobat ke Poliklinik dengan keluhan mulut mencong tiba-tiba saat bangun tidur pagi sejak 1 hari y.l. Kelopak mata kiri sulit menutup. Malamnya terpapar dengan angin kencang. Keluhan lain disangkal. Riwayat trauma kepala disangkal. 141. Penguji menilai pemeriksaan fisikyang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. Hasil Tanda Vital KU: kesadaran compos mentis, tampak sakit ringan TD: 120/80mmHg; N: 80x/menit; R: 18x/menit; t: 37^{O}C Status Neurologis: Asimetri wajah kiri Kerut kening kiri hilang/alis mata sebelah kiri tidak terangkat Lagoftalmus kiri Mulut mencong (sudut mulut tertarik ke kanan) Sulit menggembungkan pipi kiri → paresis N.VII sinistra LMN Pemeriksaan Nn. Cranialis lain dalam batas normal Kekuatan motorik dalam batas normal Refleks fisiologis dalam batas normal Sensorik dalam batas normal 142. Penguji menilai diagnosis yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis:Bell's palsy sinistra Diagnosis banding: Stroke batang otak 143. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian. *Massage* *Exercise* Fisioterapi (pemanasan dan elektrik) setelah 1 minggu onset 144. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Steroid: prednisone 4mg (4x4 tablet) selama 1 minggu Vit. B12 (mecobalamin) 3x500mg 145. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. Jangan menggunakan kompres panas selama 1 minggu pertama setelah onset Jangan mengunyah permen karet 146. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Ardi 45 th Laki-laki Karyawan swasta Menikah S1
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi	 Kelopak mata kirisulit menutupdan mulut mencong 1 hari y.l. Wajahkiri -

		• Karakteristik	-
		• Progresif	Tiba-tiba saat bangun tidur pagi dan menetap malamnya terpapar dengan angin kencang
		• Skala nyeri (bila perlu)	
		• Yang memperparah	-
		• Yang mengurangi	-
		• Usaha yang dilakukan	-
		• Keluhan lain	Tidak ditemukan keluhan sakit kepala, gangguan penglihatan, pendengaran, tersedak, bicara pelo, kelemahan tubuh, kebas/baal
		• Obat dipakai saat ini	-
		Riwayat penyakit dahulu	
		• penyakit relevan	Tekanan darah tinggi (-), kencing manis (-). Riwayat kepala terbentur disangkal.
		• tindakan bedah/terapi lain	-
		Riwayat penyakit keluarga	Tekanan darah tinggi (-), kencing manis (-).
		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	-
		• Rokok	Merokok 1 bungkus/hari
		• Narkoba	-
		• Seksual	Hubungan suami isteri baik
		• Alergi obat	-
		• Olahraga	Tidak pernah
		Riwayat kebiasaan	Sering mengendarai sepeda motor tanpa helm dan terpapar angin kencang
		Peran yang wajib ditunjukkan	Kerut kening kiri hilang atau tidak dapat mengangkat alis mata kiri, kelopak mata kiri sulit menutup, mulut mencong, sulit menggembungkan pipi kiri
147	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
148	Kebutuhan Laboran	**Tidak ada**/Ada, tugas:	
149	Kebutuhan Manekin	**Tidak ada**/Ada, tugas	
150	Kebutuhan Set Alat	5. Meja dokter 1 6. Kursi 2 7. Tempat tidur 1 8. Perlengkapan pemeriksaan fisik 1 (sphygmomanometer, stetoskop, thermometer, reflex hammer, kapas)	
151	Penulis	Nama Institusi	
152	Referensi		

TEMPLATE OSCE STATION

97.	Nomor Station	
98.	Judul Station	Psikiatri- Gangguan Bipolar Episode Manik (SKDI :02.09)
99.	Alokasi Waktu	15 menit
100	Tingkat	**Tingkat Kemampuan SKDI: 3A**

	Kemampuan Kasus yang Diujikan	Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.
101	Kompetensi Diujikan	**136. Anamnesis** **137. Pemeriksaan psikiatri** 138. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **139. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 140. Tatalaksananonfarmakoterapi **141. Tatalaksana farmakoterapi** **142. Komunikasi dan edukasi pasien** **143. Perilaku profesional**
102	Kategori Sistem Tubuh	205. Sistem Saraf **206. Psikiatri** 207. Sistem Indra 208. Sistem Respirasi 209. Sistem Kardiovaskular 210. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 211. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 212. Sistem Reproduksi 213. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 214. Sistem Hematologi dan Imunologi 215. Sistem Muskuloskeletal 216. Sistem Integumen
103	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang perempuan 28 tahun diantar keluarganya ke praktek dokter umum dengan keluhan bicara tak henti-henti **TUGAS :** 1. Lakukan wawancara psikiatrik 2. Tuliskan status mental PS pada rekam medis, berikan kepada penguji 3. Tetapkan diagnosis dan diagnosis banding dengan cara disampaikan pada Keluarga PS 4. Lakukan edukasi kepada PS untuk kelanjutan terapinya 5 Berikan resep untuk terapi farmakologik kepada pasien
104	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 88. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 89. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 90. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 91. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 92. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 93. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **INSTRUKSI KHUSUS** 1Penguji menilai anamnesis yang dilakukan peserta Peserta ujian menanyakan kepada keluarga pasien : l. Sejak kapan gejala ini timbul ? m. Apakah pasien mudah marah ? n. Apakah tidur terganggu ? o. Apakah lebih boros dari biasanya ? p. Apakah pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya ?

		q. Apakah dulu pernah ada gejala –gejala depresi sebelumnya : mengurung diri, sedih, menangis ? r. Apakah ada keluarga yang pernah mengalami penyakit yang sama ? s. Apakah ada menggunakan zat adiktif ? t. Apakah ada riwayat trauma kepala ? u. Apakah ada riwayat pembedahan ? v. Obat-obat apa yang sering dimakan ? w. Apakah ada riwayat alergi ? 2. Penguji menilai pemeriksaan status mental yang dilakukan peserta 1. Menilai penampilan umum : Pasien memakai pakaian dengan warna yang mencolok dengan dandanan yang berlebihan 2. Menilai Perilaku dan aktivitas psikomotor: hiperaktif 3. Memeriksa & Menilai Tingkat kesadaran: compos mentis, GCS E4 V5 M6 4. Memeriksa & Menilai Mood dan afek: *elevated*, labil 5. Menilai Pembicaraan: Arus cepat, nada suara biasa, produktivitas meningkat, isi kadang relevan kadang tidak. *flight of ideas* (+) 6. Memeriksa & Menilai Gangguan persepsi: adanya halusinasi pendengaran, mendengar suara –suara yang mengatakan penderita sangat cantik dan terkenal 7. Memeriksa & Menilai Bentuk pikiran: *Reality Testing Ability* terganggu, 8. Menilai Isi pikiran: Waham kebesaran (+) yakin dirinya artis terkenal 9. Memeriksa & Menilai Orientasi: baik 10. Memeriksa & Menilai Daya ingat: baik 11. Memeriksa & Menilai Konsentrasi dan perhatian: terganggu 12. Memeriksa & Menilai Visuospasial: baik 13. Memeriksa & Menilai Pikiran abstrak: baik 14. Menilai Pengendalian impuls: terganggu 15. Memeriksa & Menilai Penilaian terhadap realitas dan tilikan: tilikan derajat 1 Tanda Vital:TD: 120/ 80 mmHg; N: 88 x / menit; R: 16 /menit; t 37:^{O}C Kepala/leher: dalam batas normal Toraks: dalam batas normal Abdomen: dalam batas normal Ekstremitas: dalam batas normal 153. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: :Gangguan afektif bipolar, episode kini manik dengan gejala psikotik. Diagnosis Banding 1: Gangguan afektif bipolar, episode kini manik tanpa gejala psikotik Diagnosis Banding 2: Gangguan Skizoafektif Tipe Manik Diagnosis Banding 3: Skizofrenia Paranoid 154. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Peserta ujian memilih obat mood stabilizer (salah satu): Risperidone 2 mg 2x1 Quetiapine 2 x 250 mg Clozapine 100 mg 2xstgh Abilify 15mg 1x1 Kombinasi divalproat 2 dd 250 mg dengan Risperidone 1 dd 2 mg

		Divalproat 2 dd 250 mg Carbamazepine 2 dd 200 mg 155. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 156. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Rina 28 tahun perempuan Karyawati swasta Belum menikah D3
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 : bicara tak henti-henti dan mudah marah mulai menunjukkan gangguan seperti ini sejak 10 hari yang lalu . - - semakin lama semakin parah Perjalanan penyakit : diawali dengan tidak tidur-tidur, kemudian bicara terus-menerus, tidak bisa dipotong dan dihentikan, selalu ingin keluar rumah,keluyuran belanja-belanja hal yang tidak diperlukan, merasa tidak butuh tidur, tetap segar - kalau ada yang membantah perkataan pasien - - -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib**	 Enam bulan yang lalu, dijumpai gejala tidak mau keluar rumah, tidak mau berbicara, tidak mau makan, sering menangis, hal ini berlangsung sekitar 2 minggu, setelah dibawa berobat kemudian pulih kembali - - - - - Gairah seksual meningkat - - Berdandan menor, bicara tak henti-henti, sesekali

		ditunjukkan **Foto untuk mol**	bernyanyi, menggoda dokternya -
157	Tata Letak Station	Model 1	
158	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
159	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
160	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai : set poliklinik umum	
161	Penulis	Nama Dr. dr. Elmeida Effendy, M. Ked. K.J, Sp. K. J (K). Institusi: FK Universitas Sumatera Utara	
162	Referensi	1.Direktorat Kesehatan Jiwa, Dep.Kes.RI: PPDGJ (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa) III 1993 2.Sadock, B.J & Sadock, V.A.: Kaplan &Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry; 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA 2007	

TEMPLATE OSCE STATION

105	Nomor Station	
106	Judul Station	*Angina Pectoris (05 04)*
107	Alokasi Waktu	15 menit
108	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI:** *3B* *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus gawat darurat.)*
109	Kompetensi Diujikan	**144. Anamnesis** 145. Pemeriksaan fisik/psikiatri **146. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **147. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 148. Tatalaksananonfarmakoterapi **149. Tatalaksana farmakoterapi** **150. Komunikasi dan edukasi pasien** **151. Perilaku profesional**
110	Kategori Sistem Tubuh	217. Sistem Saraf 218. Psikiatri 219. Sistem Indra 220. Sistem Respirasi **221. Sistem Kardiovaskular** 222. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 223. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 224. Sistem Reproduksi 225. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 226. Sistem Hematologi dan Imunologi 227. Sistem Muskuloskeletal 228. Sistem Integumen
111	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki, usia 48 tahun datang ke praktik umum mengeluhkan nyeri dada kiri. **TUGAS :** 43. Lakukan anamnesis pada pasien! 44. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien 45. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan!

		46. Tegakkan diagnosis dan diagnosis banding! 47. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep, serahkan pada penguji/jelaskan pada pasien! 48. Komunikasikan dan berikan edukasi pada pasien terkait penyakit/tatalaksana/prognosisnya!
112	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 94. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 95. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 96. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 97. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 98. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 99. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 163. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Seorang laki-laki, usia 48 tahun datang ke praktik umum mengeluhkan nyeri dada kiri. Keluhan nyeri dada kiri dirasakan dalam 1 bulan terakhir, dan semakin memberat dalam 3 hari terakhir. Keluhan nyeri dada dirasakan saat pasien beraktifitas berat, nyeri dirasakan seperti dada tertindih benda berat dan tembus hingga ke punggung. Durasi 5 menit. Keringat dingin (-) mual (-) Riwayat merokok (+) 2 bungkus perhari. Riwayat hipertensi dan DM disangkal oleh pasien, dua saudara kandung pasien meninggal secara tiba-tiba. 164. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. ***KU:*** *Tanda Vital:* *Sens: CM* *TD: 135/85 mmHg* *N: 86/menit* *R: 16/menit;* *t:36^{O}C* *Hasil Pemeriksaan Fisik:* ***Kepala/leher:*** *Mata: tidak anemis dan tidak icteric* *hidung dan mulut tidak ada kelainan* *leher: tidak dijumpai benjolan di leher, TVJ R+2 mmHg* ***Toraks:*** *Inspeksi: dinding dada simetris* *Palpasi: dbn* *Auskultasi:suara pernafasan vesikuler, ronki (-); Suara jantung: S1 dan S2*

		normal, gallop (-) ***Abdomen**: soepel,hepar dan lien tidak teraba* ***Ekstremitas superior dan inferior:** akral hangat,oedem pretibial (-)* 165. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. *Jenis pemeriksaan lain:* ***EKG:** sinus rhytm (sinus ritme) dan ischemia anterolateral* ***Foto thoraks:** CTR: 46%, kongesti (-) infiltrate (-)* 166. Penguji menilai diagnosis dan diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. **Diagnosis: Angina Pectoris stabil** **Diagnosis Banding : 1. Angina Pectoris stabil** **2. Acute Coronary Syndrome (Sindrom koroner akut)** **3. Dyspepsia** **4. Angina on Hypertension** **5. Nyeri otot** 167. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. **R/ Aspirintablet 80mg, No. XXX** **S1ddTab1** **R/ IsoSorbide DiNitrate tablet 5mg, No. XC** **S3ddTab1** 168. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. **Konseling Pola Hidup:** **Olahraga secara teratur. Stop merokok. Hindari stress. Istirahat cukup.** **Konseling Diet:** **Hindari makanan yang berlemak. Hindari minuman beralkohol.** 169. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama	
		Usia	48 tahun
		Jenis kelamin	Laki-laki
		Pekerjaan	Karyawan BANK
		Status pernikahan	Duda
		Pendidikan terakhir	S1 Akuntansi
		Riwayat Penyakit Sekarang	
		• Keluhan Utama	Nyeri dada kiri
		• Sejak kapan/onset	1 bulan terakhir
		• Lokasi	Sub-sternal
		• Durasi/frekuensi	5 menit, frekuensi 2-4 kali per hari
		• Karakteristik	Seperti tertindih benda berat, tembus hingga ke punggung
		• Progresi	Intensitas memberat dalam 3 hari terakhir
		• Skala nyeri (bila	4-5

		perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Aktifitas berat Istirahat Istirahat, berhenti merokok sementara Tidak ada
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 Tidak ada Tidak ada (+) Sesekali (+) 2 bungkus sehari (-) (-) Tidak diketahui Beratkah penyakit yang diderita pasien? Apakah pasien akan meninggal mendadak seperti saudara-saudaranya? Posisi duduk. Muka cemas, dengan sesekali meringis kesakitan di daerah dada kiri.
170	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
171	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
172	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
173	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: Stetoskop, Tensi meter, Termometer, Gambar EKG, Gambar Foto Thorax	
174	Penulis	Nama : Anggia Chairuddin Lubis, Teuku Bob Haykal Institusi: Kardiologi FK USU	
175	Referensi	Guideline PERKI tahun 2012	

TEMPLATE OSCE STATION

113	Nomor Station	
114	Judul Station	*Takikardia – supraventricular ventricular (05 10)*
115	Alokasi Waktu	15 menit
116	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 3B** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus gawat darurat.
117	Kompetensi Diujikan	**152. Anamnesis** **153. Pemeriksaan fisik/psikiatri** **154. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **155. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 156. Tatalaksananonfarmakoterapi **157. Tatalaksana farmakoterapi** **158. Komunikasi dan edukasi pasien** 159. **Perilaku profesional**
118	Kategori Sistem	229. Sistem Saraf

	Tubuh	230. Psikiatri 231. Sistem Indra 232. Sistem Respirasi **233. Sistem Kardiovaskular** 234. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 235. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 236. Sistem Reproduksi 237. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 238. Sistem Hematologi dan Imunologi 239. Sistem Muskuloskeletal 240. Sistem Integumen
119	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 45 tahun datang ke klinik umum RS dengan keluhan jantung berdebar. **TUGAS :** 49. Lakukan anamnesis pada pasien! 50. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien 51. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan! 52. Tegakkan diagnosis dan dua (2) diagnosis banding! 53. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep, serahkan pada penguji/jelaskan pada pasien! 54. Komunikasikan dan berikan edukasi pada pasien terkait penyakit/tatalaksana/prognosisnya!
120	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 100. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 101. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 102. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 103. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 104. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 105. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 176. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Seorang laki-laki usia 45 tahun datang ke klinik umum RS dengan keluhanjantung berdebar. Keluhan ini dirasakan sejak 2 minggu yang lalu, terutama saat beraktifitas dan setelah minum kopi. Hal seperti ini belum pernah dirasakan sebelumnya. Pandangan kabur dan rasa hoyong tidak dijumpai. Selama ini pasien diketahui menderita darah tinggi tapi tidak mengkonsumsi obat secara teratur. 177. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *KU:*

		Tanda Vital: *Sens: CM* ***TD: 170/100 mmHg;*** ***N:108x/menit irreguler;*** *R: 22x/menit;* *t:36.7^{O}C* *Hasil Pemeriksaan Fisik:* ***Kepala/leher:*** *Mata: tidak anemis dan tidak icteric* *hidung dan mulut tidak ada kelainan* *leher: tidak dijumpai benjolan di leher, TVJ R+2 mmHg* ***Toraks:*** *Inspeksi: dinding dada simetris* *Palpasi: dbn* *Auskultasi:suara pernafasan vesikuler, ronki (-); Suara jantung:* ***S1 dan S2 ireguler,*** *gallop (-)* ***Abdomen****: soepel, hepar dan lien tidak teraba* ***Ekstremitas superior dan inferior:*** *akral hangat, oedem pretibial (-)* 178. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. *Jenis pemeriksaan lain:* ***EKG: atrial fibrilasi dan left ventricle hypertrophy*** ***Foto thoraks: CTR 56%. Apex tertanam (downward). Pinggang jantung mendatar. Kongesti (-)*** 179. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. **Diagnosis: Atrial Fibrilasi + Hipertensi** **Diagnosis Banding:Atrial Fibrilasi** **Atrial Flutter** **Supra ventricular tachycardia** 180. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. **R/ Captopril tablet 25 mg, no XC** **S3ddTab1** **R/ Bisoprolol tablet 2,5mg, no XXX** **S1ddTab1** **R/ Simarc 2 2 mg, no XXX** **S1ddTab1** 181. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. **Konseling Diet** **Pasien dianjurkan untuk menghindari minuman yang memicu berdebar, seperti kopi. Pasien dianjurkan untuk membatasi konsumsi garam** **Konseling Pola Hidup** **Pasien dianjurkan untuk berolah raga secara teratur.** 182. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.

	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	 45 tahun Laki-laki Kuli bangunan Menikah SMK
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Berdebar 2 minggu yang lalu Dada kiri Terus menerus Berdebar tidak beraturan Tidak berubah Tidak ada Aktifitas, minum kopi Istirahat Tidak berkerja Tidak ada
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 Darah tinggi Tidak ada Tidak ada Tidak Ya Tidak Normal Tidak diketahui Posisi: duduk Ekspresi wajah: cemas
183	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
184	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
185	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
186	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: Stetoskop, Tensi meter, Termometer, Gambar EKG, Gambar Foto Thorax	
187	Penulis	Nama: Anggia Chairuddin Lubis, Teuku Bob Haykal Institusi: Kardiologi FK USU	
188	Referensi	Guideline PERKI tahun 2012	

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor station	
2.	Judul station	Cardiorespiratory Arrest (5.8; SKDI 3B)
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan Pemeriksaan fisik, menegakkan diagnosis serta penatalaksanaan pada kasus syok hemoragik
5.	Kompetensi	160. Anamnesis **161. Pemeriksaan fisik/psikiatri** 162. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **163. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 164. **Tatalaksananonfarmakoterapi** 165. Tatalaksana farmakoterapi 166. Komunikasi dan edukasi pasien **167. Perilaku profesional**
6.	Kategori	241. Sistem Saraf 242. Psikiatri 243. Sistem Indra 244. Sistem Respirasi **245. Sistem Kardiovaskular** 246. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 247. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 248. Sistem Reproduksi 249. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 250. Sistem Hematologi dan Imunologi 251. Sistem Muskuloskeletal 252. Sistem Integumen
7.	Instruksi untuk peserta ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 65 tahun dibawa ke PUSKESMAS dengan keluhan utama nyeri dada, 2 menit kemudian pasien tidak bernafas. **TUGAS :** 10. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien tersebut 11. Tentukan Diagnosa pada pasien tersebut 12. Lakukan penanganan awal pada pasien tersebut
8.	Instruksi untuk penguji	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 65 tahun dibawa ke PUSKESMAS dengan keluhan utama nyeri dada, 2 menit kemudian pasien tidak bernafas. **TUGAS :** 1. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien tersebut 2. Tentukan Diagnosa pada pasien tersebut 3. Lakukan penanganan awal pada pasien tersebut **INSTRUKSI UMUM** 106. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 107. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 108. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 109. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 110. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 111. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas

sebagai penguji UK OSCE!

INSTRUKSI KHUSUS:

13. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta dalam melakukan pemeriksaan fisik
    1) **Peserta memeriksa kesadaran pasien** dengan menepuk bahu dan memanggil dengan suara keras, contoh buka mata pak, bangun pak
        - **Pasien tidak memberikan respon (unresponsive)**
    2) **Peserta memanggil bantuan**
    3) **Peserta melakukan pembebasan jalan nafas** dengan head tilt, chin lift, atau jaw trust



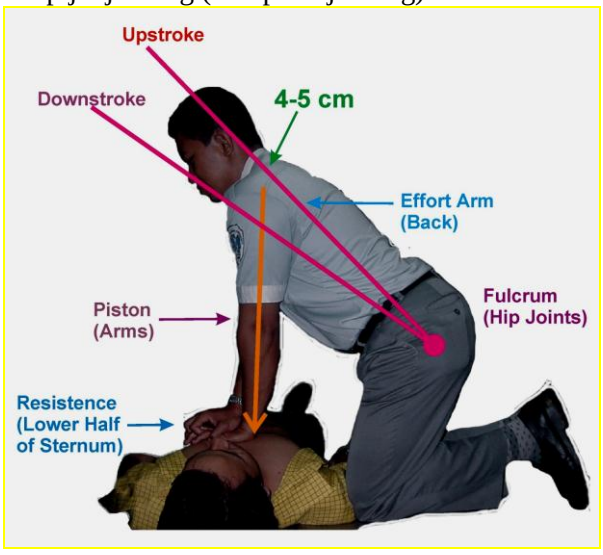
Gambar 1 Head Tilt dan Chin Lift



Gambar 2 Jaw Thrust

        - Pasien tidak bernafas
    4) **Meraba Arteri carotis**
        - Dimulai dari tengah, rasakan thachea, gerakkan jari kearah samping ke celah lateral thachea
        - **Arteri Carotis pasien tidak teraba**

14. Pasien didiagnosa dengan **Cardio-respiratory arrest**
15. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta dalam melakukan penanganan awal
    1) Melakukan pijat jantung (kompresi jantung)



Gambar 3 Pijat Jantung

        a. Penolong mengambil posisi tegak lurus diatas dada pasien dengan siku lurus menekan tulang dada sedalam 2 inci
        b. Pijatan dilakukan dengan kuat dan cepat
        c. Kompresi jantung dilakukan 30 pompaan dengan kecepatan 100 x/menit
        d. Biarkan dada relaksasi setelah kompresi (chest to recoil)
    2) Setelah tiga puluh kali pijatan jantung diikuti dengan pembebasan jalan nafas dan berikan 2 kali nafas buatan berurutan sela satu

		ekspirasi. Teknik/cara: a. Pertahankan posisi kepala tetap tengadah b. Jepit hidung dengan tangan yang mempertahankan kepala tetap tengadah c. Buka mulut penolong lebar-lebar sambil menarik nafas panjang d. Tempelkan mulut penolong diatas mulut korban dengan rapat. e. Hembuskan udara kemulut korban sampai terlihat dada terangkat/ bergerak naik, dengan waktu lebih dari 1 detik f. Lepaskan mulut penolong, biarkan udara keluar dari mulut korban, dada korban tampak bergerak turun. g. Berikan hembusan nafas kedua dengan cara yang sama 3) Pijat jantung dan nafas bantu dilanjutkan selama 2 menit atau lima siklus (30:2) 4) Melakukan penilaian apakah sudah ROSC (R*eturn of Spontaneous Circulation*) dengan perabaan nadi karotis dan menilai apakah nafas sudah kembali spontan. → ROSC dan nafas spontan. 5) Setelah itu, pasien diposisikan dalam *recovery position* 1) Tangan pasien yang paling dekat dengan peserta diletakkan keatas dengan siku sedikit tertekuk 2) Tangan yang berlawanan arah dengan peserta diseberangkan kearah pipi yang dekat dengan peserta 3) Kaki yang berlawanan dengan peserta di tekukkan dan di tarik kearah peserta sampai pasien menghadap peserta 4) Pastikan jalan nafas terbuka dan pasien bernafas dengan baik sampai penolong lain datang Gambar Recovery Position 6) Pasien dirujuk ke rumah sakit dengan fasilitas perawatan intensif (ICU).
	Instruksi untuk pasien standar	Nama : Rentang usia : … tahun Jenis kelamin : Pekerjaan : Status : pernikahan : Pendidikan terakhir **Riwayat penyakit sekarang** • Keluhan utama : • Sejak kapan : • Perjalanan penyakit : • Keluhan lain terkait keluhan utama : • Hal-hal yang memperburuk keluhan: • Hal-hal yang mengurangi keluhan: • Riwayat pengobatan sekarang: **Riwayat penyakit dahulu** • **Riwayat penyakit keluarga** • **Riwayat kebiasaan sosial** • Olah raga: • Diet :

		• Riwayat lingkungan dan kebiasaan sehari-hari: • Dst. **Peran yang harus dilakukan** • (Bila perlu sertakan foto)
9.	Tata letak Station	Model *station* 1 (klinik umum/ Puskesmas)
10.	Kebutuhan Laboran	Ada, untuk membantu men set ulang peralatan habis pakai
11.	Kebutuhan Manekin	Ada, Manekin RJPO (CPR)
12.	Kebutuhan Set Alat	- Setting ruangan dokter pasien - Meja dan kursi dokter 1 set - Kursi pasien 1 buah - Meja dan kursi penguji 1 set - Meja peralatan 1 buah - Bed pemeriksaan 1 set - Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah - Spygmomanometer raksa 1 buah - Stetoskop 1 buah - Termometer raksa untuk aksila 1 buah - Penlight 1 buah - Alkohol gliserin spray 1 botol - Timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan 1 buah 15 lembar - Rekam medis 1 bendel - Blanko pemeriksaan penunjang 1 bendel - Blanko resep 1 buah - Tempat sampah medis tertutup 1 buah - Tempat sampah nonmedis 1 kotak - Tissue 1 buah - Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) 1 buah 1 buah - Ballpoint 1 buah - Sarung tangan (glove) 1 buah - Manequine 1 buah - Manequin tangan untuk kanulasi vena perifir 1 buah - Tiang infus 1 buah - Cairan infus (Ringer Laktat) 1 buah - Set infus 1 buah - iv-catheter (jarum infus) no: 18 G 1 buah - karet untuk torniket (pembendung) 1 buah - alkohol 70%, kasa atau kapas, 1 buah - plester 1 buah - gunting 1 buah - nier bekken (bengkok) - penlight
12.	Penulis	dr. Cut Meliza Zainumi Mked (An) SpAn Institusi: Universitas Sumatera Utara
13.	Referensi	

TEMPLATE OSCE STATION

1	NomorStation	
1	JudulStation	*Sistem Hematologi dan imunologi-DHF (SKDI: 10.19)*
1	AlokasiWaktu	15 menit
1	Tingkat KemampuanKasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampumendiagnosis, melakukanpenatalaksanaansecaramandiridantuntas.
1	KompetensiDiujikan	168. Anamnesis **169. Pemeriksaanfisik** **170. Interpretasi data/kemampuanproseduralpemeriksaanpenunjang** **171. Penegakan diagnosis dandiagnosis banding** 172. Tatalaksananonfarmakoterapi 173. Tatalaksana farmakoterapi **174. Komunikasidanedukasipasien** **175. Perilakuprofessional**
1	KategoriSistem Tubuh	253. SistemSaraf 254. Psikiatri 255. SistemIndra 256. SistemRespirasi 257. SistemKardiovaskular 258. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, danPankreas 259. SistemGinjaldanSaluranKemih 260. SistemReproduksi 261. SistemEndokrin, Metabolisme, danNutrisi **262. SistemHematologidanImunologi** 263. SistemMuskuloskeletal 264. SistemIntegumen
1	Instruksi PesertaUjian	**<u>SKENARIO KLINIK:</u>** Seorang wanita, 30 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan utama demam 3 hari ini, demam tiba-tiba, bersifat naik turun, tetapi tidak pernah mencapai suhu normal. Demam turun bila pasien minum obat paracetamol. Demam diserta nyeri kepala terutama di dahi sampai ke belakang mata. Mual muntah tidak dijumpai. Riwayat perdarahan spontan seperti mimisan, gusi berdarah, bintik-bintik merah di kulit, BAK merah dan BAB hitam tidak dijumpai. **<u>TUGAS :</u>** 7. Lakukanpemeriksaanfisik berupa pemeriksaan Rumpe Lead dan Bleeding timemetode Ivy padapasien dan lakukan interpretasinya! 8. Usulkanjenispemeriksaanpenunjangdanlakukaninterpretasiatas data yang didapatkan! 9. Tegakkan diagnosis dandua (2) diagnosis banding!
1	Instruksi Penguji	**<u>INSTRUKSI UMUM</u>** 112. Pastikanidentitaspesertaujianpadakartuujiansesuaidenganidentitaspadakomputer! 113. Tulislah 5 digit terakhirdarinomorpesertaujianpadalembarnilaitulis! 114. Amatilahdanberilahskor (0/1/2/3) atastugas yang dikerjakanpesertaujiansertaskor*Global Rating* sesuairubrikpenilaianpadalembarnilaitulisdankomputer! 115. Hindarilahinterupsidan/atautindakanselaindaripada yang dimintadalaminstruksipenguji! 116. Berikaninformasi/hasil yang dibutuhkansecaralisan/tulisanhanyaapabilapesertaujiantelahmelakukandan/ataumengusulkanjenispemeriksaan yang dimaksud (perhatikaninstruksikhusus)! 117. Taatilahperaturansertaetikapengujiselamamenjalankantugassebagaipenguji UK OSCE!

INSTRUKSI KHUSUS

189. Pengujimenilai*pemeriksaanfisik*yang dilakukanolehpesertaujian Bilapesertaujianmelakukanpemeriksaan di bawahini, pengujimenyampaikanhasilpadapeserta.

Rumple lead
Cara :
Peserta memasang manset, manset dipompa untuk mengukur tekanan darah lebih dahulu (Tekanan Darah : 120/80). Oleh karena TD 120/80 maka untuk rumple lead manset di pompa kan kembali ke level 100 mmHg, lalu di kunci dan dibiarkan selama 10 menit. Setelah 10 menit manset dikempiskan (kunci dibuka), dan biarkan warna kulit pada tangan kembali normal setelah itu di evaluasi hasil rumple lead tersebut. Yaitu dengan memperhatikan ptekie yang terjadi pada daerah 3 jari di bawah fossa cubiti.
Interpretasi : dalam diameter 1 inchi atau 2,5 cm dijumpai ptekie > 10 maka rumple lead positif. Bila kurang dari itu rumplead negatif. Pada pasien ini dijumpai ptekie sebangayk 25 buah.

Bleeding Time / Waktu perdarahan
Cara : Pasang manset, manset di pompa seperti melakukan pemeriksaan tekanan darah, dipompa ke level 40 mmHg, dan dikunci (dipertahankan). Ambil jarum hemolet dan di tusukkan dengan cepat ke daerah folar lengan bawah sekitar 3 jari di bawah fossa cubiti, dengan kedalaman jarum kurang lebih 3 mm. Pasang stopwatch begitu mulai terbentuknya perdarahan. Ambil kertas saring, dan hapus secara lembut perdarahan yang terbentuk setiap 30 detik (tanpa menekan hanya menghapus). Lalu hitung berapa lama perdarahan benar2 berhenti, yang ditandai tidak ada lagi bercak darah saat kertas saring dihapus.
Interpretasi : Normal < 6 menit (pada pasien ini BT 3 menit)

190. Pengujimenilaiinterpretasi data/kemampuanproseduralpemeriksaanpenunjang.

Hasil Darah rutin, meliputi :
Hb : 12 gr/dl, Hematokrit : 36%, Lekosit : 3.000/mm3, Trombosit : 102.000 /mm3.

191. Pengujimenilai diagnosis dandua (2) diagnosis banding yang ditegakkanolehpesertaujian.
Diagnosis:DHF grade I
Diagnosis Banding 1:Chikungunya
Diagnosis Banding 2: Demam tipoid
Diagnosis Banding 3:Campak/Morbili

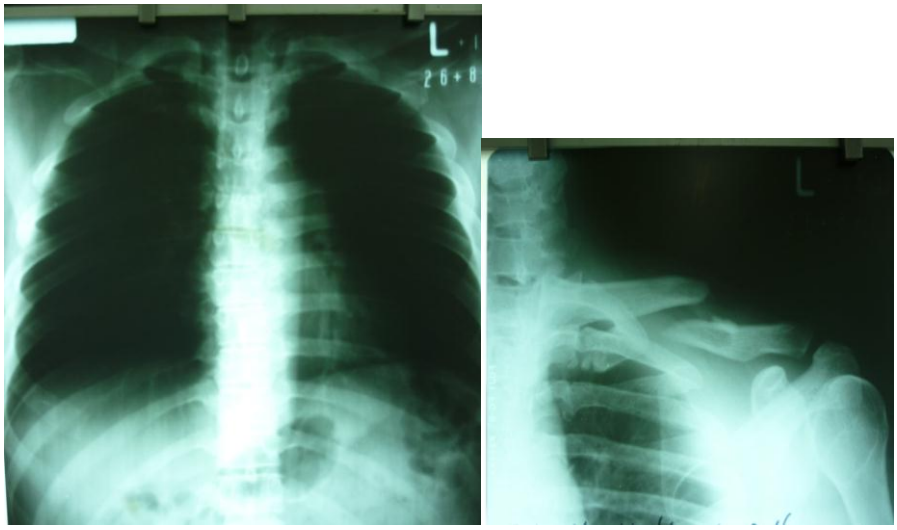
192. Pengujimenilaikomunikasidanedukasi yang disampaikanpesertaujiankepadapasien.
Edukasi :minum yang banyak, untuk menjaga cairan tetap tidak terjadi dehidrasi dan hemokonsentrasi. Bila minum tidak bisa, atau muntah2, maka disarankan untuk mendapatkan cairan intravena (diinfus). Selain itu ok Hb dan Hematokrit normal dan trombosit > 100.000 dan tidak ada muntah serta makan minum masih bisa maka pada pasien ini masih boleh berobat jalan dengan catatan pasien harus balik kembali memeriksakan darah rutinnya 24 jam kemudian. Bila 24 jam kemudian :

- Hb, Ht normal tetapi trombosit turun < 100.000 maka disarankan rawat inap, atau
- Hb, Ht meningkat, trombosit > 100.000 tetap disarankan rawat inap, atau
- Hb, Ht meningkat dan trombosit < 100.000 disarankan rawat inap

		193. Pengujimenilaiperilakuprofesional yangditunjukkanolehpesertaujian.	
	Instruksi PasienStandar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	- - - - - -
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 - - - - - - - - - - -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 - - - - - - - - - - -
1	Tata Letak Station	Model 1	
1	KebutuhanLaboran	Ada	
1	KebutuhanManekin	Ada	
1	Kebutuhan Set Alat	Tensi meter, hemolet, stop watch, kertas saring, handscoon.	
1	Penulis	dr. Heny Syahrini, SpPD Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK USU	
1	Referensi	Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam FKUI	

TEMPLATE OSCE STATION

12	Nomor Station	
13	Judul Station	*Sistem Musculoskeletal–Fraktur Klavikula (SKDI: 11.03)*
13	Alokasi Waktu	15 menit
13	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	*3A* *(Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.)*
13	Kompetensi Diujikan	**176. Anamnesis** **177. Pemeriksaan fisik** **178. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **179. Penegakan diagnosis** dandiagnosis banding **180. Tatalaksananonfarmakoterapi** **181. Tatalaksana farmakoterapi** **182. Komunikasi dan edukasi pasien** 183. **Perilaku professional**
13	Kategori Sistem Tubuh	265. Sistem Saraf 266. Psikiatri 267. Sistem Indra 268. Sistem Respirasi 269. Sistem Kardiovaskular 270. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 271. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 272. Sistem Reproduksi 273. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 274. Sistem Hematologi dan Imunologi **275. Sistem Muskuloskeletal** 276. Sistem Integumen
13	Instruksi Peserta Ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki 31 tahun datang ke IGD dengan keluhan utama nyeri pada bahu kiri. Primary survey clear  **TUGAS :** 55. Lakukan anamnesa 56. Lakukan pemeriksaan fisik berdasarkan look feel move 57. Meminta pemeriksaan penunjang yang tepat (plain x ray thorax/klavikula) dan interpretasi data pemeriksaan 58. Menegakkan diagnosa 59. Lakukan tatalaksana awal non farmako (imobilisasi dengan arm sling/figure of eight bandage) 60. Memberikan resep farmako

13	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 118. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 119. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 120. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 121. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 122. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 123. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS 200. Penguji menilai *anamnesis* yang dilakukan peserta ujian 201. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik* *KU: nyeri bahu kiri* *Tanda Vital: TD:120 /80 mmHg; N: 100 /menit; R: 24 /menit; t:37^{O}C* *Kepala/leher: dbn* *Toraks:dbn* *Abdomen:dbn* *Ekstremitas:dbn* *Status Lokalis:* *Look: swelling + pada 1/3 tengah regio klavikula kiri,tidak ada lacerasi ataupun ekskoriasi* *Feel: nyeri tekan +, sensorik normal, pulsasi a, radialis dan ulnaris dbn* *Move : rom shoulder terbatas karena nyeri (do no harm), gerakan sendi extremitas atas lainnya dbn* *Jenis pemeriksaan penunjang* *X ray Thorax dan klavikula kiri*  202. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. X ray thorax / klavikula kiri Tampak diskontinuitas pada 1/3 tengah tulang klavikula kiri, dengan displacement yang jelas dijumpai.

		203. Penguji menilai diagnosis kerja: fraktur tertutup 1/3 tengah klavikula kiri 204. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian. Imobilisasi dengan menggunakan arm sling / figure of eight bandage 205. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Nsaid: cox inhibitor 2 x 7,5/15mg atau PCT 3x 500mg atau As.Mefenamat 3x500mg dll 206. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. Konseling keamanan saat berkendara : menggunakan sepatu dan helm saat mengendarai sepeda motor. Perlengkapan sepeda motor lengkap (spion, lampu, dll) 207. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian. Mengenalkan diri Meminta izin sebelum melakukan pemeriksaan Menunjukkan rasa hormat kepada pasien	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Udin 31 Laki-laki Seniman Belum menikah S1
		Riwayat Penyakit Sekarang	2 jam sebelumnya pasien mengalami kecelakaan saat mengendarai sepeda motor, sepeda motor pasien ditabrak oleh pengendara sepeda motor lain dari arah kanan, sehingga pasien kehilangan keseimbangan dan terjatuh ke arah kiri. Pasien terjatuh dengan posisi bahu kiri terjatuh lebih dulu menahan berat badan pasien. Pasien memakai helm, sadar penuh dari awal kejadian, tidak ada riwayat mual dan muntah setelah kejadian. Kemudian pasien dibawa ke RS oleh orang disekitar tempat kejadian.
		• Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik	Nyeri 2 jam smrs Bahu kiri Terus menerus Nyeri terlokalisir pada daerah tulang klavikula kiri
		• Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	Bila bahu kiri digerakkan Bila pasien tidak bergerak Tidak menggerakkan bahu kiri -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain	 - -

		Riwayat penyakit keluarga **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk molase**	 - + - - - Apa tulang saya patah? Kalau iya, patah tulang apa? Apa bisa sembuh? Apa harus dioperasi? Pasien cenderung malas menggerakkan tubuhnya, rasa nyeri bertambah saat bahu digerakkan (gambaran klinis untuk patokan model pasien) 
20	Tata Letak Station	Model 2	
20	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
21	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
21	Kebutuhan Set Alat	1. Meja dokter 2. Kursi dokter dan pasien 3. Tempat tidur periksa pasien 4. Alat-alat pemeriksaan fisik (sphygmomanometer, stetoskop, termometer) 5. Arm sling/figure of eight bandage	
21	Penulis	dr. Iman Dwi Winanto, SpOT Departemen Bedah Orthopedi FK USU	
21	Referensi	1. Rockwood and green's fracture in adults 7th ed 2. Handbook of fracture 3rd ed Kenneth J Koval & Joseph D Zuckerman	

TEMPLATE OSCE STATION

137	Nomor Station	
138	Judul Station	*Psikiatri - Gangguan Bipolar Episode Manik (SKDI: 02.09)*
139	Alokasi Waktu	15 menit
140	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 3A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.
141	Kompetensi Diujikan	**184. Anamnesis** **185. Pemeriksaan psikiatri** 186. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **187. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 188. Tatalaksananonfarmakoterapi **189. Tatalaksana farmakoterapi** **190. Komunikasi dan edukasi pasien** **191. Perilaku profesional**
142	Kategori Sistem	277. Sistem Saraf

	Tubuh	**278. Psikiatri** 279. Sistem Indra 280. Sistem Respirasi 281. Sistem Kardiovaskular 282. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 283. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 284. Sistem Reproduksi 285. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 286. Sistem Hematologi dan Imunologi 287. Sistem Muskuloskeletal 288. Sistem Integumen
143	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang perempuan 28 tahun diantar keluarganya ke praktek dokter umum dengan keluhan bicara tak henti-henti **TUGAS :** 1. Lakukan wawancara psikiatrik 2. Tuliskan status mental PS pada rekam medis, berikan kepada penguji 3. Tetapkan diagnosis dan diagnosis banding dengan cara disampaikan pada Keluarga PS 4. Berikan resep untuk terapi farmakologik kepada pasien 5. Lakukan edukasi kepada PS untuk kelanjutan terapinya
144	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 124. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 125. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 126. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 127. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 128. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 129. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS 1. Penguji menilai anamnesis yang dilakukan peserta Peserta ujian menanyakan kepada keluarga pasien : x. Sejak kapan gejala ini timbul ? y. Apakah pasien mudah marah ? z. Apakah tidur terganggu ? aa. Apakah lebih boros dari biasanya ? bb. Apakah pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya ? cc. Apakah dulu pernah ada gejala –gejala depresi sebelumnya : mengurung diri, sedih, menangis ? dd. Apakah ada keluarga yang pernah mengalami penyakit yang sama ? ee. Apakah ada menggunakan zat adiktif ? ff. Apakah ada riwayat trauma kepala ? gg. Apakah ada riwayat pembedahan ? hh. Obat-obat apa yang sering dimakan ? ii. Apakah ada riwayat alergi ? 2. Penguji menilai pemeriksaan status mental yang dilakukan peserta a. Menilai penampilan umum : Pasien memakai pakaian dengan warna yang mencolok dengan dandanan yang berlebihan

		b. Menilai Perilaku dan aktivitas psikomotor: hiperaktif c. Memeriksa & Menilai Tingkat kesadaran: compos mentis, GCS E4 V5 M6 d. Memeriksa & Menilai Mood dan afek: *elevated*, labil e. Menilai Pembicaraan: Arus cepat, nada suara biasa, produktivitas meningkat, isi kadang relevan kadang tidak. *flight of ideas* (+) f. Memeriksa & Menilai Gangguan persepsi: adanya halusinasi pendengaran, mendengar suara –suara yang mengatakan penderita sangat cantik dan terkenal g. Memeriksa & Menilai Bentuk pikiran: *Reality Testing Ability* terganggu, h. Menilai Isi pikiran: Waham kebesaran (+) yakin dirinya artis terkenal i. Memeriksa & Menilai Orientasi: baik j. Memeriksa & Menilai Daya ingat: baik k. Memeriksa & Menilai Konsentrasi dan perhatian: terganggu l. Memeriksa & Menilai Visuospasial: baik m. Memeriksa & Menilai Pikiran abstrak: baik n. Menilai Pengendalian impuls: terganggu o. Memeriksa & Menilai Penilaian terhadap realitas dan tilikan: tilikan derajat 1 Tanda Vital:TD: 120/ 80 mmHg; N: 88 x / menit; R: 16 /menit; t 37:^{O}C Kepala/leher: dalam batas normal Toraks: dalam batas normal Abdomen: dalam batas normal Ekstremitas: dalam batas normal 214. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis : Gangguan afektif bipolar, episode kini manik dengan gejala psikotik. Diagnosis Banding 1: Gangguan afektif bipolar, episode kini manik tanpa gejala psikotik Diagnosis Banding 2: Gangguan Skizoafektif Tipe Manik Diagnosis Banding 3: Skizofrenia Paranoid 215. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Peserta ujian memilih obat mood stabilizer (salah satu): Risperidone 2 mg 2x1 Quetiapine 2 x 250 mg Clozapine 100 mg 2xstgh Abilify 15mg 1x1 Kombinasi divalproat 2 dd 250 mg dengan Risperidone 1 dd 2 mg Divalproat 2 dd 250 mg Carbamazepine 2 dd 200 mg 216. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 217. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Rina 28 tahun perempuan Karyawati swasta Belum menikah D3
		Riwayat Penyakit	

		Sekarang	
		• Keluhan Utama	bicara tak henti-henti dan mudah marah
		• Sejak kapan/onset	mulai menunjukkan gangguan seperti ini sejak 10 hari yang lalu .
		• Lokasi	-
		• Durasi/frekuensi	-
		• Karakteristik	semakin lama semakin parah
		• Progresi	Perjalanan penyakit : diawali dengan tidak tidur-tidur, kemudian bicara terus-menerus, tidak bisa dipotong dan dihentikan, selalu ingin keluar rumah, keluyuran belanja-belanja hal yang tidak diperlukan, merasa tidak butuh tidur, tetap segar
		• Skala nyeri (bila perlu)	-
		• Yang memperparah	kalau ada yang membantah perkataan pasien
		• Yang mengurangi	-
		• Usaha yang dilakukan	-
		• Obat dipakai saat ini	-
		Riwayat penyakit dahulu	
		• penyakit relevan	Enam bulan yang lalu, dijumpai gejala tidak mau keluar rumah, tidak mau berbicara, tidak mau makan, sering menangis, hal ini berlangsung sekitar 2 minggu, setelah dibawa berobat kemudian pulih kembali.
		• tindakan bedah/terapi lain	-
		Riwayat penyakit keluarga	-
		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	-
		• Rokok	-
		• Narkoba	-
		• Seksual	Gairah seksual meningkat
		• Alergi obat	-
		Pertanyaan wajib oleh PS	-
		Peran yang wajib ditunjukkan	Berdandan menor, bicara tak henti-henti, sesekali bernyanyi, menggoda dokternya
		Foto untuk mol	-
218	Tata Letak Station	Model 1	
219	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
220	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
221	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai : set poliklinik umum	
222	Penulis	Dr. dr. Elmeida Effendy, M. Ked. K.J, Sp. K. J (K). FK Universitas Sumatera Utara	
223	Referensi	1. Direktorat Kesehatan Jiwa, Dep.Kes.RI: PPDGJ (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa) III 1993 2. Sadock, B.J & Sadock, V.A.: Kaplan &Sadock's Synopsis of Psychiatry,	

		Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry; 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA 2007

TEMPLATE OSCE STATION

145	Nomor Station	
146	Judul Station	Psikiatri- Gangguan Somatisasi (somatoform) (SKDI :02.26)
147	Alokasi Waktu	15 menit
148	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4 A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas
149	Kompetensi Diujikan	**192. Anamnesis** **193. Pemeriksaan psikiatri** 194. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **195. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 196. Tatalaksananonfarmakoterapi 197. Tatalaksana farmakoterapi **198. Komunikasi dan edukasi pasien** **199. Perilaku profesional**
150	Kategori Sistem Tubuh	289. Sistem Saraf **290. Psikiatri** 291. Sistem Indra 292. Sistem Respirasi 293. Sistem Kardiovaskular 294. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 295. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 296. Sistem Reproduksi 297. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 298. Sistem Hematologi dan Imunologi 299. Sistem Muskuloskeletal 300. Sistem Integumen
151	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang perempuan 29 tahun, belum menikah diantar keluarganya ke puskesmas dengan keluhan sakit kepala, rasa kembung dan mual **TUGAS :** 1. Lakukan wawancara psikiatrik 2. Tuliskan status mental PS pada rekam medis, berikan kepada penguji 3. Tetapkan diagnosis dan diagnosis banding dengan cara disampaikan pada Keluarga PS 4. Lakukan edukasi kepada PS untuk kelanjutan terapinya 5 Berikan resep untuk terapi farmakologik kepada pasien
152	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 130. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 131. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 132. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 133. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 134. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 135. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai

penguji UK OSCE!

INSTRUKSI KHUSUS

1Penguji menilai anamnesis yang dilakukan peserta
Peserta ujian menanyakan kepada keluarga pasien :

jj. Sejak kapan gejala ini timbul ?
kk. Kemana saja sudah berobat ?
ll. Apakah ada perbaikan ?
mm. Apakah pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya ?
nn. Apakah dulu pernah ada gejala –gejala depresi sebelumnya : mengurung diri, sedih, menangis ?
oo. Apakah ada keluarga yang pernah mengalami penyakit yang sama ?
pp. Apakah ada menggunakan zat adiktif ?
qq. Apakah ada riwayat trauma kepala ?
rr. Apakah ada riwayat pembedahan ?
ss. Obat-obat apa yang sering dimakan ?
tt. Apakah ada riwayat alergi ?

2. Penguji menilai pemeriksaan status mental yang dilakukan peserta

1. Menilai penampilan umum : Pasien memakai pakaian cukup rapi
2. Menilai Perilaku dan aktivitas psikomotor : normoaktif
3. Memeriksa & Menilai Tingkat kesadaran: compos mentis, GCS E4 V5 M6
4. Memeriksa & Menilai Mood dan afek:eutimik, appropriate
5. Menilai Pembicaraan: Arus biasa, nada suara biasa, produktivitas biasa, isi relevan
6. Memeriksa & Menilai Gangguan persepsi: tidak ada gangguan
7. Memeriksa & Menilai Bentuk pikiran: *Reality Testing Ability* baik
8. Menilai Isi pikiran: preokupasi dengan keluhan-keluhannya
9. Memeriksa & Menilai Orientasi: baik
10. Memeriksa & Menilai Daya ingat: baik
11. Memeriksa & Menilai Konsentrasi dan perhatian: baik
12. Memeriksa & Menilai Visuospasial: baik
13. Memeriksa & Menilai Pikiran abstrak: baik
14. Menilai Pengendalian impuls: baik
15. Memeriksa & Menilai Penilaian terhadap realitas dan tilikan: tilikan derajat 4

Tanda Vital:TD: 120/ 80 mmHg; N: 88 x / menit; R: 16 /menit; t 37:^{O}C
Kepala/leher: dalam batas normal
Toraks: dalam batas normal
Abdomen: dalam batas normal
Ekstremitas: dalam batas normal

Hasil laboratorium : dalam batas normal
Heda ct scan : dalam batas normal
EEG : dalam batas normal
USG abdomen, obgyn : dalam batas normal

224. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian.
Diagnosis: : gangguan somatisasi

		Diagnosis banding 1: hipokondriasis Diagnosis banding 2 : gangguan nyeri somatoform 225. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. 226. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. Menganjurkan pasien dan keluarganya untuk berobat ke satu dokter saja,tidak berpindah-pindah dokter Menganjurkan pasien berkunjung ke dokter secara terjadwal Menjelaskan pada pasien dan keluarga untuk menghindari pemeriksaan penunjang yang tidak diperlukan Mengatakan pada pasien bahwa kemungkinan faktor psikologis berperan dalam timbulnya gejala-gejala fisik 227. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Rina 29 tahun Perempuan Karyawati swasta Belum menikah D3
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi	 sakit kepala, rasa kembung dan mual sejak lebih dari 2 tahun yang lalu berbagai tempat, pindah-pindah Banyak keluhan dan pindah-pindah Perjalanan penyakit : selain itu pasien juga sering mengalami gangguan haid, hoyong dan merasa lemah pada kakinya, tapi dapat berjalan biasa. Selain itu juga mengeluhkan sakit pada persendian, tahun lalu mengeluh sakit punggung dan sakit di daerah pundak. Selalu sibuk mencari pengobatan, baik ke dokter umum, dokter spesialis dalam dan luar negri, dan sudah dilakukan pemeriksaan laboratorium, scan, MRI dan berbagai pemeriksaan penunjang yang canggih namun tidak pernah ditemukan adanya gangguan. Pasien juga sudah mencoba berbagai pengobatan alternatif , namun keluhan-keluhan itu tetap datang silih berganti. Dokter yang memeriksa baik dari dalam maupun luar negri selalu berusaha menjelaskan bahwa tidak dijumpai kelainan fisik yang dapat menjelaskan keluhan-keluhan pasien, Namun pasien tetap tidak puas dan tetap berusaha mencari dokter-dokter lain yang bisa menemukan apa penyakitnya. Akibat kondisi yang dirasakannya, pasien yang sebelumnya bekerja sebagai

			karyawati swasta terpaksa mengundurkan diri dari pekerjaannya , dan tidak telaten lagi mengurus rumah tangga. Karena keuangan sudah habis untuk berobat kemana-mana, pasien memutuskan berobat ke puskesmas dan membawa hasil-hasil pemeriksaan yang sudah dijalaninya
		• Skala nyeri (bila perlu)	-
		• Yang memperparah	Jika keluarga mendukung untuk mencari pengobatan yang lebih canggih untuk mengetahui penyakit pasien
		• Yang mengurangi	-
		• Usaha yang dilakukan	Mencari berbagai dokter dan pengobatan
		• Obat dipakai saat ini	-
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain	-
		Riwayat penyakit keluarga	-
		Riwayat pribadi (relevan) • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat	- - - - -
		Pertanyaan wajib oleh PS	-
		Peran yang wajib ditunjukkan	Seorang perempuan raut wajah biasa, berpakaian cukup rapi
		Foto untuk mol	-
228	Tata Letak Station	Model 1	
229	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
230	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
231	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai : set poliklinik umum	
232	Penulis	Nama : Dr. dr. Elmeida Effendy, M. Ked. K.J, Sp. K. J (K). Institusi: FK Universitas Sumatera Utara	
233	Referensi	1.Direktorat Kesehatan Jiwa, Dep.Kes.RI: PPDGJ (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa) III 1993 2.Sadock, B.J & Sadock, V.A.: Kaplan &Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry; 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA 2007	

TEMPLATE OSCE STATION

153	Nomor Station	*Contoh: 5*
154	Judul Station	*Sistem gastrointestinal, hepatobilier, dan pankreas - Gastritis*

155	Alokasi Waktu	15 menit
156	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu anamnesa, pemeriksaan fisik, mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan farmakoterapi secara mandiri dan tuntas.
157	Kompetensi Diujikan	**200. Anamnesis** **201. Pemeriksaan fisik/psikiatri** **202. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **203. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 204. Tatalaksananonfarmakoterapi **205. Tatalaksana farmakoterapi** **206. Komunikasi dan edukasi pasien** **207. Perilaku professional**
158	Kategori Sistem Tubuh	301. Sistem Saraf 302. Psikiatri 303. Sistem Indra 304. Sistem Respirasi 305. Sistem Kardiovaskular **306. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas** 307. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 308. Sistem Reproduksi 309. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 310. Sistem Hematologi dan Imunologi 311. Sistem Muskuloskeletal 312. Sistem Integumen
159	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang pria berusia 55 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan nyeri uluhatisejak 3 hari ini. **TUGAS :** 61. Lakukan anamnesis pada pasien 62. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien 63. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan, sampaikan pada penguji 64. Tegakkan diagnose dan 2 diagnose banding, sampaikan kepada penguji 65. Berikan tatalaksanafarmakologi pada penderita tersebut, berikan resep kepada penguji.
160	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 136. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 137. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 138. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 139. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 140. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 141. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 234. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian

Anamnesis:

- **Berapa lama (3 hari)**
- **Lokasi (uluhati , tidak ada penjalaran nyeri)**
- **Hal yang memperberat : nyeri bertambah berat pada saat lapar dan malam hari**
- **Hal yang memperingan: nyeri berkurang setelah makan**
- **Demam (-), penurunan berat badan (-)**
- **RPT: OA genu (sakit sendi lutut) (+), DM (-), hipertensi (-)**
- **RPO :*NSAID (obat penghilang rasa nyeri)***
- **Riwayat keluarga (-)**
- **Habit: perokok**

235. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*/*psikiatri*yang dilakukan oleh peserta ujian
Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta.

Hasil Pemeriksaan Fisik/Psikiatri
KU: tampak sakit sedang

Tanda Vital:TekananDarah:120/80/ mmHg; frekuensi Nadi:86x/menit;T/V cukupfrekuensi nafas:20x/menit; temperatur :36,5:^{O}C, VAS 5
Kepala/leher: tidak anemis, tidak icteric, tidak ada pembesaran kelenjar limfe

Toraks:
Inspeksi : simetris
Auskultasi: suara nafas vesikuler, suara tambahan tidak ada
Perkusi : sonor
Palpasi : stem fremitus kanan kiri sama

Abdomen:
Palpasi : **Hepar/Lien/Ren tidak teraba,nyeri tekan epigastrium, tidak teraba massa.**
Peristaltik normal

Ekstremitas : udem tidak ada

236. Penguji memberikan data bila peserta meminta, penguji menilai interpretasi data.

Pemeriksaan Penunjang:

- **Darah Rutin :**
  Hb : 14 gr/dl, Leukosit : 6500/mm3, Trombosit : 250.000/mm3,
- **EKG: Normal**

237. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian.
Diagnosis: Gastritis
Diagnosis Banding 1:Cholelithiasis
Diagnosis Banding 2:Cholecystitis
Diagnosis Banding 3:GERD
Diagnosis Banding 4: *Acute Coronary Syndrome*

238. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian.
Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian.

Obat diberikan 3 - 5 hari

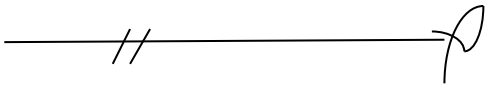
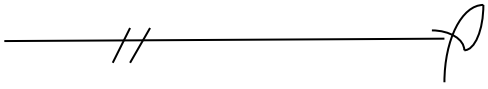
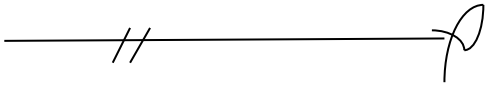
		Antasida : 3 x C2 **atau** **Proton Pump Inhibitor Omeprazol 1-2 x 20mg, Lansoprazole 1-2 x 30 mg** **atau** **Anti histamin 2 reseptor : Ranitidine 2x 150 mg, cimetidine 2 x 200 mg, famotidine 2 x 40 mg atau** **kombinasi obat diatas** R/ Antasida syrup No I S 3dd CII R/ Omeprazole tab 20 mg No V S 1 dd tab I 239. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. **Edukasi : Berhenti Merokok, hindari minuman beralkohol,soda, kopi, hindari makanan pedas dan asam** 240. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Tn S 40 tahun Pria Wiraswasta Kawin SMA
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Telaah • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Nyeri ulu hati 3 hari yang lalu**, Demam (-), penurunan berat badan (-).** Ulu hati Tidak menentu Terutama nyeri pada malam hari atau perut kosong Saat perut kosong dan malam hari Vas score 5 Perut kosong/malam hari Makan Makan saat perut nyeri -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS**	 nyeri sendi lutut Obat penghilang nyeri (Rheumacyl, sejak satu tahun terakhir dan dimakan saat lutut nyeri) - - + - Normal - Makanan apa yang dipantangkan?

		Peran yang wajib ditunjukkan **Foto untuk mol**	Sesekali PS memegang ulu hati dengan ekspresi wajah kesakitan.
	Tata Letak Station	Model 1	
	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai	
	Penulis	Nama : dr.Heny Syahrini, M.Ked (PD), SpPD Institusi: FK USU	
	Referensi	1. Buku ajar ilmu penyakit dalam FKUI	

TEMPLATE OSCE STATION

161	Nomor Station	
162	Judul Station	Sistem Integumen-herpes zoster tanpa komplikasi (SKDI: Penyakit-12.09)
163	Alokasi Waktu	15 menit
164	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI:4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas
165	Kompetensi Diujikan	**208. Anamnesis** **209. Pemeriksaan fisik** 210. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **211. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 212. Tatalaksananonfarmakoterapi **213. Tatalaksana farmakoterapi** **214. Komunikasi dan edukasi pasien** **215. Perilaku professional**
166	Kategori Sistem Tubuh	313. Sistem Saraf 314. Psikiatri 315. Sistem Indra 316. Sistem Respirasi 317. Sistem Kardiovaskular 318. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 319. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 320. Sistem Reproduksi 321. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 322. Sistem Hematologi dan Imunologi 323. Sistem Muskuloskeletal **324. Sistem Integumen**
167	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki usia 34 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan bintil-bintil berisi air pada lengan kiri sejak 3 hari yang lalu. **TUGAS :** 66. Lakukan anamnesis untuk pasien ini 67. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien 68. Tentukan diagnosis dan 2 diagnosis banding 69. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep serahkan pada penguji 70. Lakukan komunikasi dan edukasi pasien untuk paien ini

168	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 142. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 143. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 144. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 145. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 146. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 147. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 241. Penguji menilai anamnesisyang dilakukan peserta ujian Peserta ujian menanyakan kepada pasien: a. Sejak kapan timbul gelembung berisi cairan? b. Apakah ada rasa nyeri atau panas? c. Apakah sebelum timbul gelembung terdapat bercak merah tesebut? d. Apakah ada demam atau badan terasa meriang sebelum timbul gelembung? e. Apakah sudah pernah diobati? f. Apakah ada riwayat kontak dengan bahan kimia atau logam? g. Apakahpernah sudah pernahmengalami hal ini sebelumnya? h. Apakah pernah mengalami cacar air sebelum? i. Apakah keluarga ada yang mengalami hal yang sama? 242. Penguji menilai pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. Hasil Pemeriksaan Fisik KU: Compos mentis Tanda Vital: TD: 120/80 mmHg; N: 80/menit; R: 22/menit; t: 36,8^{O}C; Kepala/leher: dalam batas normal Toraks: dalam batas normal Abdomen: dalam batas normal Ekstremitas: Status dermatologis: vesikel multipel konfluens dengan dasar eritematosa mengikuti dermatom kulit pada regio antebrachii sinistra  (gambar lesi pada lengan kiri pasien) 243. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian.

		Diagnosis: herpes zoster Diagnosis Banding 1: dermatitis kontak Diagnosis Banding 2: impetigo bulosa 244. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian dan diserahkan kepada penguji * Simtomatik: analgetik (asam mefenamat 500mg) * Sistemik: Asiklovir 800mg 5xsehari (7 hari) * Topikal: Kompres NaCl 0.9%, 15 menit, 4-6 kali sehari R/ Asiklovirtab 800 mg No XXXV S5dd tab 1  R/ Asam mefenamattab 500 mg No XV S3dd tab 1  R/ NaCl0,9% Flas No I Spro kompres  245. Penguji menilai komunikasi dan edukasi oleh peserta ujian kepada pasien. Pasien dianjurkan untuk istirahat yang cukup dan menghindari kontak dengan orang yang tidak tertular. Luka jangan dimanipulasi. 246. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Musa 34 tahun Laki-laki Wiraswasta Sudah menikah Sarjana
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Bintil-bintil berisi air disertai rasa nyeri dan panas 3hari yang lalu Lengankiri - Bintil-bintil berisi air dengan dasar merah Semakin banyak 5 Tergesek dengan pakaian akan lebih terasa nyeri - - -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan	 Demam dan badan meriang 5 hari yang lalu, setelah demam hilang timbul bercak merah pada tangan

			disusul dengan gelembung berisi cairan; varisela (cacar air) usia 7 tahun
		• tindakan bedah/terapi lain	-
		Riwayat penyakit keluarga	
		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	-
		• Rokok	-
		• Narkoba	-
		• Seksual	-
		• Alergi obat	-
		Pertanyaan wajib oleh PS	
		Peran yang wajib ditunjukkan	Muka terkadang menyeringai kesakitan
		Foto untuk mol	
247	Tata Letak Station	Model 1	
248	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
249	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
250	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: Jenis set yang dipakai: 8. Meja dokter 1 9. Kursi 2 10. Kaca pembesar 1 11. Catatan rekam medis dan ATK 12. Lembar penilaian	
251	Penulis	Nama : dr. Cut Putri Hazlianda, M.Ked(DV), SpDV Institusi: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara	
252	Referensi	Fitzpatrick Dermatology, edisi 8, 2012	

TEMPLATE OSCE STATION

169	Nomor Station	
170	Judul Station	Psikiatri- Insomnia(SKDI :02.09)
171	Alokasi Waktu	15 menit
172	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 3A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.
173	Kompetensi Diujikan	**216. Anamnesis** **217. Pemeriksaan psikiatri** 218. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **219. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 220. Tatalaksananonfarmakoterapi **221. Tatalaksana farmakoterapi** **222. Komunikasi dan edukasi pasien** **223. Perilaku profesional**
174	Kategori Sistem Tubuh	325. Sistem Saraf **326. Psikiatri** 327. Sistem Indra 328. Sistem Respirasi

		329. Sistem Kardiovaskular 330. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 331. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 332. Sistem Reproduksi 333. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 334. Sistem Hematologi dan Imunologi 335. Sistem Muskuloskeletal 336. Sistem Integumen
175	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki, I, 30 tahun datang sendiri ke dokter karena tidak bisa tidur **TUGAS :** 1. Lakukan wawancara psikiatrik 2. Tuliskan status mental PS pada rekam medis, berikan kepada penguji 3. Tetapkan diagnosis dan diagnosis banding dengan cara disampaikan pada Keluarga PS 4. Lakukan edukasi kepada PS untuk kelanjutan terapinya 5 Berikan resep untuk terapi farmakologik kepada pasien
176	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 148. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 149. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 150. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 151. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 152. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 153. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS 1Penguji menilai anamnesis yang dilakukan peserta Peserta ujian menanyakan kepada pasien : uu. Sejak kapan keluhan utama dialami? vv. Apakah sulit untuk masuk tidur, terbangun-bangun atau terlalu cepat bangunnya? ww. Apakah ada gejala –gejala depresi atau cemas ? xx. Apakah sudah mendapat pengobatan ? yy. Apakah pernah mengalami penyakit yang sama dahulu? zz. Apakah ada obat-obatan yang sering dipakai? aaa. Apakah ada menderita penyakit fisik ? bbb. Apakah memiliki riwayat alergi ? ccc. Apakah ada menggunkan zat-zat adiktif , termasuk kopi ? ddd. Apakah pernah mengalami trauma kepala ? eee. Apakah pernah mengalami pembedahan ? fff. Apakah ada stresor psikososial : hal yang menyebabkan pasien berubah ? 2. Penguji menilai pemeriksaan status mental yang dilakukan peserta 1. Menilai Penampilan umum : pakaian rapi, kesan dapat merawat diri 2. Menilai Perilaku dan aktivitas psikomotor: normoaktif 3. Memeriksa & Menilai Tingkat kesadaran: compos mentis, GCS E4 V5 M6 4. Memeriksa & Menilai Mood dan afek; mood euthymic, afek : appropriate 5. Menilai Pembicaraan: Arus biasa, nada suara biasa, produktivitas biasa, isi relevan.

		6. Memeriksa & Menilai Gangguan persepsi: tidak dijumpai halusinasi dan ilusi 7. Memeriksa & Menilai Bentuk pikiran: *Reality Testing Ability* baik, 8. Menilai Isi pikiran: Waham kebesaran (+) yakin dirinya artis terkenal 9. Memeriksa & Menilai Orientasi: orientasi baik 10. Memeriksa & Menilai Daya ingat: daya ingat baik 11. Memeriksa & Menilai Konsentrasi dan perhatian: terganggu 12. Memeriksa & Menilai Visuospasial: baik 13. Memeriksa & Menilai Pikiran abstrak: baik 14. Menilai Pengendalian impuls: baik 15. Memeriksa & Menilai Penilaian terhadap realitas dan tilikan: tilikan derajat 4 Tanda Vital:TD: 120/ 80 mmHg; N: 88 x / menit; R: 16 /menit; t 37:^{O}C Kepala/leher: dalam batas normal Toraks: dalam batas normal Abdomen: dalam batas normal Ekstremitas: dalam batas normal 253. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: : Insomnia non organik (insomnia primer). Diagnosis Banding 1: Insomnia sekunder Diagnosis Banding 2: hipersomnia Diagnosia Banding 3 : Sleep apnea 254. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Zolpidem 1x1 malam Diazepam 5 mg 1x1 malam Estazolam 2 mg malam 255. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. Peserta ujian melakukan tindakan dengan penjelasan yang sesuai dg masalah klinik pasien dan lengkap: - Menganjurkan pasien untuk masuk ke tempat tidur pada jam yang sama -Batasi penggunaan kamar tidur hanya untuk tidur -Hentikan konsumsi kopi, alkohol rokok atau stimulan lainnya -Hindari tidur di siang hari -Hindari menonton televisi, main games di gadget di kamar tidur -Mandi air hangat 20 menit sebelum tidur - Relaksasi rutin di malam hari -Buat kondisi kamar tidur yang nyaman, suhu yang sejuk, kamar yang bersih 256. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.
	Instruksi Pasien Standar	Nama : Aryo Usia : 30 tahun Jenis kelamin : laki-laki Pekerjaan : Karyawan swasta Status pernikahan : Belum menikah

		Pendidikan terakhir	S1
		Riwayat Penyakit Sekarang	
		• Keluhan Utama	tidak bisa tidur
		• Sejak kapan/onset	sejak lebih dari 1 bulan ini meski sudah 2 jam lebih berbaring di tempat tidur Hal ini mengakibatkan I menjadi tidak segar di kantor dan terlihat lelah. Tidak merokok, tidak pernah menggunakan narkoba, tidak minum kopi. Tidak ada gejala sedih maupun cemas, tidak ada rasa nyeri. .
		• Lokasi	-
		• Durasi/frekuensi	Dalam 1 bulan ini, seminggu minimal 3 kali mengalami sulit tidur,
		• Karakteristik	sulit untuk masuk tidur,kalaupun terlelap satu dua jam kemudian akan terbangun-bangun dan tidak bisa tidur lagi, dan meskipun tidur masih mendengar detak jam dinding di kamar. Selalu khawatir siang dan malam akan mengalami sulit tidur lagi.
		• Progresi	
		• Skala nyeri (bila perlu)	-
		• Yang memperparah	
		• Yang mengurangi	-
		• Usaha yang dilakukan	Mengkonsumsi obat tidur seperti yang diiklankan di televisi, namun tidak membawa hasil, paling bertahan tidur selama 1jam.
		• Obat dipakai saat ini	Obat tidur “Lelap”
		Riwayat penyakit dahulu	
		• penyakit relevan	-
		• tindakan bedah/terapi lain	-
		Riwayat penyakit keluarga	-
		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	-
		• Rokok	-
		• Narkoba	-
		• Seksual	-
		• Alergi obat	-
		Pertanyaan wajib oleh PS	-
		Peran yang wajib ditunjukkan	• PS berpakaian rapi, raut wajah agak lelah, sesekali menguap, sikap terhadap pemeriksa kooperatif. • Bicara biasa, nada biasa, dan isi relevan. Menjawab semua pertanyaan dokter kadang sesuai dengan apa yang ditanyakan • Bila ditanya tentang apakah pernah mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang tidak ada objeknya, PS menjawab:tidak pernah. • Bila ditanyakan apakah PS memiliki keistimewaan/kelebihan dibandingkan dengan orang lain, PS menjawab : tidak ada • PS menyatakan bahwa dirinya tidak sakit

			• PS dapat mengenali diri dan lingkungannya (orientasinya baik) • PS dapat mengartikan peribahasa dan menyebutkan perbedaan/ persamaan antara benda-benda yang disebutkan dokter • PS dapat melakukan perintah dokter dengan baik (visuospasial) • PS sering salah bila diminta menghitung, dan perhatian PS gampang teralih dengan keadaan sekitarnya • Daya ingat baik
		Foto untuk mol	-
257	Tata Letak Station	Model 1	
258	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
259	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
260	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai : set poliklinik umum	
261	Penulis	Nama Dr. dr. Elmeida Effendy, M. Ked. K.J, Sp. K. J (K). Institusi: FK Universitas Sumatera Utara	
262	Referensi	1.Direktorat Kesehatan Jiwa, Dep.Kes.RI: PPDGJ (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa) III 1993 2.Sadock, B.J & Sadock, V.A.: Kaplan &Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry; 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA 2007	

TEMPLATE OSCE STATION

1	Nomor Station	
2	Judul Station	*Sistem Indra-Konjungtivitis vernalis (SKDI: Penyakit-03.02)*
3	Alokasi Waktu	15 menit
4	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas*
5	Kompetensi Diujikan	**1. Anamnesis** **2. Pemeriksaanfisik** 3. Interpretasi data/kemampuanproseduralpemeriksaanpenunjang **4. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 5. Tatalaksananonfarmakoterapi **6. Tatalaksana farmakoterapi** **7. Komunikasidanedukasipasien** 8. **Perilakuprofesional**
6	Kategori Sistem Tubuh	1. Sistem Saraf 2. Psikiatri **3. Sistem Indra** 4. Sistem Respirasi 5. Sistem Kardiovaskular 6. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 7. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 8. Sistem Reproduksi 9. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 10. Sistem Hematologi dan Imunologi

		11. Sistem Muskuloskeletal 12. Sistem Integumen
7	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang pria usia 16 tahun datang ke poli mata Rumah Sakit dengan keluhan kedua mata merah sejak 1 minggu yang lalu. **TUGAS :** 1. Lakukan anamnesis padapasien! 2. Lakukanpemeriksaanfisikpadapasien 3. Tegakkan diagnosis dandua (2) diagnosis banding! 4. Berikantatalaksanafarmakoterapi, tuliskanresep, serahkanpadapenguji/jelaskanpadapasien! 5. Komunikasikandanberikanedukasipadapasienterkaitpenyakit/tatalaksana/prognosisnya!
8	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 1. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 2. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 3. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 4. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 5. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 6. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS 1. Penguji menilai *anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Peserta ujian menanyakan kepada pasien: a. Sejak kapan kedua mata merah? b. Apakah kedua mata terasa nyeri? c. Apakah penglihatan terasa buram? d. Apakah ada kotoran pada kedua mata? e. Apakah ada rasa gatal pada kedua mata? 2. Penguji menilai *pemeriksaan fisik* yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *KU: compos mentis* *Tanda Vital:TD:120/ 80 mmHg; N:82 /menit; R:18/menit; t:37,2^{O}C* *Kepala/leher: dalam batas normal* *Toraks: dalam batas normal* *Abdomen: dalam batas normal* *Ekstremitas: dalam batas normal* *Peserta ujian melakukan pemeriksaan eversi palpebra PS* *Pasien diminta melihat ke arah bawah* *Peserta ujian memegang bulu mata pasien dan memutar kelopak mata atas ke arah bawah agar konjungtiva tarsal superior terlihat* *Status Oftalmologis: injeksi konjungtiva (+), nyeri tekan (-), sekret (-), papil(+)*

<table>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">

(gambar papil)

3. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian.
Diagnosis: Konjungtivitis vernalis ODS
Diagnosis Banding 1: Konjungtivitis viral ODS
Diagnosis Banding 2: Konjungtivitis bakterial ODS

4. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian dan diberikan kepada penguji.

Steroid tetes mata 6x1 tetes/hari ODS, sebagai contoh: Dexamethasone, Betamethasone, Fluorometholone

R/ Dexamethasone ED No. I
S 6ddgtt I ODS a

5. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien.

6. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.</td></tr>
<tr><td></td><td>Instruksi
Pasien Standar</td><td>Nama
Usia
Jenis kelamin
Pekerjaan
Status pernikahan
Pendidikan terakhir</td><td>Hadi
16 tahun
Pria
Siswa
Belum menikah
SMA</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Riwayat Penyakit Sekarang
• Keluhan Utama
• Sejak kapan/onset
• Lokasi
• Durasi/frekuensi
• Karakteristik
• Progresi
• Skala nyeri (bila perlu)
• Yang memperparah
• Yang mengurangi
• Usaha yang dilakukan
• Obat dipakai saat ini</td><td>
Kedua mata merah
Sejak 1 minggu yang lalu
Bola mata kanan & kiri
-
Gatal (+) Nyeri tekan (-) , injeksi konjungtiva (+)
-
-
-
-
-
-</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Riwayat penyakit dahulu
• penyakit relevan
• tindakan bedah/terapi lain</td><td>
mata merah berulang 3 bulan yang lalu
Tetes mata yang dibeli sendiri oleh pasien yang nama obatnya tidak diingat lagi oleh pasien</td></tr>
</table>

		Riwayat penyakit keluarga	-
		Riwayat pribadi (relevan)	-
		• Alkohol	-
		• Rokok	-
		• Narkoba	-
		• Seksual	-
		• Alergi obat	-
		Pertanyaan wajib oleh PS	-
		Peran yang wajib ditunjukkan	Pasien sering menggosok kelopak kedua matanya
		Foto untuk mol	-
7	Tata Letak Station	Model 1	
8	KebutuhanLaboran	Tidak ada	
9	KebutuhanManekin	Tidak ada	
1	Kebutuhan Set Alat	Set pemeriksaan mata	
1	Penulis	dr. Marina Y. Albar, M.Ked(Oph), SpM Departemen Ilmu Penyakit Mata Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara	
1	Referensi	1. Kanski Clinical Ophthalmology, 2010 2. American Academy of Ophthalmology, San Francisco, 2015	

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor Station	
2.	Judul Station	*Episkleritis (SKDI 03.21)*
3.	Alokasi Waktu	15 menit
4.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas*
5.	Kompetensi Diujikan	**1. Anamnesis** **2. Pemeriksaan fisi** 3. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **4. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 5. Tatalaksananonfarmakoterapi **6. Tatalaksana farmakoterapi** **7. Komunikasi dan edukasi pasien** 8. **Perilaku profesional**
6.	Kategori Sistem Tubuh	1. Sistem Saraf 2. Psikiatri **3. Sistem Indra** 4. Sistem Respirasi 5. Sistem Kardiovaskular 6. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 7. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 8. Sistem Reproduksi 9. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 10. Sistem Hematologi dan Imunologi 11. Sistem Muskuloskeletal 12. Sistem Integumen

7.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang pria usia 37 tahun datang ke poli mata Rumah Sakit dengan keluhan mata kiri merah sejak 4 hari yang lalu **TUGAS :** 1. Lakukan anamnesis pada pasien! 2. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien 3. Tegakkan diagnosis dan dua (2) diagnosis banding! 4. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep, serahkan pada penguji/jelaskan pada pasien! 5. Lakukan tatalaksana non farmakoterapi yang relevan! 6. Komunikasikan dan berikan edukasi pada pasien terkait penyakit/tatalaksana/prognosisnya!
8.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 9. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 10. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 11. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 12. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 13. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 14. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 1. Penguji menilai *anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Peserta ujian menanyakan kepada pasien: Sejak kapan mata kiri merah? Apakah mata kiri terasa nyeri? Apakah penglihatan mata kiri terasa buram? Apakah ada kotoran pada mata kiri? Apakah ada rasa gatal pada mata kiri 2. Penguji menilai *pemeriksaan fisik* yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *KU: compos mentis* *Tanda Vital:TD:120/ 80 mmHg; N: 82 /menit; R: 18/menit; t:37,2^{O}C* *Kepala/leher: dalam batas normal* *Toraks: dalam batas normal* *Abdomen: dalam batas normal* *Ekstremitas: dalam batas normal*

		Status Oftalmologis: injeksi konjungtiva (+), nyeri tekan (-), sekret (-), papil(+)  *(gambar episkleritis)* 3. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: Episkleritis OS Diagnosis Banding 1: Konjungtivitis viral OS Diagnosis Banding 2: Konjungtivitis bakterial OS Diagnosis Banding 3: Konjungtivitis vernalis OS Diagnosis Banding 4: Skleritis OS 2. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Anti inflamasi non steroid 6x1 tetes/hari OD, contoh: Na Diclofenac, K Diclofenac R/ Na Diclofenac ED No. I S 6 dd gtt I OS 3. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 4. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Tono 37 tahun Pria Wiraswasta Menikah S1
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama 6. Sejak kapan/onset 7. Lokasi 8. Durasi/frekuensi 9. Karakteristik 10. Progresi 11. Skala nyeri (bila perlu) 12. Yang	 Mata kiri merah Sejak 4hari yang lalu Bola mata kiri 4 hari Gatal (-) Nyeri tekan (-) , mobile, injeksi konjungtiva (+), injeksi episklera (+) - - -

		memperparah 13. Yang mengurangi 14. Usaha yang dilakukan 15. Obat dipakai saat ini	- - -
		Riwayat penyakit dahulu 16. penyakit relevan 17. tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** 18. Alkohol 19. Rokok 20. Narkoba 21. Seksual 22. Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	- - - - Onset, nyeri tekan, mobile Nodul hiperemis pada bagian temporal mata kanan
5.	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
6.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada/Ada, tugas:	
7.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada/Ada, tugas	
8.	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai; lup utk mata , senter meja dokter 1 kursi 2 catatan rekam medic dan ATK Lembar penilaian	
9.	Penulis	Nama : dr. Marina Y. Albar, M.Ked(Oph), SpM Institusi: Universitas Sumatera Utara	
10.	Referensi		

TEMPLATE OSCE STATION

9.	Nomor Station	
10.	Judul Station	*Hordeolum (SKDI: Penyakit-03.07)*
11.	Alokasi Waktu	15 menit
12.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secaramandiri dan tuntas*
13.	Kompetensi Diujikan	**9. Anamnesis** **10. Pemeriksaan fisik** 11. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **12. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding**

		13. Tatalaksananonfarmakoterapi **14. Tatalaksana farmakoterapi** **15. Komunikasi dan edukasi pasien** 16. **Perilaku profesional**
14.	Kategori Sistem Tubuh	1. Sistem Saraf 2. Psikiatri **3. Sistem Indra** 4. Sistem Respirasi 5. Sistem Kardiovaskular 6. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 7. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 8. Sistem Reproduksi 9. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 10. Sistem Hematologi dan Imunologi 11. Sistem Muskuloskeletal 12. Sistem Integumen
15.	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita, Aini, 21 tahun datang ke poli mata Rumah Sakit dengan keluhan benjolan pada kelopak atas mata kanan **TUGAS :** 7. Lakukan anamnesis pada pasien! 8. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien 9. Tegakkan diagnosis dan dua (2) diagnosis banding! 10. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep, serahkan pada penguji/jelaskan pada pasien! 11. Komunikasikan dan berikan edukasi pada pasien terkait penyakit/tatalaksana/prognosisnya!
16.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 1. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 2. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 3. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 4. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 5. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 6. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 15. Penguji menilai *anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Sejak kapan benjolan tersebut timbul? Apakah benjolan bertambah besar? Apakah ada rasa nyeri? Apakah benjolan pernah berdarah/bernanah? Apakah pasien sudah menggunakan obat? 16. Penguji menilai *pemeriksaan fisik* yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji

		menyampaikan hasil pada peserta. *Tanda Vital:TD:120/ 80 mmHg; N: 82 /menit; R: 18/menit; t:37,2^{O}C* *Kepala/leher: dalam batas normal* *Toraks: dalam batas normal* *Abdomen: dalam batas normal* *Ekstremitas: dalam batas normal* *Status Oftalmologis : benjolan sebesar biji jagung, kemerahan dan nyeri tekan (+), immobile*  17. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: Hordeolum Eksternum Palpebra Superior OD Diagnosis Banding 1: kalazion Palpebra Superior OD Diagnosis Banding 2: Kista Palpebra Superior. OD 18. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian dan diberikan kepada penguji. Antibiotik tetes mata 4x1 tetes/hari OD sebagai contoh: Chloramphenicol, Gentamisin, Levofloxacin Antibiotic zalf mata 1X sehari OD sebagai contoh: Chloramphenicol, Gentamisin, Levofloxacin Chloramphenicol ED fls No.I S4 ddgtt1 OD Chloramphenicol EO tube No.i S1dd applic I OD 19. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 20. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Aini 21 tahun Perempuan Mahasiswa Belum menikah SMA
		Riwayat Penyakit Sekarang	

		• Keluhan Utama	Benjolan pada kelopak atas mata kanan
		23. Sejak kapan/onset	Sejak 5 hari yang lalu
		24. Lokasi	Kelopak atas mata kanan
		25. Durasi/frekuensi	
		26. Karakteristik	Nyeri tekan (+), immobile, hyperemis, darah (-), nanah (-), tidak membesar
		27. Progresi	-
		28. Skala nyeri (bila perlu)	VAS 5
		29. Yang memperparah	-
		30. Yang mengurangi	-
		31. Usaha yang dilakukan	-
		32. Obat dipakai saat ini	-
		Riwayat penyakit dahulu	
		33. penyakit relevan	-
		34. tindakan bedah/terapi lain	-
		Riwayat penyakit keluarga	-
		Riwayat pribadi (relevan)	-
		35. Alkohol	-
		36. Rokok	-
		37. Narkoba	-
		38. Seksual	-
		39. Alergi obat	-
		Pertanyaan wajib oleh PS	-
		Peran yang wajib ditunjukkan	Kesakitan saat benjolan ditekan
		Foto untuk mol	-
21.	Tata Letak Station	Model 1	
22.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
23.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
24.	Kebutuhan Set Alat	Set pemeriksaan mata	
25.	Penulis	Nama : dr. Marina Y. Albar, M.Ked(Oph), SpM Institusi: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara	
26.	Referensi	Kanski Clinical Ophthalmology,7th ed. San Francisco, Elsevier, 2010. American Academy of Ophthalmology, San Francisco. American Academy of Ophthalmology Publication, 2015	

TEMPLATE OSCE STATION

177	Nomor Station	
178	Judul Station	Vertigo
179	Alokasi Waktu	15 menit

180	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas
181	Kompetensi Diujikan	**224. Anamnesis** 225. **Pemeriksaan fisik**/psikiatri 226. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **227. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 228. Tatalaksana nonfarmakoterapi **229. Tatalaksana farmakoterapi** **230. Komunikasi dan edukasi pasien** 231. **Perilaku professional**
182	Kategori Sistem Tubuh	**337. Sistem Saraf** 338. Psikiatri 339. Sistem Indra 340. Sistem Respirasi 341. Sistem Kardiovaskular 342. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 343. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 344. Sistem Reproduksi 345. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 346. Sistem Hematologi dan Imunologi 347. Sistem Muskuloskeletal 348. Sistem Integumen
183	Instruksi Peserta Ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang pasien perempuan usia 37 tahun, berobat ke Poliklinik Saraf dengan keluhan pusing berputar. **TUGAS :** 71. Lakukan anamnesis pada pasien tersebut 72. Lakukan pemeriksaan tanda vital termasuk pemeriksaan neurologis 73. Sebutkan Diagnosis dan Diagnosis banding pasien tersebut 74. Jelaskan terapi farmakologi dan non-farmakologi pada pasien tersebut
184	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 154. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 155. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 156. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 157. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 158. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 159. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 263. Penguji menilai anamnesis yang dilakukan peserta ujian Seorang pasien perempuan usia 37 tahun, berobat ke Poliklinik Saraf dengan keluhan pusing berputar sejak 1 hari y.l. Keluhan pusing dirasakan berputar terhadap ruangan, mendadak, terutama bila terdapat perubahan posisi kepala. Keluhan disertai keringat dingin dan mual. Keluhan bersifat hilang timbul. Tidak terdapat gangguan pendengaran, riwayat trauma kepala dan penggunaan obat.

		264. Penguji menilai pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. Hasil Tanda Vital KU: kesadaran compos mentis, tampak sakit sedang Tanda Vital: TD: 120/80 mmHg; N: 80x/menit; R: 18x/menit; t: 37^{O}C Status neurologis: Nn. Cranialis dalam batas normal Kekuatan otot dalam batas normal Refleks fisiologis dalam batas normal Sensorik dalam batas normal Tes Dix–HallPike : saat kepala dimiringkan ke kanan dan kiri : vertigo (+), mual (+), nistagmus horizontal (+), fatique (+) 265. Penguji menilai diagnosis dan tipe vertigo yang ditegakkan oleh peserta ujian. D/: *Benign paroxysmal positional vertigo* Tipe vertigo vestibuler perifer 266. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Betahistin 3x12mg – 2x24mg atau dimenhidrinat 3x1tablet 267. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. *Vestibular exercise/rehabilitation* 268. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Nita 37 th Perempuan Karyawati swasta Menikah S1
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresif • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Pusing berputar 1 hari y.l. Hilang timbul, mendadak Berputar terhadap ruangan, disertai keringat dingin dan mual Perubahan posisi kepala - Tutup mata dan tiduran Tidak ada
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain	 Sakit telinga/pendengaran berkurang disangkal. Tekanan darah tinggi (-), kencing manis (-). Riwayat kepala terbentur disangkal. -

		Riwayat penyakit keluarga **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat • Olahraga **Riwayat pekerjaan** **Peran yang wajib ditunjukkan**	Tekanan darah tinggi (-), kencing manis (-). - - - Hubungan suami isteri baik - Tidak pernah
269	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
270	Kebutuhan Laboran	**Tidak ada**/Ada, tugas:	
271	Kebutuhan Manekin	**Tidak ada**/Ada, tugas	
272	Kebutuhan Set Alat	9.Meja dokter 1 10. Kursi 2 11. Tempat tidur 1 12. Perlengkapan pemeriksaan fisik 1 (sphygmomanometer, stetoskop, thermometer, reflex hammer, kapas)	
273	Penulis	Nama: dr. Aida Fitri, Sp.S Institusi: Departemen Neurologi FK USU	
274	Referensi	Konsensus Vertigo	

TEMPLATE OSCE STATION

185	Nomor Station	
186	Judul Station	Sistem Integumen-Lepra (SKDI: Penyakit-12.15)
187	Alokasi Waktu	15 menit
188	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI:4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas
189	Kompetensi Diujikan	**232. Anamnesis** **233. Pemeriksaan fisik** **234. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **235. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 236. Tatalaksananonfarmakoterapi **237. Tatalaksana farmakoterapi** **238. Komunikasi dan edukasi pasien** **239. Perilaku professional**
190	Kategori Sistem Tubuh	349. Sistem Saraf 350. Psikiatri 351. Sistem Indra 352. Sistem Respirasi 353. Sistem Kardiovaskular 354. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 355. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 356. Sistem Reproduksi 357. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 358. Sistem Hematologi dan Imunologi

		359. Sistem Muskuloskeletal **360. Sistem Integumen**
191	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorangperempuan usia 38 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan bercak putih pada tangan kiri sejak 5 bulan lalu. **TUGAS :** 75. Lakukan anamnesis untuk pasien ini 76. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien 77. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan interpretasi hasil pemeriksaan 78. Tentukan diagnosis dan 3 diagnosis banding 79. Berikan tatalaksana farmakoterapi dan penyampaian kepada pasien 80. Lakukan komunikasi dan edukasi pasien untuk pasien ini
192	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 160. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 161. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 162. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 163. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 164. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 165. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 275. Penguji menilai anamnesisyang dilakukan peserta ujian Peserta ujian menanyakan kepada pasien: a. Sejak kapan timbul bercak putih? b. Apakah ada terasa gatal atau nyeri? c. Apakah bercak semakin meluas? d. Apakah bercak ada ditempat lain atau tidak? e. Apakah sudah pernah diobati? f. Apakah pernah mengalami hal ini sebelumnya? g. Apakah di keluarga atau lingkungan sekitar ada menderita keluhan yang sama? 276. Penguji menilai pemeriksaan fisikyang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. Hasil Pemeriksaan Fisik KU:Composmentis Tanda Vital: TD:120/80 mmHg; N: 80 /menit; R: 22 /menit; t: 36,8^{O}C Kepala/leher: dalam batas normal Toraks:dalam batas normal Abdomen:dalam batas normal Ekstremitas: Status dermatologis: makula hipopigmentasi soliter ukuran plakat pada regio antebrachii sinistra Jenis pemeriksaan lain

		a. PEMERIKSAAN SENSIBILITAS: Pemeriksaan sensasi rasa **raba** dan **nyeri** pada lesi dijumpai negatif(tidak terasa sensasi rasa raba atau nyeri) b. PEMERIKSAAN PERABAAN SARAF: **Nervus Aurikularis magnus**: disimpulkandalam batas normal **Nervus Ulnaris:** pembesaran dan penebalan (-), kiri dan kanansama, saraf Ulnaris kiri dijumpai nyeri (+) **Nervus Peroneus Komunis:** disimpulkandalam batas normal **Nervus Tibialis Posterior**: disimpulkandalam batas normal c. PEMERIKSAAN MOTORIK: **Nervus Ulnaris**:disimpulkan dalam batas normal **Nervus Medianus**: disimpulkandalam batas normal **Nervus Radialis**: disimpulkan dalam batas normal **NervusPoplitea Lateralis**: disimpulkandalam batas normal Lampiran foto/ilustrasi  (foto pasien dengan lesi makula hipopigmentasi soliter pada regio antebrachii sinistra) 277. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang Pemeriksaan penunjang: BTA dari cuping telinga kiri, kanan dan lesi Penguji memberitahukan hasil pemeriksaan BTA: 0/0/0 278. Penguji menilai diagnosis dan tiga (3) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis:Kusta tipe PB Diagnosis Banding 1:pitiriasis versikolor Diagnosis Banding 2:vitiligo Diagnosis Banding 3: pitiriasis alba 279. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi dan penyampaian kepada pasien Rifampisin 600mg/bulan diminum didepan petugas DDS(dapson) 100mg/hari diminum dirumah(1bulan) Pengobatan 6 dosis dalam waktu 9 bulan 280. Penguji menilai komunikasi dan edukasi oleh peserta ujian kepada pasien. Pasien dianjurkan untuk meminum obat dan kontrol secara teratur sampai selesai pengobatan dan diharapkan tidak putus obat. Istirahat yg cukup. Jika ada penyakit lain segera diobati. 281. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia	Anita 38 tahun

		Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Perempuan Wiraswasta Sudah menikah SMA
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Bercak putih disertai mati rasa 5 bulan yang lalu Tangan kiri - - - - - - - -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 - - - - - - - Wajah menyeringai sedikit kesakitan saat dilakukan pemeriksaan perabaan saraf ulnaris kiri
282	Tata Letak Station	Model 1	
283	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
284	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
285	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: 13. Meja dan kursi dokter 1 14. Kursi pasien 1 15. Catatan rekam medis pemeriksaan pasien leprae dan ATK 16. Lembar penilaian	
286	Penulis	Nama : dr. Cut Putri Hazlianda, M.Ked(DV), SpDV Institusi: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara	
287	Referensi	1. Fitzpatrick Dermatology, edisi 8, 2012 2. Buku Pedoman Nasional Pegendalian Penyakit Kusta, DepKes RI, 2007	

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor station	
2.	Judul station	*Sistem Endokrin, Metabolik dan Nutrisi – Malnutrisi energi protein; Marasmus (SKDI: 09.26)*
3.	Alokasi Waktu	15 menit
4.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas*
5.	Kompetensi Diujikan	**240. Anamnesis** **241. Pemeriksaan fisik** 242. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **243. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **244. Tatalaksananonfarmakoterapi** 245. Tatalaksana farmakoterapi **246. Komunikasi dan edukasi pasien** 247. **Perilaku profesional**
6.	Kategori Sistem Tubuh	361. Sistem Saraf 362. Psikiatri 363. Sistem Indra 364. Sistem Respirasi 365. Sistem Kardiovaskular 366. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 367. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 368. Sistem Reproduksi **369. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi** 370. Sistem Hematologi dan Imunologi 371. Sistem Muskuloskeletal 372. Sistem Integumen
7.	Instruksi Peserta Ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang anak laki-laki berusia 3 tahun dibawa ibunya ke klinik umum Puskesmas dengan keluhan badan lemah dan kurus. **TUGAS:** 1. Lakukan allo-anamnesis terhadap pasien ini 2. Lakukan pemeriksaan fisik dan antropometri anak 3. Buatlah diagnosis dan diagnosis banding terhadap pasien ini dan sampaikan pada penguji 4. Lakukan pemasangan infus dan jelaskan kepada penguji tentang tindakan awal penatalaksanaan non farmakologi terhadap pasien ini 5. Lakukan edukasi pencegahan terhadap pasien ini
8.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 166. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 167. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 168. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 169. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 170. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 171. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **Hasil pemeriksaan fisik**

		Status generalis: Tampak sakit berat, apatis **Pemeriksaan antropometri** Tinggi badan : 71,5 cm Berat badan : 7 kg LILA : 10 cm **Tanda vital:** Tekanan Darah:90/70 mmHg; Frekuensi nafas: 16x/menit Frekuensi nadi: 50x/menit; Suhu: 36^{o}C **Kepala:** Kepala: Rambut kering dan mudah rontok Wajah seperti orang tua dan terlihat sangat kurus Mata: konjungtiva anemis **Leher:** Kelenjar getah bening tidak membesar **Thorak:** Jantung: bradikardi 50 x per menit; Paru: frekuensi nafas 15x per menit, berkurang **Perut:** Turgor berkurang **Ekstremitas:** Lethargi Otot-otot atrofi Lemak dibawah kulit menghilang dan turgor kulit mengurang Penguji menunjukkan gambar anak setelah peserta melakukan pemeriksaan antropometri dan fisik. <u>Tampak anak:</u> 
	Instruksi Pasien Standar	Nama Ibu : Surti Rentang usia : 33 tahun Jenis kelamin : Perempuan Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga Status pernikahan : Menikah Pendidikan : SD

		terakhir : Adi, diperankan dengan manekin : 3 tahun Nama anak : Laki-laki Rentang usia : - Jenis kelamin Pekerjaan **Riwayat penyakit sekarang** • Keluhan utama : Badan lemah • Sejak kapan :Duabulan lalu semakin berat sejak satu minggu terakhir. • Perjalanan penyakit : Konstipasi, badan kurus. • Keluhan lain terkait keluhan utama : Kehilangan berat badan sampai berakibat kurus • Hal-hal yang memperburuk keluhan : Kehilangan tugor kulit sehingga menjadi berkerut dan longgar • Riwayat Makanan :Makan dua kali sehari dengan menu nasi dan kecap. **Riwayat penyakit dahulu : -** **Riwayat penyakit keluarga : -** **Riwayat kebiasaan sosial** • Ayah tidak mempunyai pekerjaan tetap dengan ekonomi keluarga miskin • Pasien adalah anak bungsu dari empat bersaudara • Diet :Makan dua kali sehari dengan menu nasi dan kecap. • Riwayat lingkungan dan kebiasaan sehari-hari : Tinggal di daerah yang kurang bersih
9.	Tata Letak Station	Model 1
10.	Kebutuhan Laboran	-
11.	Kebutuhan Manekin	-
12.	Kebutuhan Set Alat	- Setting ruangan dokter pasien - Meja dan kursi dokter 1 set - Kursi pasien 2 buah - Meja dan kursi penguji 1 set - Meja peralatan 1 buah - Bed pemeriksaan 1 set - Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah - Spygmomanometer raksa dengan cuff anak 1 buah - Stetoskop anak 1 buah - Termometer raksa untuk aksila 1 buah - Penlight 1 buah - Infus set (**tetes makro** dan mikro) 1 set - Abbocath no 18, **20**, dan**22** Masing-masing 1 buah - Cairan Ringer Laktat Dekstrosa 5% 1 buah - Tiang infus 1 buah - Plester 1 buah - Kasa steril 1 kotak - Torniket 1 buah - Sarung tangan 1 pasang - Alkohol gliserin spray 1 botol - Betadine 1 botol - Spalk 1 buah - Gunting 1 buah - Sarung tangan 1 buah - Timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan 1 buah 1 buah

		- Meteran kecil pengukur LILA - Tabung dan selang oksigen - Rekam medis - Blanko pemeriksaan penunjang - Blanko resep - Tempat sampah medis tertutup - Tempat sampah nonmedis - Tissue - Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) - Ballpoint	1 set 15 lembar 1 bendel 1 bendel 1 buah 1 buah 1 kotak 1 buah 1 buah 1 buah
12.	Penulis	Dr. dr. Dina Keumala Sari, M. Gizi, SpGK Departemen Ilmu Gizi FK USU	
13.	Referensi	Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk I dan II	

TEMPLATE OSCE STATION

193	Nomor Station	
194	Judul Station	*Sistem Saraf - Nyeri Neuropatik (SKDI: 01.61)*
195	Alokasi Waktu	15 menit
196	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 3A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat
197	Kompetensi Diujikan	**248. Anamnesis** **249. Pemeriksaan fisik** **250. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **251. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **252. Tatalaksananonfarmakoterapi** **253. Tatalaksana farmakoterapi** **254. Komunikasi dan edukasi pasien** 255. **Perilaku professional**
198	Kategori Sistem Tubuh	**373. Sistem Saraf** 374. Psikiatri 375. Sistem Indra 376. Sistem Respirasi 377. Sistem Kardiovaskular 378. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 379. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 380. Sistem Reproduksi 381. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 382. Sistem Hematologi dan Imunologi 383. Sistem Muskuloskeletal 384. Sistem Integumen
199	Instruksi PesertaUjian	**<u>SKENARIO KLINIK:</u>** Seorang pasien laki-laki 40 tahun, berobat ke Poliklinik dengan keluhan nyeri di daerah pinggang kanan, menjalar. **<u>TUGAS :</u>** 81. Lakukan anamnesis pada pasien tersebut 82. Lakukan pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan neurologis 83. Sebutkan pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan 84. Sebutkan diagnosis dan jenis nyeri yang dialami pasien tersebut 85. Jelaskan tatalaksana nonfarmakoterapi pada pasien tersebut 86. Jelaskan tatalaksana farmakoterapi awal pada pasien tersebut

200	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 172. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 173. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 174. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 175. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 176. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 177. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS 288. Penguji menilai anamnesisyang dilakukan peserta ujian Seorang pasien laki-laki 40 tahun, berobat ke Poliklinik dengan keluhan nyeri di daerah pinggang kanan sejak 1 minggu y.l., menjalar ke tungkai dan kaki kanan dan semakin memberat. Disertai rasa seperti kesetrum listrik dan kebas-kebas ditusuk-tusuk jarum. Keluhan bertambah jika berjalan/berdiri lama, bungkuk, dan saat bangun tidur. Keluhan berkurang jika istirahat. Riwayat jatuh terduduk disangkal. Pasien sering mengangkat berat. 289. Penguji menilai pemeriksaan fisik dan neurologisyang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. Hasil Tanda Vital KU: kesadaran compos mentis, tampak sakit sedang TD: 120/80mmHg; N: 80x/menit; R: 18x/menit; t: 37^{O}C Status Neurologis: Laseque dextra positif Kekuatan motorik dalam batas normal Refleks fisiologis dalam batas normal Sensorik: hipestesi di daerah medial dan lateral tungkai kanan bawah 290. Penguji menilaipemeriksaan penunjang yang diusulkan oleh peserta ujian Rontgen LS AP/lat dan MRI LS (lumbo-sacral) 291. Penguji menilai diagnosis dan jenis nyeri yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: HNP LS (herniasi nucleus pulposus lumbo-sacral) Jenis nyeri: nyeri neuropatik perifer 292. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian. Bed rest Fisioterapi Korset lumbal 293. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. NSAID: ibuprofen 3x400mg atau natrium diklofenak 2x50mg Analgetik adjuvant: amitriptilin 2x12,5mg atau gabapentin 3x100mg 294. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. Hindari mengangkat barang berat

		Hindari posisi salah seperti membungkuk, dsb 295. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Ardi 40 th Laki-laki Buruh bangunan Menikah SMA
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresif • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Nyeri pinggang kanan 1 minggu y.l. Pinggang kanan menjalarke tungkai kanan – kaki kanan - Disertai rasa seperti kesetrum listrik dan kebas-kebas ditusuk-tusuk jarum Semakin memberat - Jika berjalan/berdiri lama, bungkuk, dan saat bangun tidur Jika istirahat Istirahat dan makan obat Obat bebas penghilang nyeri
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat • Olahraga **Riwayat pekerjaan** **Peran yang wajib ditunjukkan**	 Riwayat jatuh terduduk disangkal - - - Merokok 1 bungkus/hari - Hubungan suami isteri baik - Tidak pernah Sering mengangkat barang berat Saat pasien berjalan ke tempat tidur tertatih sambil memegang pinggang kanan, wajah meringis menahan nyeri
296	Tata Letak Station	Model 1	
297	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
298	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
299	Kebutuhan Set Alat	13. Meja dokter 1 14. Kursi 2 15. Tempat tidur 1 16. Perlengkapan pemeriksaan fisik 1 (sphygmomanometer, stetoskop,	

		thermometer, reflex hammer, kapas)
300	Penulis	dr. Aida Fitri, SpS Departemen Neurologi FK USU
301	Referensi	1. Adams and Victor's Principles of Neurology 2. Konsensus Nasional Diagnostik dan Penatalaksanaan Nyeri Neuropatik

TEMPLATE OSCE STATION

201	Nomor Station	
202	Judul Station	Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas - Hirschsprung's Disease
203	Alokasi Waktu	15 menit
204	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas.
205	Kompetensi Diujikan	**256. Anamnesis** **257. Pemeriksaan fisik** **258. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **259. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 260. Tatalaksana **261. Komunikasi dan edukasi pasien** **262. Perilaku professional**
206	Kategori Sistem Tubuh	385. Sistem Saraf 386. Psikiatri 387. Sistem Indra 388. Sistem Respirasi 389. Sistem Kardiovaskular **390. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas** 391. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 392. Sistem Reproduksi 393. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 394. Sistem Hematologi dan Imunologi 395. Sistem Muskuloskeletal 396. Sistem Integumen
207	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang anak, usia 6 hari datang dengan keluhan perut kembung **TUGAS :** 10. Lakukan anamnesis pada pasien! 11. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien! 12. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan! 13. Tegakkan diagnosis dan dua (2) diagnosis banding! 14. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep, serahkan pada penguji/jelaskan pada pasien! 15. Komunikasikan dan berikan edukasi pada pasien terkait penyakit/tatalaksana/prognosisnya!
208	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 178. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 179. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 180. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 181. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 182. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya

apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)!

183. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!

INSTRUKSI KHUSUS

302. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian

Anamnesis:

- Berapa lama (3 hari)
- Lokasi (seluruh perut)
- Muntah (sejak usia 2 hari), isi muntah (cairan kehijauan)
- Pola buang air besar : meconium pertama (usia 2 hari), frekuensi BAB (sedikit-sedikit 3-4 kali perhari)
- Demamsejak 2 hari, bersifat naik turun
- Riwayat persalinan
- Riwayat kehamilan Ibu
- Riwayat kelainan pada keluarga (-)

303. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*yang dilakukan oleh peserta ujian

Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta.

Hasil Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum: letargis
- HR : 160 x/m RR: 40 x/m S: 38C
- Kepala : UUB cekung, konjunctiva anemis -/-, sklera ikterik -/-, mukosa mulut dan bibir kering, air mata -/-

NGT → kuning, 2cc/6 jam

- Thorax : bentuk dan gerak simetris

Paru : VBS ka=ki, Rh-/-, wh-/-

Jantung : BJ I/II reguler, murmur(-) gallop (-)

- Abdomen: cembung, venaektasi (+) DC/DS +/-, hiperemis dan oedem dinding perut (-), BU(+) lembut
- RT : tonus sfingter ani kuat, mukosa licin, ampulla tidak kolaps

  ST : feses menyemprot, bau busuk (+)
- Ekstremitas : akral hangat CRT <2”

304. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang.

Hasil Darah rutin :

Hb : 13 gr/dl, Lekosit : 11.000/mm3, Trombosit : 350.000 /mm3.

305. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian.

Diagnosis:Hirschsprung Disease dengan Dehidrasi sedang

Diagnosis Banding :Mekonium plug syndrome

306. Penguji menilai tatalaksana yang dituliskan oleh peserta ujian :

Tatalaksana rehidrasi cairan

Penanganan Wash out

Rencana tatalaksana bedah

		307. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 308. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin	By. Alya Nur Insani 6 hari / BB 2.1 kg P
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset	KU : Perut kembung Sejak pasien berusia 2 hari orangtua pasien mengeluhkan perut anaknya kembung. Perut kembung disertai muntah berwarna kekuningan 2-3 kali perhari. Muntah kehijauan (+) sejak 2 hari yang lalu. Riwayat mekoneum terlambat (+) ketika usia 2 hari. BAB (+) 2 hari sekali sedikit-sedikit. Demam (+). Os dibawa berobat lalu dirawat di RSUD, karena keluhan tidak membaik os dirujuk ke Rumah sakit. Os lahir dari ibu P2A0 cukup bulan ditolong bidan, spontan pervaginam segera menangis, BBL 3 kg. Riwayat ANC teratur di bidan Puskesmas. Riwayat sakit berat, minum jamu,alkohol, merokok saat hamil disangkal ibu pasien
309	Tata Letak Station	Model 1	
310	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
311	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
312	Kebutuhan Set Alat	Set Poliklinik Umum, peralatan Wash Out	
313	Penulis	dr. Erjan Fikri SpB., SpBA(K) Departemen Ilmu BedahFK USU	
314	Referensi	Buku ajar Ilmu Bedah	

SOAL STATION RESPIRATORY SYSTEM
TB PARU

1.	Nomor station	
2.	Judul stasion	Respiratory System-Tuberkulosis Dewasa
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	1. Menilai kemampuan anamnesis, pemeriksaan fisik, menentukan tes tambahan dan menginterpretasi hasilnya 2. Menegakkan diagnosis dan diagnosis banding 3. Menentukan tatalaksana farmakologi 4. Melakukan dan edukasi serta berperilaku profesional
5.	Kompetensi	1. Kemampuan anamnesis 2. Kemampuan pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kasus 3. Menentukan tes tambahan untuk menunjang diagnosis/diagnosis banding beserta interpretasinya

		4. Penegakkan diagnosis/diagnosis banding 5. Tatalaksana non farmakoterapi 6. Tatalaksana farmakoterapi 7. Komunikasi dan edukasi pasien 8. Perilaku professional
6.	Kategori	1. Gawat nafas dan intervensi paru **2. Infeksi** 3. Asma-PPOK 4. Faal paru 5. Paru kerja 6. Imunologi 7. Onkologi toraks
7.	Instruksi untuk peserta ujian	<u>Skenario klinik :</u> Seorang laki-laki, usia 30 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan utama batuk sejak 1 bulan yang lalu. <u>Tugas :</u> 1. Lakukan anamnesis untuk pasien ini 2. Lakukan pemeriksaan fisik yang mendukung diagnosis kerja pada pasien ini 3. Tentukan usulan pemeriksaan penunjang dan sampaikan kepada pasien 4. Tanyakan hasil pemeriksaan penunjang kepada penguji dan interpretasikan hasilnya 5. Rumuskan diagnosis kerja dan diagnosis banding berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang 6. Tentukan tatalaksana farmakologi dan serahkan resep kepada penguji
8.	Instruksi untuk penguji	<u>Skenario klinik :</u> Seorang laki-laki usia 30 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan utama batuk sejak 1 bulan yang lalu. Perjalanan penyakit : batuk sejak 1 bulan yang lalu. Megeluarkan lendir yang kental berwarna kuning dan dalam 1 bulan ada tiga kali bercak darah. 3 hari yang lalu merasakan agak susah bernapas dan dada kanan terasa nyeri. Keluhan lain terkait keuhan utama : demam tidak tinggi, lelah, lemah, letih, lesu dan berkeringat malam hari. Berat badannya menurun sebanyak 4kg selama 1 bulan terakhir dan merasa tidak ada nafsu makan. Riwayat pengobatan sekarang : berobat kebalai pengobatan terdekat, diberi obat antibiotika dan OBH tetapi tidak sembuh Riwayat penyakit dahulu : • Penyakit kronis (DM, batuk lama sebelumnya) : tidak ada • Riwayat pengobatan penyakit terdahulu : tidak ada **Riwayat Penyakit Keluarga :** Ayah adalah pasien lama BP4 dan meninggal karena penyakit paru. **Riwayat Kebiasaan Sosial :** • Olah raga : tidak rutin dilakukan • Merokok : 5 batang/hari • Diet : pola makan biasa • Hubungan suami-istri normal/baik • Hubungan dengan tetangga dan teman baik <u>Tugas Peserta Ujian :</u> 1. Lakukan anamnesis untuk pasien 2. Lakukan pemeriksaan fisik yang mendukung diagnosis kerja pada pasien ini 3. Tentukan usulan pemeriksaan penunjang dan sampaikan kepada pasien 4. Tanyakan hasil pemeriksaan penunjang kepada penguji dan interpretasikan hasilnya 5. Rumuskan diagnosis kerja dan diagnosis banding berdasarkan hasil

		pemeriksaan penunjang 6. Tentukan tatalaksana farmakologi dan serahkan resep kepada penguji <u>Instruksi Penguji :</u> 1. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan lembar penilaian 2. Penguji tidak diperboleh melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan 3. Penguji mempersilakan peserta ujian membaca hasil pemeriksaan fisik (yang telah disediakan) setelah peserta ujian melakukan pemeriksaan fisik. <u>Hasil pemeriksaan fisik :</u> - Status generalis : tampak sakit sedang, keadaran kompos mentis - Berat badan : 50 kg, tinggi badan : 175 cm - Tanda vital : TD : 100/70 mmHg; RR : 27x/menit Nadi : 70x/menit; Suhu : 37,8^{0}C - Kepala : mata konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik - Leher : kelenjar getah bening tidak membesar - Thorax (Paru) • Inspeksi : simetris dalam keadaan statis dan dinamis • Palpasi : fremitus taktil ka=ki • Perkusi : sonor pada seluruh lapangan paru • Asukultasi : suara napas dasar vesikuler mengeras dan terdengar suara amforik. Suara napas tambahan ronkhi ⊕ - (Jantung) : dalam batas normal - Abdomen : Hati dan limpa tidak teraba - Ekstremitas : dalam batas normal 4. Penguji memberitahukan hasil pemeriksaan penunjang sesuai dengan yang diusulkan oleh peserta ujian. • Hb : 10 g/dl • Hct : 29% • Lekosit : 10.000/mm3 • Trombosit : 260000/mm3 • Diff tell o Neu : 44% o Limf : 40% o Bas : 2% o Eos : 3% o Mo : 1% Mikrobiologi : BTA = sewaktu (+), pagi (+) dan sewaktu (-) Rontgen toraks : bayangan berawan di segmen apical dan posterior lobus atas paru. Tampak kaviti besar berdinding tebal di apex dikelilingi oleh bayangan opak. 5. Penguji menilai tatalaksana farmakologi yang direncanakan Regimen terapi TB paru dewasa : • Rifampisin 10 mg/kgBB, INH 5 mg/kgBB, Pirazinamid 30 mg/kgBB dan etambutol 25 mg/kg BB, semua ini diberikan setiap selama 2 bulan • 4 bulan berikutnya : Rifampisin 10 mg/kgBB dan INH 5 mg/kgBB

<table>
<tr><td>9.</td><td>Instruksi untuk pasien simulasi</td><td colspan="2">Nama : Nama PS sendiri
Jenis kelamin : Laki-laki
Usia : 30 tahun
Pekerjaan : Buruh bangunan
Pendidikan terakhir : SMA
Status pernikahan : Menikah, mempunyai 2 orang anak
Alamat : (Sesuai alamat PS)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">Riwayat penyakit sekarang
Keluhan utama : batuk sejak 1 bulan yang lalu
Perjalanan penyakit : batuk sejak 1 bulan yang lalu. Megeluarkan lendir yang kental berwarna kuning dan dalam 1 bulan ada tiga kali bercak darah. 3 hari yang lalu merasakan agak susah bernapas dan dada kanan terasa nyeri.
Keluhan lain terkait keuhan utama : demam tidak tinggi, lelah, lemah, letih, lesu dan berkeringat malam hari. Berat badannya menurun sebanyak 4kg selama 1 bulan terakhir dan merasa tidak ada nafsu makan.
Riwayat pengobatan sekarang : berobat kebalai pengobatan terdekat, diberi obat antibiotika dan OBH tetapi tidak sembuh
Riwayat penyakit dahulu :
• Penyakit kronis (DM, batuk lama sebelumnya) : tidak ada
• Riwayat pengobatan penyakit terdahulu : tidak ada
Riwayat Penyakit Keluarga :
Ayah adalah pasien lama BP4 dan meninggal karena penyakit paru.

Riwayat Kebiasaan Sosial :
• Olah raga : tidak rutin dilakukan
• Merokok : 5 batang/hari
• Diet : pola makan biasa
• Hubungan suami-istri normal/baik
• Hubungan dengan tetangga dan teman baik
Peran yang harus dilakukan
• Peran : laki-laki berusia 30 tahun ke puskesmas dengan keluhan batuk
• PS hanya menjawab apa yang ditanyakan oleh dokter
• Ekspresi : sering batuk pada saat dilakukan pemeriksaan</td></tr>
<tr><td>10.</td><td>Peralatan yang dibutuhkan</td><td>- Setting ruangan dokter-pasien
- Meja dan kursi dokter
- Kursi pasien
- Meja dan kursi penguji
- Meja peralatan
- Bed pemeriksaan (dilengkapi bantal dan selimut)
- Illuminator/lightbox
- Spygmomanomater raksa
- Stetoskop
- Termometer raksa untuk aksila
- Penlight
- Alkohol gliserin spray
- Timbangan berat badan dan pengukur tinggi badan
- Rekam medis
- Blanko resep
- Ballpoint
- Tempat sampah tertutup
- Tissue</td><td>
1 set
1 buah
1 set
1 buah
1 set
1
1
1
1
1
1
1
20 lembar
20 lembar
1
1
1 kotak
1</td></tr>
</table>

		- Jam dinding	
11.	Penulis	Ada dalam database	
12.	Referensi	• Pedoman dan penatalaksanaan TB paru, PDPI, 2006 • Barbara Bates Ed. 5	

HASIL PEMERIKSAAN FISIK

PEMERIKSAAN FISIK
- Status generalis : tampak sakit sedang, kesadaran kompos mentis - Berat badan : 50kg, tinggi badan : 175 cm - Tanda vital : TD : 100/70 mmHg; RR : 27x/menit Nadi : 70x/menit; Suhu : 37,8^{0}C - Kepala : mata konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik - Leher : kelenjar getah bening tidak membesar - Thorax (Paru) Inspeksi : simetris dalam kedaan statis dan dinamis Palpasi : fremitus taktil ka=ki Perkusi : sonor pada seluruh lapang paru Auskultasi : suara napas dasar vesikuler mengeras dan terdengar suara amforik. Suara napas tambahan ronkhi ⊕ (Jantung) : dalam batas normal - Abdomen : Hati dan limpa tidak teraba - Ekstremitas : dalam batas normal

HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG

PEMERIKSAAN PENUNJANG
DARAH RUTIN
Hb : 10 g/dl Hct : 29% Lekosit : 10.000/mm3 Trombosit : 260000/mm3Diff tell - Neu : 44% - Limf : 40% - Bas : 2% - Eos : 3% - Mo : 1%
MIKROBIOLOGI
BTA = Sewaktu (+), Pagi (+) dan Sewaktu (-)
RONTGEN TORAKS
Bayangan berawan di segmen apical dan posterior lobus atas paru. Tampak kaviti besar berdinding tebal di apex dikelilingi oleh bayangan opak

TEMPLATE OSCE STATION

2	Nomor Station	*Contoh: 5*
2	Judul Station	*Contoh: Sistem Muskuloskeletal–osteoporosis*
2	Alokasi Waktu	15 menit
2	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI:***3A* *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.)*
2	Kompetensi Diujikan	**263. Anamnesis** **264. Pemeriksaan fisik** **265. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang**

		266. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding **267. Tatalaksananonfarmakoterapi** 268. Tatalaksana farmakoterapi **269. Komunikasi dan edukasi pasien** 270. **Perilaku professional**
2	Kategori Sistem Tubuh	397. Sistem Saraf 398. Psikiatri 399. Sistem Indra 400. Sistem Respirasi 401. Sistem Kardiovaskular 402. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 403. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 404. Sistem Reproduksi 405. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 406. Sistem Hematologi dan Imunologi **407. Sistem Muskuloskeletal** 408. Sistem Integumen
2	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita usia 62 tahun datang ke poliklinik dengan keluhan nyeri pada pergelangan tangan kanan. **TUGAS :** 87. Lakukan anamnesa 88. Lakukan pemeriksaan fisik status lokalisata (look feel move) 89. Meminta pemeriksaan penunjang yang sesuai 90. Diagnosa kerja berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang 91. Melakukan tatalaksana awal dan tindakan selanjutnya
2	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 184. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 185. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 186. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 187. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 188. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 189. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 315. Penguji menilai *anamnesis* yang dilakukan peserta ujian 316. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*/*psikiatri*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik/Psikiatri* *KU:nyeri pada pergelangan tangan kanan* *Tanda Vital: TD:120 /80 mmHg; N: 100 /menit; R: 20 /menit; t: ^{O}C* *Kepala/leher: dbn* *Toraks:dbn* *Abdomen:dbn* *Ekstremitas:* *Status Lokalis: pergelangan tangan kanan*

Look: swelling +, deformitas + dinner fork, tidak ada luka
Feel: nyeri tekan +, pulsasi a.radialis dan ulnaris dbn
Move: rom pergelangan tangan terbatas karena nyeri, rom jari-jari tangan dbn
Jenis pemeriksaan lain: x ray wrist proyeksi AP/L
(low energy trauma menyebabkan fraktur pada pasien resiko tinggi osteoporosis)
Lampiran foto/ilustrasi



317. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang.

318. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian.
Diagnosis: fraktur patologis distal radius ec osteoporosis

319. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian. Pemasangan bidai untuk fraktur distal radius

320. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien.

321. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.

Instruksi Pasien Standar	Nama	Ati
	Usia	62
	Jenis kelamin	Perempuan
	Pekerjaan	Ibu rumah tangga
	Status pernikahan	Menikah
	Pendidikan terakhir	SLTA
	Riwayat Penyakit Sekarang	nyeri pada pergelangan tangan kanan. dialami 1 hari yang lalu saat pasien tergelincir di dapur dan pasien menjaga keseimbangan tubuhnya dengan tangan kanan menahan berat badan di meja dapur. Pasien tidak langsung terjatuh karena sebelumnya ditahan tangan kanan, kemudian tangan kanan terasa nyeri dan membengkak. Pasien mencoba meminum obat penghilang nyeri dan obat gosok. Tetpai nyeri kembali setelah beberapa saat. Pasien memutuskan untuk berobat ke dokter keesokan harinya.
	• Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi	

		• Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	
3	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
3	Kebutuhan Laboran	Tidak ada/Ada, tugas:	
3	Kebutuhan Manekin	Tidak ada/Ada, tugas	
3	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai	
3	Penulis	Nama Institusi	
3	Referensi		

TEMPLATE OSCE STATION

217	Nomor Station	
218	Judul Station	*Sistem Indra*
219	Alokasi Waktu	15 menit
220	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** 2. Mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas
221	Kompetensi Diujikan	**271. Anamnesis** 272. Pemeriksaan fisik/THT 273. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **274. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 275. Tatalaksana non farmakoterapi 276. Tatalaksana farmakoterapi

		277. Komunikasi dan edukasi pasien 278. Perilaku professional
222	Kategori Sistem Tubuh	409. Sistem Saraf 410. Psikiatri **411. Sistem Indra** 412. Sistem Respirasi 413. Sistem Kardiovaskular 414. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 415. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 416. Sistem Reproduksi 417. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 418. Sistem Hematologi dan Imunologi 419. Sistem Muskuloskeletal 420. Sistem Integumen
223	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang Laki-laki, usia 25 tahun, datang ke poliklinik RS dengan keluhan nyeri pada telinga kiri, dialami sejak 2 hari yang lalu. **TUGAS :** 1. Lakukanlah anamnesis untuk pasien ini 2. Tentukan diagnosis,diagnosis banding dan konseling yang dibutuhkan.
224	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 190. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada computer. 191. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis. 192. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan computer. 193. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji. 194. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus). 195. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE.
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 328. Penguji *anamnesis* yang dilakukan peserta ujian 329. Penguji menilai *pemeriksaan fisik/psikiatri* yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik/Psikiatri* *KU:Compos Mentis* *Tanda Vital: TD:110/70 mmHg; N:76x /menit; R: 16x /menit; t: 37* ^{O}C *Toraks:dbn* *Abdomen: dbn* *Ekstremitas:dbn* *Status Lokalis:* *Telinga : Daun Telinga : Normal, nyeri tekan tragus (+)* *Liang Telinga : furunkel (+) pada 1/3 luar liang telinga, Hiperemis* *Membran timpani : Sulit dinilai* 330. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian.

		Diagnosis: Otitis Eksterna sirkumskripta Diagnosis Banding 1: Otitis eksterna difusa Diagnosis Banding 2: Tumor liang telinga Diagnosis Banding 3: Herpes zoster otikus Diagnosis Banding 4: Otitis media akut 331. Penguji melakukan terapi terhadap pasien: c. Tampon telinga liquor burowi filter atau tampon yang dioles salep antibiotika dan anti inflamasi dengan obat tetes telinga d. Antibiotika e. Anti inflamasi/kortikosteroid f. Analgetik 332. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 3. Hindari mengorek telinga 4. Hindari masuk air ke telinga 333. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama	Tn. D
		Usia	25 thn
		Jenis kelamin	Laki-laki
		Pekerjaan	Pegawai Swasta
		Status pernikahan	Belum Menikah
		Pendidikan terakhir	S1
		Riwayat Penyakit Sekarang	
		• Keluhan Utama	Nyeri telinga Kiri
		• Sejak kapan/onset	2 hari
		• Lokasi	Telinga kiri
		• Durasi/frekuensi	Terus menerus
		• Karakteristik	Nyeri mengganggu. Sebelumnya telinga terasa gatal, lalu kemudian dikorek dengan menggunakan tangan. Riwayat keluar cairan dari telinga tidak ada. Riwayat batuk dan pilek tidak ada.
		• Progresi	Semakin memberat
		• Skala nyeri (bila perlu)	5
		• Yang memperparah	
		• Yang mengurangi	Minum obat anti nyeri
		• Usaha yang dilakukan	Beli obat di apotik
		• Obat dipakai saat ini	Asam mefenamat
		Riwayat penyakit dahulu	
		• penyakit relevan	-
		• tindakan bedah/terapi lain	-
		Riwayat penyakit keluarga	
		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	-
		• Rokok	-
		• Narkoba	-
		• Seksual	-
		• Alergi obat	-

		Pertanyaan wajib oleh PS **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 Posisi duduk memegang telinga kiri Raut muka : kesakitan
334	Tata Letak Station	Model 1	
335	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
336	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
337	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: 9. Meja dokter 1 10. Kursi 2 11. Tempat tidur 1 12. Lampu kepala 13. Otoskop 14. THT Set 15. Catatan rekam medik dan ATK 16. Lembar penilaian	
338	Penulis	Departemen THT-KL FK USU	

TEMPLATE OSCE STATION

225	Nomor Station	*Contoh: 5*
226	Judul Station	*Contoh: Keputihan*
227	Alokasi Waktu	15 menit
228	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.)*
229	Kompetensi Diujikan	**279. Anamnesis** **280. Pemeriksaan fisik/psikiatri** **281. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **282. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 283. Tatalaksananonfarmakoterapi 284. Tatalaksana farmakoterapi **285. Komunikasi dan edukasi pasien** 286. **Perilaku profesional**
230	Kategori Sistem Tubuh	421. Sistem Saraf 422. Psikiatri 423. Sistem Indra 424. Sistem Respirasi 425. Sistem Kardiovaskular 426. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 427. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih **428. Sistem Reproduksi** 429. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 430. Sistem Hematologi dan Imunologi 431. Sistem Muskuloskeletal 432. Sistem Integumen
231	Instruksi PesertaUjian	**<u>SKENARIO KLINIK:</u>** Seorang wanita,35 tahun P3Ab0 datang ke poli obgin dengan keluhan keputihangatal **<u>TUGAS :</u>**

		92. Lakukan anamnesis pada pasien ini 93. Tentukan diagnosis, diagnosis banding dan penatalaksanaan pasien ini
232	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 196. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 197. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 198. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 199. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 200. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 201. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 339. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Seorang wanita, 35 tahun, P3Ab0 mengalami keputihan sejak 1 tahun terakhir, keputihannya semakin banyak sejak 1 minggu terakhir, gatal (+) , bau (-), anak terkecil umur 3 tahun, selama ini os pakai kontrasepsi IUD Cu T380A, HaidTerakhir 2 minggu yang lalu, sanggama terakhir 1 minggu yang lalu. Os ingin Pap smear. 340. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Tanda Vital:* *Sensorium : compos mentis* *Anemia (-)* *TD:120/80 mmHg;* *icterus (-)* *N:88x/menit;* *cyanosis (-)* *R:20x/menit;* *dypsnoe (-)* *t:37^{O}C* *oedema (-)* *Hasil Pemeriksaan Fisik* *Kepala/leher: Mata: conjunctiva :dbn* *Toraks: dbn* *Abdomen: dbn* *Ekstremitas: Sup/Inf ;acral hangat.* *Status Lokalis:* *Genitalia:* *Inspeksi: vulva : dbn* *Inspekulo: vagina dbn ,portio erosi (+) tampak benang IUD ,tampak fluor albus seperti tahu (gumpalan susu), ostium uteri internum tertutup.* *VT: uterus antefleksi, besar biasa , cavum douglasi tidak menonjol.* 341. Penguji menilai /kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. *Pemeriksaan Laboratorium/penunjang:* a. Hapusan vagina : periksaan KOH : Hyfa (+) b. papsmear 342. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan

		oleh peserta ujian. Diagnosis: Candidiasis vagina Diagnosis Banding 1: Keputihan fisiologis Diagnosis Banding 2: Bakterial vaginosis Diagnosis Banding 3: Trichomoniasis 343. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. R/ Nystatin ovula No. VII S 1 vag ovule I (vesp) 344. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. Kepada pasien diterangkan bahwa telah terjadi infeksi jamur dan dianjurkan 1 minggu lagi untuk melihat hasil papsmear. 345. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Ny. N 35 tahun Perempuan Pegawai swasta Nikah Sarjana
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Keputihan 1 tahun terakhir vagina Keputihan warna kehijauan, bau amis Awalnya sedikit makin lama makin banyak Membasuh kemaluan

		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak Tidak Aktif Tidak Apakah saya tak perlu di PAP Smear? Sekali sekali menggaruk kemaluan dan menggeser geser pantat
346	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
347	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
348	Kebutuhan Manekin	Manekin pelvik	
349	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai Meja periksa ginekologi Lampu Cocor bebek Kapas Kelly Clamp Kasa steril	
350	Penulis	Nama : dr. Riza Rivany, SpOG. K Institusi : Universitas Sumatera Utara	
351	Referensi		

TEMPLATE OSCE STATION

233	Nomor Station	
234	Judul Station	*Sistem Ginjal dan Saluran Kemih – Pyelonefritis tanpa komplikasi (SKDI: 07.14)*
235	Alokasi Waktu	15 menit
236	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas.
237	Kompetensi Diujikan	**287. Anamnesis** **288. Pemeriksaan fisik** **289. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **290. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 291. Tatalaksananonfarmakoterapi **292. Tatalaksana farmakoterapi** **293. Komunikasi dan edukasi pasien** **294. Perilaku professional**
238	Kategori Sistem Tubuh	433. Sistem Saraf 434. Psikiatri

		435. Sistem Indra 436. Sistem Respirasi 437. Sistem Kardiovaskular 438. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas **439. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih** 440. Sistem Reproduksi 441. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 442. Sistem Hematologi dan Imunologi 443. Sistem Muskuloskeletal 444. Sistem Integumen
239	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita, 40 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan utama nyeri pinggang kanan disertai demam. **TUGAS :** 16. Lakukan anamnesis pada pasien! 17. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien! 18. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan! 19. Tegakkan diagnosis dan dua (2) diagnosis banding! 20. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep, serahkan pada penguji/jelaskan pada pasien! 21. Komunikasikan dan berikan edukasi pada pasien terkait penyakit/tatalaksana/prognosisnya!
240	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 202. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 203. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 204. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 205. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 206. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 207. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS 352. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Anamnesis: - Berapa lama (3 hari) - Lokasi (pinggang kanan, menjalar ke perut bagian depan) - Hal yang memperberat : nyeri bertambah berat pada saat diketok pinggang - Hal yang memperingan: nyeri berkurang setelah makan obat paracetamoll - Nyeri perut bagian bawah pusat juga dijumpai - Mual dijumpai, muntah tidak dijumpai - Demam menggigilsejak 3 hari yang lalu, bersifat naik turun, turun bila minum paracetamol - Buang air kecil nyeri, anyang2an, dan rasa tidak puas sekitar 10 hari ini - Pasien sering kali menahan2 BAK dan minum kurang. - RPT: - - RPO : Paracetamol - Riwayat keluarga (-) 353. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*yang dilakukan oleh peserta ujian

		Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. <u>Hasil Pemeriksaan Fisik</u> KU: tampak lemah Tanda Vital:TD: 120/80mmHg; N:100x/menit; R:20x/menit; t: 39,5^{O}C Kepala/leher: dbn Toraks:dbn Abdomen:nyeri tekan supra pubik Pinggang: nyeri ketok sudut kostovertebrae (+) kanan Ekstremitas:dbn 354. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. <u>Hasil Darah rutin :</u> Hb : 12 gr/dl, Lekosit : 12.000/mm3, Trombosit : 368.000 /mm3. <u>Hasil urinalisa :</u> Protein : +1, Reduksi : -, Urobilinogen : -, Bilirubin : - Sedimen : Eritrosit : 8-10 /lp, Lekosit : 40-60 /lp, silinder lekosit : 10-20/lp, silinder eritrosit : -/lp 355. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis:Pyelonefritis tanpa komplikasi Diagnosis Banding 1:Pyelonefritis dengan komplikasi Diagnosis Banding 2:Cholecystitis Diagnosis Banding 3:Spondilosis Lumbalis 356. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Obat oral golongan fuoroquinolon atau trimetoprim/sulfametoxazol contoh : Levofloxacin 1x250-500 mg selama 7-10 hari, ciprofloxacin 2x500 mg selama 7-10 hari, cotrimoxazol 2x960mg selama 14 hari contoh : R/ Levofloxacyn tab 250 mg No X S 1 dd tab 1 357. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 358. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Ny. S 40 tahun Wanita Ibu rumah tangga Kawin SD
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset	 Nyeri pinggang kanan 3 hariyang lalu, semakin lama semakin nyeri disertai

			demam menggigil, nyeri juga dirasakan di perut bawah pusat, mual dijumpai, muntah tidak dijumpai. Nafsu makan berkurang, minum tetap mau dan tidak dimuntahkan. BAK nyeri, anyang-anyangan, tersendat-sendat, dan tidak puas sekitar 10 hari ini. Pasien sering kali menahan-nahan BAK dan kurang minum sebelum keluhan ini ada. Keluhan nyeri pinggang baru pertama kali, belum pernah sebelumnya.
		• Lokasi	Pinggang kanan dan perut bawah pusat
		• Durasi/frekuensi	Nyeri terus menerus
		• Karakteristik	Nyeri akan bertambah ketika pinggang diketok ataupun perut dibawah pusat ditekan
		• Progresi	Nyeri akan bertambah ketika pinggang diketok ataupun perut dibawah pusat ditekan
		• Skala nyeri (bila perlu)	Vas score 5
		• Yang memperparah	Ketika diketok/ditekan
		• Yang mengurangi	-
		• Usaha yang dilakukan	Minum paracetamoll dibeli di warung, dan perut diberikan kompres hangat pada pinggang dan perutnya.
		• Obat dipakai saat ini	Paracetamol
		Riwayat penyakit dahulu	
		• penyakit relevan	-
		• tindakan bedah/terapi lain	-
		Riwayat penyakit keluarga	-
		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	-
		• Rokok	-
		• Narkoba	-
		• Seksual	-
		• Alergi obat	-
		Pertanyaan wajib oleh PS	Saya sakit apa ya dok?
		Peran yang wajib ditunjukkan	Kedinginan, lemas, sesekali memegang pinggang kanannya
		Foto untuk mol	-
359	Tata Letak Station	Model 1	
360	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
361	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
362	Kebutuhan Set Alat	Set Poliklinik Umum	
363	Penulis	dr. Heny Syahrini, SpPD Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK USU	
364	Referensi	Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam FKUI	

TEMPLATE OSCE STATION

241	Nomor Station	
242	Judul Station	*Sistem Indra*
243	Alokasi Waktu	15 menit
244	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** 3. Mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas
245	Kompetensi Diujikan	295. Anamnesis 296. Pemeriksaan fisik/psikiatri 297. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang 298. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding 299. Tatalaksana non farmakoterapi 300. Tatalaksana farmakoterapi 301. Komunikasi dan edukasi pasien 302. Perilaku professional
246	Kategori Sistem Tubuh	445. Sistem Saraf 446. Psikiatri 447. Sistem Indra 448. Sistem Respirasi 449. Sistem Kardiovaskular 450. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 451. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 452. Sistem Reproduksi 453. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 454. Sistem Hematologi dan Imunologi 455. Sistem Muskuloskeletal 456. Sistem Integumen
247	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita, usia 16 tahun, datang ke poliklinik RS dengan keluhan hidung tersumbat disertai demam sejak 3 hari yang lalu. **TUGAS :** 3. Lakukanlah anamnesis untuk pasien ini 4. Tentukan diagnosis,diagnosis banding dan konseling yang dibutuhkan 5. Melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas
248	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI KHUSUS** **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 365. Penguji *anamnesis* yang dilakukan peserta ujian 366. Penguji menilai *pemeriksaan fisik/psikiatri* yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik/Psikiatri* *KU:Compos Mentis* *Tanda Vital: TD:120/70 mmHg; N:68x /menit; R: 16x /menit; t: 38* ^{O}C *Toraks:dbn* *Abdomen: dbn* *Ekstremitas:dbn* *Status Lokalis:* *Hidung: Kavum Nasi: Sekret kental berwarna kuning dijumpai, mukosa hiperemis, konka inferior edem* *Septum Nasi: Normal*

		367. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: Rhinitis Akut Diagnosis Banding 1: Rhinitis Kronis Diagnosis Banding 2: Rhinitis Alergi Diagnosis Banding 3: Rhinitis Vasomotor Diagnosis Banding 4: Rhinitis Medikamentosa 368. Penguji menilai terapi yang diberikan a. Amoxicillin 3x500 mg atau co amoxiclav 3x625 mg b. Oral nasal dekongestan c. Anti inflamasi/kortikosteroid d. Roborantia 369. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 5. Istirahat Cukup 6. Makan dan minum teratur 370. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Nn. S 16 thn Perempuan Pelajar Belum Menikah SMU
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Hidung Tersumbat 3 hari Hidung Hilang Timbul Hidung tersumbat pada kedua sisi bersifat hilang tiimbul. Pasien juga mengeluhkan bersin-bersin serta keluar ingus kental berwarna kekuningan. Pasien merasa lemas dan demam. Semakin memberat - Minum-minuman dingin Istirahat Beli obat di warung Decolgen
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga**	 - -

		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	-
		• Rokok	-
		• Narkoba	-
		• Seksual	-
		• Alergi obat	-
		Pertanyaan wajib oleh PS	
		Peran yang wajib ditunjukkan	Posisi duduk dengan kondisi hidung tersumbat, bersin sesekali Raut muka : lemah
		Foto untuk mol	
		Model 1	
371	Tata Letak Station	Tidak ada	
372	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
373	Kebutuhan Manekin	Jenis set yang dipakai: 17. Meja dokter 1 18. Kursi 2 19. Tempat tidur 1 20. Lampu kepala 21. THT set 22. Catatan rekam medik dan ATK 23. Lembar penilaian	
374	Kebutuhan Set Alat	Nama : Departemen T.H.T.K.L. Institusi : FK USU	
375	Penulis	Departemen THT-KL FK-USU	

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor station	
2.	Judulstation	**SistemEndokrindan Metabolik: Sindrom Metabolik**
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilaikemampuan anamnesis, pemeriksaanfisik, interpretasi data pemeriksaanpenunjang, menegakkan diagnosis sertapenatalaksanaandan komunikasi edukasi pada kasus…
5.	Kompetensi	303. Kemampuan anamnesis 304. Kemampuanpemeriksaanfisik 305. Melakukantes/prosedurklinikatauinterpretasi data untukmenunjang diagnosis banding atau diagnosis 306. Penegakan diagnosis/diagnosis banding 307. Tatalaksana farmakoterapi 308. Komunikasi dan edukasipasien 309. Perilakuprofesional
6.	Kategori	457. Cardiovascular system 458. Respiratory system 459. Neuro-behaviour 460. Gastrointestinal system 461. Reproductive system 462. Musculoskeletal system **463. Endocrine & Metabolic**

		464. Hematology/Oncology 465. Genitourinary system 466. Head & Neck 467. Special Sensory 468. Psychiatry
7.	Instruksiuntukpesertaujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita berusia 40 tahun, wirasawasta, datang ke puskesmas dengan keluhan mudah capek, sering sakit kepala, dialaminya dalam 3 bulan ini. Terlihat pasien gemuk. Riwayat keluarga sakit gula dan darah tinggi. Kebiasaan makan suka mengemil dan jarang berolahraga. **TUGAS :** 94. Lakukan anamnesis padapasien 95. Lakukanpemeriksaanfisikpadapasien 96. Usulkanjenispemeriksaanpenunjangdanlakukaninterpretasiatas data yang didapatkan, sampaikanpadapenguji 97. Tegakkan diagnose dan diagnose banding, sampaikankepadapenguji 98. Berikanterapifarmakologipadapenderitatersebut
8.	Instruksiuntukpenguji	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita berusia 40 tahun, wirasawasta, datang ke puskesmas dengan keluhan mudah capek, sering sakit kepala, dialaminya dalam 3 bulan ini. Terlihat pasien gemuk. Riwayat keluarga sakit gula dan darah tinggi. Kebiasaan makan suka mengemil dan jarang berolahraga. **TUGAS :** 6. Lakukan anamnesis padapasien 7. Lakukanpemeriksaanfisikpadapasien 8. Usulkanjenispemeriksaanpenunjangdanlakukaninterpretasiatas data yang didapatkan, sampaikanpadapenguji 9. Tegakkan diagnose dan diagnose banding, sampaikankepadapenguji 10. Berikanterapifarmakologipadapenderitatersebut **INSTRUKSI PENGUJI:** 208. Pengujimengamatidanmenilaipenampilanpesertaberdasarkanlembar penilaian. 209. Pengujitidakdiperbolehkanmelakukaninterupsiataupunbertanyakepadapesertaselain yang ditentukan. 210. Pengujimemberikaninformasiterhadap data yang dibutuhkan**setelah**pesertamelakukanpemeriksaanfisiksesuaidenganapa yang diperiksaolehpeserta (jikaada). **Pemeriksaan Anamnesis:** - **Berapa lama (3 bulan)** - **Keluhan berdasarkan kriteria sindrom metabolik** - **Berat badan berlebih** - **Kebiasan hidup sehari-hari** - **Riwayat keluarga** - **Riwayatkeluarga (-)** **PemeriksaanFisik:** - **Pemeriksaan vital sign: TDS/TDD** - **Mata: dbn** - **Leher : acantosis nigricans,TVJ** - **Jantung : Takikardia (+)** - **Ekstremitas inferior : edema (+/-)**

		PemeriksaanPenunjang: - **Darahlengkap : Normal** - **Urin rutin** - **OGTT, Gula darah puasa, 2PP** - **Lipid profil** - **Ureum, Kreatinin** - **EKG** **Diagnosa: Sindrom Metabolik** **Terapi non farmakologik** - **Pengaturan diet** - **Aktivitas rutin – Olahraga** **Terapi farmakologik** - **Metformin** - **Thiazolidinedione (TZD)** - **Obat penurun lipid: statin, fibrat**
9.	Instruksiuntukpasienstandar	Nama : A Rentang usia : 20 tahun Jenis kelamin : P Pekerjaan : Mahasiswi, gemik Status :Belum kawin pernikahan :Kuliah Pendidikan terakhir **Riwayatpenyakitsekarang** • Keluhanutama : Mudah capek • Sejakkapan : 3 bulan ini • Perjalananpenyakit : - - Keluhan lain terkaitkeluhanutama : berat badan berlebih, jarang berolahraga • Riwayatpengobatansekarang: - **Riwayatpenyakitdahulu** • - **Riwayatpenggunaanobat** • - **Riwayatpenyakitkeluarga** • - **Riwayatkebiasaansosial** • -
10.	Denahruangan	
11.	Peralatan yang dibutuhkan	- Setting ruangan dokter pasien - Meja dan kursi dokter 1 set - Kursi pasien 1 buah - Meja dan kursi penguji 1 set - Meja peralatan 1 buah - Bed pemeriksaan 1 set - Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah - Alkoholgliserin spray 1 buah - Rekammedis 1 buah - Blanko pemeriksaan penunjang 1 buah - Blankoresep 1 buah - Tempatsampahmedistertutup 1 buah

		- Tempatsampahnonmedis 1 buah - Tissue 1gulung - Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) 1 buah - Ballpoint - Stetoskop - Manikin
12.	Penulis	dr. Institusi:
13.	Referensi	

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor station	
2.	Judul station	*Sistem Endokrin, Metabolik dan Nutrisi – Malnutrisi energi protein; Kwasiorkor*
3.	Alokasi Waktu	15 menit
4.	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas*
5.	Kompetensi Diujikan	**310. Anamnesis** **311. Pemeriksaan fisik** 312. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **313. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **314. Tatalaksananonfarmakoterapi** 315. Tatalaksana farmakoterapi **316. Komunikasi dan edukasi pasien** 317. **Perilaku profesional**
6.	Kategori Sistem Tubuh	469. Sistem Saraf 470. Psikiatri 471. Sistem Indra 472. Sistem Respirasi 473. Sistem Kardiovaskular 474. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 475. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 476. Sistem Reproduksi **477. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi** 478. Sistem Hematologi dan Imunologi 479. Sistem Muskuloskeletal 480. Sistem Integumen
7.	Instruksi Peserta Ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang anaklaki-laki berusia 1 tahun8 bulan tahun dibawa ibunya kePuskesmas dengan keluhan badan lemah dan bertambah kurus. **TUGAS:** 6. Lakukan allo-anamnesis terhadap pasien ini 7. Lakukan pemeriksaan fisik dan antropometri anak 8. Buatlah diagnosis dan diagnosis banding terhadap pasien ini 9. Buat tatalaksana pasien ini 10. Lakukan edukasi pencegahan terhadap pasien ini
8.	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 211. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 212. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 213. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta

		ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 214. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 215. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 216. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **Hasil pemeriksaan fisik** **Status generalis:**Tampak lemah, apatis **Pemeriksaan antropometri:**Berat badan : 6 kg; Tinggi badan : 70 cm; Lingkar kepala : 45 cm; Lingkar lengan atas (LiLA) : 10 cm **Tanda vital:**Frekuensi nafas: 20x/menit**;** Frekuensi nadi: 60x/menit; Suhu: 36,5^{o}C **Kepala:**Kepala: Rambut kering, tipis, agak kemerahan dan mudah rontok Wajah membulat dan tampak bengkak (edema) Mata: pandangan tampak sayu, konjungtiva anemis **Leher:** Kelenjar getah bening tidak membesar **Thorak:** Jantung: bradikardi 60 x per menit; regular; tidak ada desah Paru: frekuensi nafas 20x per menit, regular, tidak ada ronki **Perut:** Perut membesar, dijumpai ascites, dijumpai pembesaran hati **Ekstremitas**: Otot-otot hipotrofi, lemak subkutis sangat sedikit Pembengkakan (edema) pada punggung kaki Kulit kering, dijumpai bercak merah muda dan mengelupas (crazy pavement dermatosisi) Penguji menunjukkan gambar anak setelah peserta melakukan pemeriksaan antropometri dan fisik. Tampak anak:

		
	Instruksi Pasien Standar	Nama Ibu : Surti Rentang usia : 33 tahun Jenis kelamin : Perempuan Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga Status pernikahan : Menikah Pendidikan terakhir : SD : Anto, diperankan dengan manekin : 1 tahun 8 bulan Nama anak : Laki-laki Rentang usia : - Jenis kelamin Pekerjaan **Riwayat penyakit sekarang** • Keluhan utama : Badan lemah, berat badan bertambah kurus • Sejak kapan :Enambulan laludan semakin berat sejak satu bulan terakhir. • Perjalanan penyakit : Diare berulang, badan kurus. • Keluhan lain terkait keluhan utama : Kehilangan berat badan sampai berakibat kurus, tidak selera makan • Hal-hal yang memperburuk keluhan : Kelihatan wajah dan badan dan kaki anak bengkak • Riwayat Makanan :Makan dua kali sehari dengan menu nasi dan kecap. **Riwayat penyakit dahulu : -** **Riwayat penyakit keluarga : -** **Riwayat kebiasaan sosial** • Ayah tidak mempunyai pekerjaan tetap dengan ekonomi keluarga miskin • Pasien adalah anak bungsu dari empat bersaudara • Diet :Makan dua kali sehari dengan menu nasi dan kecap. • Riwayat lingkungan dan kebiasaan sehari-hari : Tinggal di daerah yang kumuh dan kurang bersih
9.	Tata Letak Station	Model 1
10.	Kebutuhan Laboran	-
11.	Kebutuhan Manekin	-
12.	Kebutuhan Set Alat	- Setting ruangan dokter pasien - Meja dan kursi dokter 1 set

		- Kursi pasien 2 buah - Meja dan kursi penguji 1 set - Meja peralatan 1 buah - Bed pemeriksaan 1 set - Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah - Stetoskop anak 1 buah - Termometer raksa untuk aksila 1 buah - Penlight 1 buah - Timbangan berat badan 1 buah - Pengukur tinggi badan 1 buah - Meteran kecil pengukur lingkar kepala 1 buah - Meteran pengukur LiLA 1 buah - Grafik Child Growth Standart WHO 24 lembar - Rekam medis 24 lembar - Tempat sampah medis tertutup 1 buah - Tempat sampah nonmedis 1 buah - Tissue 1 kotak - Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) 1 buah - Ballpoint 1 buah
12.	Penulis	Dr. Lili Rohmawati SpA Departemen Ilmu Kesehatan Anak
13.	Referensi	Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk I dan II

SOAL STASION ASMA

1	Nomor station	
2	Judul stasion	**Asma**
3	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4	Tujuan station	1. Dapat melakukan anamnesis penyakit paru dengan baik dan terarah 2. Dapat menyebutkan diagnosis berdasarkan anamnesis 3. Dapat menentukan penatalaksanaan awal 4. Dapat menyebutkan penatalaksanaan selanjutnya 5. Berlaku secara profesionalisme
5	kompetensi	**1. Kemampuan anamnesis** 2. Kemampuam pemeriksaan fisik 3. Melakukan tes/prosedur klinik atau interpretasi data untuk menunjang diagnosis banding atau diagnosis **4. Penegakan diagnosis/diagnosis banding** 5. Tatalaksana **6. Farmakoterapi** 7. Non farmakoterapi **8. Komunikasi dan edukasi pasien** **9. Perilaku profesional**
6	Kategori	8. Gawat nafas dan intervensi paru 9. Infeksi **10. Asma-PPOK** 11. Faal paru 12. Paru kerja 13. Imunologi 14. Onkologi toraks
7	Insrtuksi untuk peserta	Skenario: Seorang laki-laki , 35 tahun datang ke instalasi gawat darurat dengan keluhan sesak nafas yang semakin memberat sejak 2 hari sebelumnya.

		Tugas : 1. Lakukan anamnesis terarah pada pasien ini 2. Mintalah hasil pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan visis paru pada penguji! 3. Sebutkan diagnosis pasien tersebut 4. Adakah tanda-tanda kegawatdaruratan pada pasien? 5. Bila ada, sebutkan tata laksana untuk kegawatdaruratan pasien! 6. Mintalah hasil pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan pascatatalaksana awal! 7. Sebutkan pengobatan yang akan diberikanpada pasien saat pulang
8	Instruksi untuk penguji	Skenario: Seorang laki-laki, 35 tahun datang ke instalasi gawat daruratdengan keluhan sesak nafas yang semakin memberat sejak 2 hari sebelumnya. Sesak nafas disertai bunyi 'ngik-ngik'. Pasien juga mengeluh batuk berdahak disertai pilek sejak 1 minggu sebelumnya dengan lendir berwarna kehijauan. Sesak nafas semakin memberat sehingga pasien susah bernafas terutama bila tiduran. Pasien menderita asma sejak usia 5 tahun sampai saat ini.serangan asma dalam 3 bulan terakhir hampir setiap hari, terutama waktu menjelang subuh atau saat pasien pulang kerja terlambat. Pasien sering terbangun malam hari karena sesak dalam 2 minggu terakhir. Karena sesak, pasien sering menggunakan obat pelega semprot hampir setiap hari tetapi tidak perbaikan. Pekerjaan pasien terganggu karena penyakit ini. Pasien bekerja di pabrik pupuk (bagian pencampuran) . Riwayat penyakit lain terdahulu: riwayat penyakit tifus 3 tahun yang lalu. Riwayat penyakit keluarga : ayah dan adik pasien juga menderita asma. Riwayat sosial: • pasien bekerja di pabrik pupuk (bagian pencampuran) • pasien sudah menikah tetapi belum memiliki anak • merokok 2-3 batang perhari selama 5 tahun Tugas: 1. lakukan anamnesis terarah pada pasien ini! 2. Mintalah hasil pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan visis paru pada penguji! 3. Sebutkan diagnosisi pasien tersebut! 4. Adakah tanda-tanda kegawatdaruratan pada pasien? 5. Bila ada, sebutkan tata laksana untuk kegawatdaruratan pasien! 6. Mintalah hasil pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan pascatatalaksana awal! 7. Sebutkan pengobatan yang akan diberikan saat pulang Instruksi untuk penguji: 4. Dengarkan anamnesis kandidat pada pasien 5. Jangan berikan komentar dan intervensi apapun terhadap kandidat 6. Berikan kertas hasil pemeriksaan fisis dan penunjang lain pada kandidat setelah kandidat melakukan anamnesis • Tanda vital: TD: 140/90 mmhg, FN: 110 x/menit, T: 37 C • Berat badan: 55 kg, Tinggi badan: 165 cm • Pemeriksaan fisis didapatkan penggunaan otot bantu nafas (+) • Pemeriksaan fisis paru

		○ Inspeksi : simetris saat statis dan dinamis ○ Palpasi: fremitus kanan sama dengan kiri ○ Perkusi: sonor dikrdua lapangan paru ○ Auskultasi : vesikuler di kedua lapangan paru,ronchi tidak ada, mengi dikedua lapangan paru saat ekspirasi • APE: 450 ml/detik • Saturasi O2 (pulse oksimetri): 93% 7. Dengarkan kandidat menyebutkan diagnosis • Asma akut sedang pada asma persisten sedang, asma tidak terkontrol • Infeksi: bronkitis akut 8. Dengarkan kandidat menyebutkan penatalaksanaan kegawatdaruratan asma • Oksigen untuk mencapai saturasi O2≥90% • Inhalasi agonis β-2 dalam 60 menit • Glukokortikosteroid sistemik bila tidak ada respon segera atau pasien baru mendapatkan KS oral atau gejala berat • Penilaian dilakukan setelah 1 jam 9. Berikan lembaran hasil pemeriksaan fisis dan tanda vital pasien setelah penatalaksanaan kegawatdaruratan • Sesak berkurang, TD 120/80 mmhg, FN: 76 x/menit, FP: 18 x/menit, T:36,7 C, saturasi O2 (pulse oksimetri): 99% • Pemeriksaan fisis tidak ditemukan penggunaan alat bantu nafas • Pada auskultasi tidak ditemukan mengi • APE: 550 I/detik → cari nilai prediksi 10. Dengarkan kandidat menyebutkan tata laksana saat pasien dipulangkan • Pelega : agonis β2 inhalasi • Pengontrol (pilih salah satu) ○ Glukokortikosteroid ihalasi dosis rendah kombinasi agonist β2 kerja lama ○ Glukokortikosteroid inhalasi dosis sedang atau tinggi ○ Glukokortikosteroid inhalasi dosis rendah ditambah *leukotrinemodifier* ○ Glukokortikosteroid inhalasi ditambah teofilin lepas lambat • Antibiotik (pilih salah satu): ○ Makrolid , oral ○ Cephalosporin generasi 2 atau 3, oral • Menghindari faktor pencetus • Kontrol teratur ke dokter • Secara teratur menggunakan obat-obat asma • Berkonsultasi dengan dokter paru untuk nasehat perlindungan saat kerja apabila lingkungan kerja menjadi pencetus 11. Beri penilaian secara objektif performans kandidat sesuai form yang tersedia.
10	Instruksi untuk pasien simulasi	Nama : nama SP sendiri Rentang usia : 35 tahun Jenis kelamin : laki-laki Suku : sesuai suku SP sendiri Alamat : sesuai alamat pasien sendiri Pekerjaan : bekerja di pabrik pupuk bagian pencampuran Status pernikahan : menikah , belum memiliki anak Pendidikan terakhir: Sekolah Menengah Atas (SMA)

		Riwayat pekerjaan sekarang : • Keluhan utama : sesak nafas yang semakin memberat • Lokasi : pernafasan/dada • Sejak kapan : 1 minggu yang lalu • Riwayat penyakit sekarang : Seorang laki-laki, 35 tahun datang ke instalasi gawat darurat dengan keluhan sesak nafas yang semakin memberat sejak 2 hari sebelumnya. Sesak nafas disertai bunyi 'ngik-ngik'. Pasien juga mengeluh batuk berdahak disertai pilek sejak 1 minggu sebelumnya disertai lendir berwarna kehijauan. Sesak nafas semakin memberat sehingga pasien susah bernafas terutama bila tiduran. Pasien menderita asma sejak usia 5 tahun sampai saat ini. Serangan asma dalam 3 bulan terakhir hampir setiap hari, terutama waktu menjelang subuh atau saat pasien pulang kerja terlambat. Pasien sering terbangun malam hari karena sesak dalam 2 minggu terakhir. Karena sesak, pasien sering menggunakan obat pelega semprot hampir setiap hari tapi tidak ada perbaikan. Pekerjaan pasien terganggu karena penyakit ini. Pasien bekerja di pabrik pupuk (bagian pencampuran). Riwayat penyakit terdahulu: riwayat penyakit tifus 3 tahun yang lalu. Riwayat penyakit keluarga: ayah dan adik pasien juga menderita asma. Riwayat sosial : • Pasien bekerja di pabrik pupuk (bagian pencampuran) • Pasien sudah menikah tetapi belum mempunyai anak • Merokok 2-3 batang perhari selama 5 tahun Peran yang harus dilakukan: Wawancara dilakukan dalam posisi duduk, SP agak gelisah, tampak sesak, raut muka sedih. Sesekali batuk-batuk. Jawab pertanyaan kandidat sesuai skenario. Menjawab pertanyaan dalam **kalimat dankadang-kadang tersengal-sengal.** Bila ada pertanyaan diluar skenario jawab dengan "tidak ada" atau "tidak tahu". Tidak dilakukan pemeriksaan fisis.
	Peralatan yang dibutuhkan	• Peralatan standar (tempat tidur, bantal, selimut, tensimeter, termometer,jam) • Hasil pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan fisis paru
11	Penulis	
12	Refrensi	• Pedoman penatalaksanaan asma, Perhimpunan Dokter Paru Indonesia , 2011 • GINA 2012

TEMPLATE OSCE STATION

1.	Nomor Station	
2.	Judul Station	*Sistem Indra*
3.	Alokasi Waktu	15 menit
4.	Tingkat Kemampuan Kasus yang diujikan	Tingkat Kemampuan SKDI: 4A 4. Mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas
5.	Kompetensi Diujikan	318. Anamnesis 319. Pemeriksaan fisik/psikiatri 320. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang 321. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding 322. Tatalaksana non farmakoterapi 323. Tatalaksana farmakoterapi 324. Komunikasi dan edukasi pasien 325. Perilaku professional
6.	Kategori Sistem Tubuh	*Sistem Indra*
7.	Instruksi Peserta Ujian	SKENARIO KLINIK: Anak perempuan, 5 tahun, mahasiswi, datang dengan diantar orang tuanya ke UGD RSUD dengan keluhan utama hidung berdarah, dialami sejak 15menit yang lalu.Sudah beberapa kali dialami sejak 2 bulan ini, terutama setelah banyak beraktivitas. Darah mengalir aktif dari hidung kanan. TUGAS: 1. Lakukan anamnesis untuk pasien ini. 2. Tentukan diagnosis, diagnosis banding dan konseling yang dibutuhkan. 3. Melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas.
8.	Instruksi Penguji	Instruksi Khusus 1. Penguji menilai anamnesis yang dilakukan peserta ujian 2. Penguji menilai pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh peserta ujian. Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan dibawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. Hasil Pemeriksaan Fisik KU : Compos mentis Tanda Vital : TD 100/70 mmHg; N: 80x/menit; RR 22x/menit; t 36,8˚C Toraks:dbn Abdomen: dbn Ekstremitas:dbn Status Lokalis: Telinga : Normal Hidung : Kavum Nasi : Darah (+) Septum Nasi : Hiperemis, sumber perdarahan (+) di superoanterior septum. Tidak ada massa dan polip pada cavum nasi. Orofaring : tidak tampak darah mengalir pada dinding faring 3. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang.

		4. penguji menilai diagnosis dan diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis : Epistaksis 5. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian: a. Penekanan bagian hidung b. Pemasangan tampon hidung bila perdarahan tidak berhenti Pemasangan tampon anterior : a. Peganglah speculum hidung dengan cara : ibu jari pada '*joint*', jari telunjuk diletakkan pada dorsum hidung dan jari lainnya pada batang spekulum untuk memegang. b. Masukkan speculum ke nostril kiri/kanan, speculum harus selalu terbuka dan diarahkan ke superior dan jangan ke lantai hidung c.Dipasang tampon kapas yang telah diberi larutan pantocaine 1% atau lidocaine (dengan atau tanpa 1-2 tetes larutan epinefrin 1 : 1.000) disimpan di rongga hidung selama 3-5 menit. Evaluasi sumber perdarahan setelah tampon kapas dibuka. d. Pasanglah tampon hidung anterior yang telah dilapisi salep antibakteri ke dalam rongga hidung. e. Tampon dipasang dengan cara berlapis-lapis (layering) mulai dari dasar hidung ke koana di belakang dan sampai setinggi konka media di atas. f. Setelah tampon terpasang dengan baik di dalam rongga hidung, pasanglah kasa + plester di anterior untuk menahan tampon supaya tidak keluar. 6. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian: 1. Antibiotik profilaksis 2. Anti Perdarahan 7. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan kepada pasien: Perdarahan dari hidung dapat disebabkan oleh berbagai hal seperti trauma, gangguan perdarahan, hormonal dan lain-lain. Perdarahan dari hidung dapat berasal dari hidung bagian depan dan belakang. Peradarahan dapat berhenti spontan, dengan penekanan, atau dengan pemasangan tampon serta anti perdarahan. Apabila dilakukan pemasangan tampon, pasien harus menjalani observasi/rawat inap dan antibiotika. 8. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.
9.	Instruksi Pasien Standar	Nama : S Usia : 5 tahun Jenis Kelamin : Perempuan Status Pernikahan : Belum menikah Riwayat Penyakit Sekarang

		Keluhan Utama : hidung berdarah, dialami sejak 15 menit yang lalu. Sudah beberapa kali dialami sejak 2 bulan ini, terutama setelah banyak beraktivitas. Darah mengalir aktif dari hidung kanan. Tidak ada riwayat trauma hidung, tidak ada riwayat mengorek-ngorek hidung. Riwayat penyakit dahulu : tidak ada riwayat gangguan pembekuan darah. Riwayat penyakit keluarga : tidak ada riwayat penyakit darah dalam keluarga. Riwayat pemakaian obat-obatan: tidak ada riwayat pemakaian obat-obatan yang mempengaruhi pembekuan darah. Pertanyaan wajib oleh PS Peran yang wajib ditunjukkan : Posisi duduk, menekan cuping hidung
10.	Tata Letak Station	Model 2
11.	Kebutuhan Laboran	Tidak ada
12.	Kebutuhan Manekin	Tidak ada
	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: 24. Meja dokter 1 25. Kursi 2 26. Tempat tidur 1 27. Lampu kepala 28. THT set 29. Catatan rekam medik dan ATK 30. Lembar penilaian
12.	Penulis	Nama : Departemen T.H.T.K.L. Institusi : FK USU

TEMPLATE OSCE STATION

249	Nomor Station	
250	Judul Station	*Sistem Integumen-Tinea Kapitis (SKDI: Penyakit-12.18)*
251	Alokasi Waktu	15 menit
252	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas
253	Kompetensi Diujikan	**326. Anamnesis** **327. Pemeriksaan fisik** **328. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **329. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 330. Tatalaksananonfarmakoterapi **331. Tatalaksana farmakoterapi** **332. Komunikasi dan edukasi pasien** **333. Perilaku professional**
254	Kategori Sistem Tubuh	481. Sistem Saraf 482. Psikiatri 483. Sistem Indra 484. Sistem Respirasi 485. Sistem Kardiovaskular 486. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 487. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 488. Sistem Reproduksi

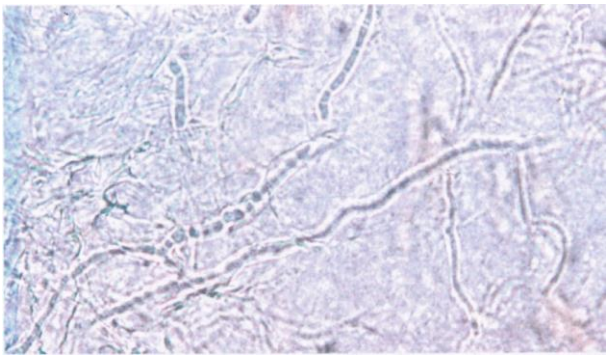
		489. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 490. Sistem Hematologi dan Imunologi 491. Sistem Muskuloskeletal **492. Sistem Integumen**
255	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang anak laki-laki usia 8 tahun, datang bersama ibunya ke puskesmas dengan keluhan kebotakan pada kepala sejak 5 bulan lalu. **TUGAS :** 99. Lakukan anamnesis untuk pasien ini 100. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien 101. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan interpretasi hasil pemeriksaan 102. Tentukan diagnosis dan 2 diagnosis banding 103. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep serahkan pada penguji 104. Lakukan komunikasi dan edukasi pasien untuk pasien ini
256	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 217. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 218. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 219. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 220. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 221. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 222. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS 376. Penguji menilai anamnesisyang dilakukan peserta ujian Peserta ujian menanyakan kepada pasien: a. Sejak kapan timbul kebotakan? b. Apakah ada rasa gatal? c. Apakah semakin meluas? d. Apakah ada sisik-sisik pada kulit kepala? e. Apakah suka meminjam barang milik orang lain seperti topi atau sisir? f. Apakah sudah pernah diobati? g. Apakah pernah mengalami hal yang sama sebelumnya? h. Apakah ada hewan peliharaan dirumah? i. Apakah di keluarga ada yang mengalami hal yang sama? 377. Penguji menilai pemeriksaan fisikyang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. Hasil Pemeriksaan Fisik KU: Compos mentis Tanda Vital:TD: 120/80mmHg; N: 80/menit; R: 22/menit; t:36,8^{O}C; BB:30 kg Kepala/leher: Status dermatologis: alopesia soliter ukuran plakat dengan skuama dan warna rambut sekitar kusam pada regio parietalis Toraks: dalam batas normal Abdomen:dalam batas normal Ekstremitas:dalam batas normal

Lampiran foto



378. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang
Pemeriksaan penunjang: KOH 10%
Penguji memberikan foto hasil pemeriksaan KOH 10%. Bila diminta oleh peserta ujian.

Gambar:



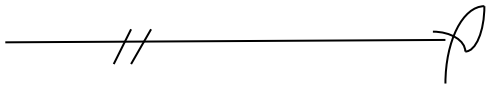
Interpretasi hasil: Hifa dan spora (+)

379. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian.
Diagnosis: Tinea kapitis
Diagnosis Banding 1:Alopesia areata
Diagnosis Banding 2:Dermatitis seboroik

380. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian dan diserahkan kepada penguji
* Sistemik: (pilih salah satu)
Griseofulvin,10-20 mg/kgbb/hari, tablet, 6-8 mgg (250mg)
Flukonazol, 6 mg/kgbb/hari, tablet, 20 hari (100mg, 50mg)
Itrakonazol, 3-5 mg/kgbb/hari, tablet, 4-6 mgg (100mg)
Terbinafine, 3-6 mg/kgbb/hari, tablet, 4-8 mgg

* Topikal (Fluid/Sampo): (pilih salah satu)
Selenium sulfida 1% / 2,5 %
Zinc pirition 1% / 2%
Povidon iodin 2,5%
Ketokonazol 2 %
→ 2-4 kali seminggu untuk 2-4 minggu

R/ Girseofulvintab 250 mg No XIV
S1 ddtab 2

		R/ Selenium sulfida2,5% Flas No I Sue  381. Penguji menilai komunikasi dan edukasi oleh peserta ujian kepada pasien. Pasien dianjurkan untuk menjaga kebersihan kepala dan rambut dengan rajin mencuci rambut, tidak menggunakan sisir atau topi secara bergantian dengan orang lain, hindari kontak erat dengan hewan peliharaan seperti kucing atau anjing. 382. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Simon 8 tahun Laki-laki Pelajar Belum menikah SD
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Kebotakan disertai rasa gatal 5 bulan yang lalu Kepala - Terdapat sisik dan rambut kusam disekitar kebotakan Semakin melebar dalam 1 bulan ini - - - - -
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat Hewan peliharaan **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 - - - - - - - Anjing Penyebabnya apa? Rambut bisatumbuh kembali atau tidak? Terkadang menggaruk kepala (di area kebotakan)
383	Tata Letak	Model 1	

	Station	
384	Kebutuhan Laboran	Tidak ada
385	Kebutuhan Manekin	Tidak ada
386	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai: 17. Meja dokter 1 18. Kursi 2 19. Kaca pembesar 1 20. Catatan rekam medis dan ATK 21. Lembar penilaian
387	Penulis	dr. Cut Putri Hazlianda, M.Ked(DV), SpDV Departemen Kulit dan Kelamin Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
388	Referensi	Fitzpatrick Dermatology, edisi 8, 2012

TEMPLATE OSCE STATION

257	Nomor Station	*Contoh: 5*
258	Judul Station	*Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi–DM tipe 2 dengan malnutrisi*
259	Alokasi Waktu	15 menit
260	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas.
261	Kompetensi Diujikan	334. Anamnesis 335. Pemeriksaan fisik/psikiatri **336. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **337. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **338. Tatalaksananonfarmakoterapi** 339. Tatalaksana farmakoterapi **340. Komunikasi dan edukasi pasien** **341. Perilaku professional**
262	Kategori Sistem Tubuh	493. Sistem Saraf 494. Psikiatri 495. Sistem Indra 496. Sistem Respirasi 497. Sistem Kardiovaskular 498. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 499. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih 500. Sistem Reproduksi **501. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi** 502. Sistem Hematologi dan Imunologi 503. Sistem Muskuloskeletal 504. Sistem Integumen
263	Instruksi PesertaUjian	**<u>SKENARIO KLINIK:</u>** Seorang laki-laki usia 58 tahun bekerja sebagai pegawai kantoran, datang ke praktek dokter dengan keluhan badan tambah kurus dan lemas 3 bulan ini. Pasien merasa makannya cukub banyak, tetapi berat badan tidak kunjung naik, bahkan lemas juga masih dirasakan. Pasien juga mengeluhkan sering berkemih dan merasa haus sejak 3 bulan ini. Penurunan berat badan dijumpai sekitar 10 kg dalam 5 bulan ini. Kesemutan juga dirasakan penderita pada kedua kakinnya selama 3 bulan terakhir. Riwayat penyakit keluarga tidak jelas Pemeriksaan fisik : KU:tampak sakit sedang Tanda Vital:TD: 110/70 / mmHg; N: 88x /menit; RR: 20x /menit; t:36,8^{O}C BB : 47 kg, TB : 165 cm

		Kepala/leher: dbn Toraks:dbn Abdomen:dbn Ekstremitas:dbn **<u>TUGAS : TUGAS :</u>** 105. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan, sampaikan pada penguji 106. Tegakkan diagnose dan sampaikan kepada penguji 107. Berikan tatalaksana non farmakologi berupa perhitungan diet penderita
264	Instruksi Penguji	**<u>INSTRUKSI UMUM</u>** 223. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 224. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 225. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 226. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 227. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 228. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		<u>INSTRUKSI KHUSUS</u> **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 389. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. **Darah rutin : Hb 12 gr/dl, Lekosit 6500/mm3, Trombosit : 235000/mm3** **Urin rutin : reduksi +2, protein -, bilirubin -, urobilinogen -, sedimen urin : dbn** **KGD N : 160 mg/dl, KGD 2jPP : 350 mg/dl, Albumin darah : 2,6 mg/dl** 390. Penguji menilai diagnosis yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis:DM tipe 2 dengan malnutrisi Diagnosis Banding : DM tipe lain dengan malnutirisi, DM tipe 1 dengan malnutrisi 391. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian **Menghitung Diet DM :** **Diet DM : 30 kkal x BB ideal (kg) = 30 kkal x 65 =1950 kkal** **Penyesuaian kebutuhan diet DM :** **Underweight → diet ditambahkan 20% dari kebutuhan awal** **Total penyesuaian :** **Usia > 40 thn → diet dikurangi 5% dari kebutuhanawal** **20%-5%+10% = 25%** **Aktivitas ringan → diet ditambahkan 10% dari kebutuhan awal** **Total kebutuhan : Diet DM + Penyesuaian = 1950 + (25% x 1950) = 1950 + 487,5 = 2437,5**

		kkal/hari ~ 2500 kkal/hari **#Keterangan : BB ideal adalah Tinggi badan – 100 = 165-100 = 65 kg** 392. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 393. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	
394	Tata Letak Station	Model 1	
395	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
396	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
397	Kebutuhan Set	Jenis set yang dipakai	

	Alat	
398	Penulis	Nama dr. Heny Syahrini, M.Ked (PD), SpPD + dr. Melati Silvanni Nst, M.Ked (PD), SpPD Institusi : FK USU
399	Referensi	1. Buku ajar ilmu penyakit dalam FKUI

TEMPLATE OSCE STATION

265	Nomor Station	
266	Judul Station	*Sistem Ginjal dan Saluran Kemih – Pyelonefritis tanpa komplikasi*
267	Alokasi Waktu	15 menit
268	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas.
269	Kompetensi Diujikan	**342. Anamnesis** **343. Pemeriksaan fisik** **344. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **345. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** 346. Tatalaksananonfarmakoterapi **347. Tatalaksana farmakoterapi** **348. Komunikasi dan edukasi pasien** **349. Perilaku professional**
270	Kategori Sistem Tubuh	505. Sistem Saraf 506. Psikiatri 507. Sistem Indra 508. Sistem Respirasi 509. Sistem Kardiovaskular 510. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas **511. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih** 512. Sistem Reproduksi 513. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 514. Sistem Hematologi dan Imunologi 515. Sistem Muskuloskeletal 516. Sistem Integumen
271	Instruksi PesertaUjian	**<u>SKENARIO KLINIK:</u>** Seorang wanita, 40 tahun, datang ke puskesmas dengan keluhan utama nyeri pinggang kanan disertai demam. **<u>TUGAS :</u>** 22. Lakukan anamnesis pada pasien! 23. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien! 24. Usulkan jenis pemeriksaan penunjang dan lakukan interpretasi atas data yang didapatkan! 25. Tegakkan diagnosis dan dua (2) diagnosis banding! 26. Berikan tatalaksana farmakoterapi, tuliskan resep, serahkan pada penguji/jelaskan pada pasien! 27. Komunikasikan dan berikan edukasi pada pasien terkait penyakit/tatalaksana/prognosisnya!

272	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 229. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 230. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 231. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 232. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 233. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 234. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 400. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Anamnesis: - Berapa lama (3 hari) - Lokasi (pinggang kanan , menjalar ke perut bagian depan) - Hal yang memperberat : nyeri bertambah berat pada saat diketok pinggang - Hal yang memperingan: nyeri berkurang setelah makan obat paracetamoll - Nyeri perut bagian bawah pusat juga dijumpai - Mual dijumpai, muntah tidak dijumpai - Demam menggigilsejak 3 hari yang lalu, bersifat naik turun, turun bila minum paracetamol - Buang air kecil nyeri, anyang2an, dan rasa tidak puas sekitar 10 hari ini - Pasien sering kali menahan2 BAK dan minum kurang. - RPT: - - RPO : Paracetamol - Riwayat keluarga (-) 401. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. <u>Hasil Pemeriksaan Fisik</u> KU: tampak lemah Tanda Vital:TD: 120/80 mmHg; N:100x/menit; R:20x/menit; t 39,5:^{O}C Kepala/leher: dbn Toraks:dbn Abdomen:nyeri tekan supra pubik Pinggang : nyeri ketok sudut kostovertebrae (+) kanan Ekstremitas:dbn 402. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. <u>Hasil Darah rutin :</u> Hb : 12 gr/dl, Lekosit : 12.000/mm3, Trombosit : 368.000 /mm3. <u>Hasil urinalisa :</u> Protein : +1, Reduksi : -, Urobilinogen : -, Bilirubin : - Sedimen : Eritrosit : 8-10 /lp, Lekosit : 40-60 /lp, silinder lekosit : 10-20/lp,

		silinder eritrosit : -/lp 403. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis:Pyelonefritis tanpa komplikasi Diagnosis Banding 1:Pyelonefritis dengan komplikasi Diagnosis Banding 2:Cholecystitis Diagnosis Banding 3:Spondilosis Lumbalis 404. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Obat oral golongan fuoroquinolon atau trimetoprim/sulfametoxazol contoh : Levofloxacin 1x250-500 mg selama 7-10 hari, ciprofloxacin 2x500 mg selama 7-10 hari, cotrimoxazol 2x960mg selama 14 hari contoh : R/ Levofloxacyn tab 250 mg No X S 1 dd tab 1 405. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 406. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Ny. S 40 tahun Wanita Ibu rumah tangga Kawin SD
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Nyeri pinggang kanan 3 hari yll, semakin lama semakin nyeri disertai demam menggigil, nyeri juga dirasakan di perut bawah pusat, mual dijumpai, muntah tidak dijumpai. Nafsu makan berkurang, minum tetap mau dan tidak dimuntahkan. BAK nyeri, anyang2an, tersendat2, dan tidak puas sekitar 10 hari ini . Pasien sering kali menahan2 BAK dan kurang minum sebelum keluhan ini ada. Keluhan nyeri pinggang baru pertama kali, belum pernah sebelumnya. Pinggang kanan dan perut bawah pusat Nyeri terus menerus Nyeri akan bertambah ketika pinggang diketok ataupun perut dibawah pusat ditekan Nyeri akan bertambah ketika pinggang diketok ataupun perut dibawah pusat ditekan Vas score 5 Ketika diketok/ditekan - Minum paracetamoll dibeli di warung, dan perut diberikan kompres hangat pada pinggang dan perutnya. Paracetamol

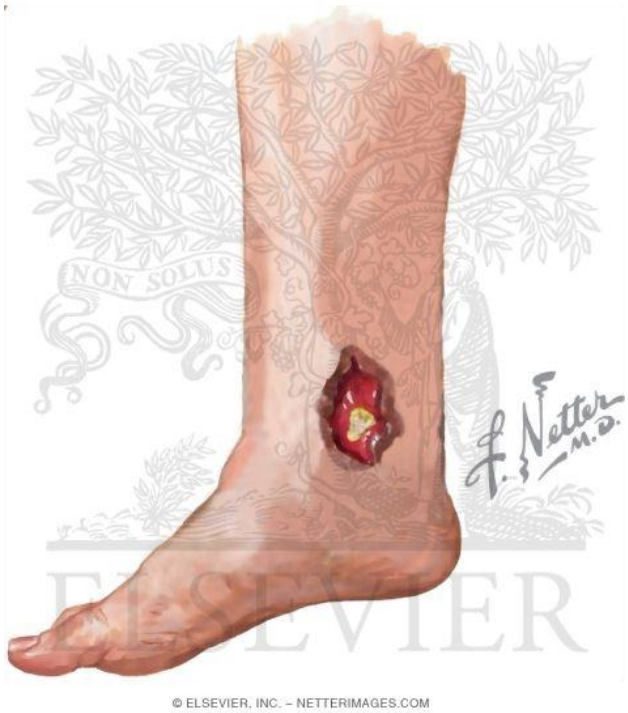
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	 - - - - - - - - Saya sakit apa ya dok? Kedinginan, lemas, sesekali memegang pinggang kanannya -
407	Tata Letak Station	Model 1	
408	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
409	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
410	Kebutuhan Set Alat	Tensi meter, termometer	
411	Penulis	Nama ; dr. Heny Syahrini, SpPD Institusi : FK USU	
412	Referensi	1. Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam FKUI	

TEMPLATE OSCE STATION

273	Nomor Station	
274	Judul Station	*Sistem muskuloskeletal – ulkus pada tungkai*
275	Alokasi Waktu	15 menit
276	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4***A* *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas*
277	Kompetensi Diujikan	**350. Anamnesis** **351. Pemeriksaan fisik/psikiatri** **352. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **353. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **354. Tatalaksananonfarmakoterapi** **355. Tatalaksana farmakoterapi** **356. Komunikasi dan edukasi pasien** 357. **Perilaku professional**
278	Kategori Sistem Tubuh	517. Sistem Saraf 518. Psikiatri 519. Sistem Indra 520. Sistem Respirasi 521. Sistem Kardiovaskular 522. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 523. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih

		524. Sistem Reproduksi 525. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 526. Sistem Hematologi dan Imunologi **527. Sistem Muskuloskeletal** 528. Sistem Integumen
279	Instruksi PesertaUjian	**<u>SKENARIO KLINIK:</u>** Seorang wanita usia 52 tahun datang ke poliklinik RS dengan keluhan luka pada maleolus medialkanan yang tidak kering. **<u>TUGAS :</u>** 108. Lakukan anamnesa 109. Lakukan pemeriksaan fisik 110. Tentukan pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan dan tujuan dilakukan 111. Tegakkan diagnosis utama dan DD 112. Tentukan tatalaksana nonfarmakoterapi 113. Tentukan tatalaksana farmakoterapi
280	Instruksi Penguji	**<u>INSTRUKSI UMUM</u>** 235. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 236. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 237. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 238. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 239. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 240. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		<u>INSTRUKSI KHUSUS</u> **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 413. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian 414. Penguji menilai *pemeriksaan fisik*/*psikiatri*yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Hasil Pemeriksaan Fisik* *KU:* *Tanda Vital:TD:120/80 mmHg; N: 80/menit; R: 18/menit; t:^{O}C* *Kepala/leher: dbn* *Toraks:dbn* *Abdomen:dbn* *Ekstremitas: atas dbn* *Status Lokalis: maleolus medial kanan* *Look:swelling +, luka +, basah, eritema +, pus +, jaringan nekrotik +, dasar luka jaringan lunak* *Feel: nyeri +, pulsasi a.tibialis posterior +, pulsasi a.dorsalis pedis +* *Move: rom ankle dbn, rom metatarsophalangeal joint dan interphalang joint dbn* *Jenis pemeriksaan lain.*

		-kultur dan tes sensitivitas bakteri *-pemeriksaan KGD* *Lampiran foto/ilustrasi* 415. Penguji menilaitujjuan dilakukan pemeriksaan penunjang. 416. Penguji menilai diagnosis dan dua (1) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis: Ulkus tungkai ec infeksi bakteri Diagnosis Banding 1:ulkus diabetik 417. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian. Wound toilet (evakuasi pus, nekrotomi, penutupan luka) 418. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. Analgetik: Nsaid: cox inhibitor 2 x 7,5/15mg atau PCT 3x 500mg atau As.Mefenamat 3x500mg dll Antibiotik broad spektrum sampai keluar hasil kultur dan tes sensitivitas 419. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 420. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Poniyem 52 Perempuan Penjual sayur keliling Menikah SD
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Nyeri dan luka 1 hari smrs Maleolus medial kanan Terus menerus 4 Bila luka kontak dengan benda lain Obat anti nyeri Pct 3x500
		Riwayat penyakit dahulu	awalnya luka dialami saat pasien mengalami KLL 2 minggu lalu dan mengalami ekskoriasi pada maleolus lateral. Luka kemudian dirawat oleh mantri kenalan, dan setelah 2 minggu tidak kering juga. Kemudian pasien memutuskan untuk berobat ke dokter.

		• penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk molase**	- - - - - - - Kenapa luka saya tidak kering? Apakah luka saya bisa sembuh? Kesakitan saat bagian disekitar luka tersentuh 
421	Tata Letak Station	Model 1/2/3	
422	Kebutuhan Laboran	Tidak ada/Ada, tugas:	
423	Kebutuhan Manekin	Tidak ada/Ada, tugas	
424	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai	
425	Penulis	Nama Institusi	
426	Referensi		

TEMPLATE OSCE STATION

281	Nomor Station	*Contoh: 5*
282	Judul Station	*Vaginosis Bakterialis (SKDI: Penyakit-08 09)*
283	Alokasi Waktu	15 menit
284	Tingkat	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A**

	Kemampuan Kasus yang Diujikan	*Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.)*
285	Kompetensi Diujikan	**358. Anamnesis** **359. Pemeriksaan fisik/psikiatri** 360. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang **361. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **362. Tatalaksananonfarmakoterapi** **363. Tatalaksana farmakoterapi** **364. Komunikasi dan edukasi pasien** 365. **Perilaku profesional**
286	Kategori Sistem Tubuh	529. Sistem Sa 530. Psikiatri 531. Sistem Indra 532. Sistem Respirasi 533. Sistem Kardiovaskular 534. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 535. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih **536. Sistem Reproduksi** 537. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 538. Sistem Hematologi dan Imunologi 539. Sistem Muskuloskeletal 540. Sistem Integumen
287	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita 32 tahun, P1A0, datang ke puskesmas dengan keluhan keputihan. **TUGAS :** 114. Lakukan anamnesis pada pasien ini 115. Tentukan diagnosis, diagnosis banding, penatalaksanaan dan konseling yang dibutuhkan.
288	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 241. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 242. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 243. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 244. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 245. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)! 246. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!
		INSTRUKSI KHUSUS **(Tuliskan/lampirkan hasil/prosedur/foto/ilustrasi pada aspek penilaian yang bersesuaian)** 427. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian Seorang wanita 32 tahun, P1A0, irt, istri Tn. A. Pekerjaan supir bus antar kota datang ke puskesmas mengeluhkan keputihan sejak 1 bulan terakhir warna kekuningan disertai rasa gatal dan berbau amis, sudah pernah berobat ke puskesmas, tp keluhan tidak berkurang. Keluhan hilang timbul 428. Penguji menilai *pemeriksaan fisik* yang dilakukan oleh peserta ujian Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta. *Tanda Vital:*

		*Sensorium:*compos mentis*anemia (-)* *TD:120/80 mmHg;Icterus (-)* *N: 80x /menit; cyanosis (-)* *R:20x/menit;dypsnoe (-)* *t:37^{O}C oedema (-)* *Hasil Pemeriksaan Fisik:* *Kepala/leher: dbn* *Toraks: dbn* *Abdomen: dbn* *Ekstremitas: superior/inferior : acral hangat* *Status Lokalis:* *Genitalia:* Inspeksi : vulva: cairan warna keputihan di vulva Inspekulo: vagina dbn, cervix dbn, flour albus (+) keputihan, berbau VT: Porsio licin, uterus AF besar biasa. Adneksa/ovarium: tidak teraba 429. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang. *Jenis pemeriksaan lain:* *Pemeriksaan Lab: dbn* *swab vagina : clue cell (+), pH vagina > 4,5* *Lampiran foto/ilustrasi: gambaran mikroskopis dengan clue cell (+)* 430. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian. Diagnosis:Vaginosis bakterialis Diagnosis Banding 1:Candidiasis vaginalis Diagnosis Banding 2:Trichomoniasis vaginalis 431. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan oleh peserta ujian. 432. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. R/ Metronidazole 500 mg 2x1 tab no XIV S 2 dd tab I Atau R/ Metronidazole 500 mg 1x4 tab no IV S1 dd tab IV single dose Alternatif: R/ Clindamycin 300 mg tab no XIV S2 dd tab I 433. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. 434. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Ny. N 32 tahun Perempuan Ibu rumah tangga Nikah SMA
		Riwayat Penyakit Sekarang	

		• Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	Keputihan 1 bulan terakhir Bibr kemaluan 1 bulan terakhir/setiap hari Keputihan Semakin berat Tidak ada Tidak ada Dicuci dengan air sirih Mencuci vagina dengan air sirih CTM
		Riwayat penyakit dahulu • penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain **Riwayat penyakit keluarga** **Riwayat pribadi (relevan)** • Alkohol • Rokok • Narkoba • Seksual • Alergi obat **Pertanyaan wajib oleh PS** **Peran yang wajib ditunjukkan** **Foto untuk mol**	Tidak ada Tidak ada Tidak Tidak Tidak ada Aktif Tidak ada Apakah penyakit saya bisa sembuh? Apakah bisa berulang? Ekspresi muka tidak nyaman (gatal), beberapa kali bergeser posisi duduk (gelisah).
435	Tata Letak Station	Klinik umum puskesmas	
436	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
437	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
438	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai Meja periksa ginekologi Sphygmomanometer Pengukur suhu Speculum cocor bebek Tabung steril Kapas Lidi Foto preparat mikroskopis: gambaran *clue cell*	
439	Penulis	Nama : dr. Riza Rivany, SpOG.K Institusi: Universitas Sumatera Utara	
440	Referensi	Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI. Williams Gynecology, second edition. McGraw Hill Medical, New York. 2012. pp. 64-109 Berek JS. Berek & Novak's Gynecology, Fiftheenth edition. Lippincott Williams	

		& Wilkins. Philadelphia. 2012 Farange MA, Maibach HI. The Vulva: anatomy, physiology and pathology, Informa Health Care, New York. 2006.p. 80-2 Mastromarino P, Vitali B, Mosca L. Bacterial vaginosis: a review on clinical trials with probiotics, New Microbiologica, 36.2013.p. 229-38.

TEMPLATE OSCE STATION

289	Nomor Station	
290	Judul Station	*Sistem Reproduksi - Vulvitis (SKDI: Penyakit-08.06)*
291	Alokasi Waktu	15 menit
292	Tingkat Kemampuan Kasus yang Diujikan	**Tingkat Kemampuan SKDI: 4A** *Mampu mendiagnosis, melakukan penatalaksanaan awal, merujuk kasus bukan gawat darurat.)*
293	Kompetensi Diujikan	**366. Anamnesis** **367. Pemeriksaan fisik** **368. Interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang** **369. Penegakan diagnosis dan diagnosis banding** **370. Tatalaksananonfarmakoterapi** **371. Tatalaksana farmakoterapi** **372. Komunikasi dan edukasi pasien** 373. **Perilaku profesional**
294	Kategori Sistem Tubuh	541. Sistem Saraf 542. Psikiatri 543. Sistem Indra 544. Sistem Respirasi 545. Sistem Kardiovaskular 546. Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas 547. Sistem Ginjal dan Saluran Kemih **548. Sistem Reproduksi** 549. Sistem Endokrin, Metabolisme, dan Nutrisi 550. Sistem Hematologi dan Imunologi 551. Sistem Muskuloskeletal 552. Sistem Integumen
295	Instruksi PesertaUjian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang wanita 28 tahun, P1A0, datang ke puskesmas dengan keluhan gatal-gatal dan panas pada bibir kemaluan. **TUGAS :** 116. Lakukan anamnesis pada pasien ini 117. Lakukan pemeriksaan fisik dan genitalia 118. Tentukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan untuk pasien ini 119. Tentukan diagnosis, diagnosis banding 120. Tentukan tatalaksana non farmakoterapi 121. Tentukan tatalaksana farmakoterapi 122. Lakukan komunikasi dan edukasi pasien
296	Instruksi Penguji	**INSTRUKSI UMUM** 247. Pastikan identitas peserta ujian pada kartu ujian sesuai dengan identitas pada komputer! 248. Tulislah 5 digit terakhir dari nomor peserta ujian pada lembar nilai tulis! 249. Amatilah dan berilah skor (0/1/2/3) atas tugas yang dikerjakan peserta ujian serta skor *Global Rating* sesuai rubrik penilaian pada lembar nilai tulis dan komputer! 250. Hindarilah interupsi dan/atau tindakan selain daripada yang diminta dalam instruksi penguji! 251. Berikan informasi/hasil yang dibutuhkan secara lisan/tulisan hanya apabila peserta ujian telah melakukan dan/atau mengusulkan jenis

pemeriksaan yang dimaksud (perhatikan instruksi khusus)!

252. Taatilah peraturan serta etika penguji selama menjalankan tugas sebagai penguji UK OSCE!

INSTRUKSI KHUSUS

441. Penguji menilai*anamnesis* yang dilakukan peserta ujian

Seorang wanita 28 tahun, P1A0, IRT, istri Tn. A. Pekerjaan supir bus antar kota datang ke puskesmas mengeluhkan gatal dan rasa panas di bibir kemaluan. Dialami lebih kurang 1 bulan terakhir. Keputihan (+), warna putih jernih, sudah pernah berobat ke puskesmas, tapi keluhan tidak berkurang. Os sebulan terakhir memakai pembalut tipis *(pantyliner)* sebagai pengalas pakaian dalam. Keluhan gatal berkurang pada saat pasien mencuci kemaluan dengan air dingin.

442. Penguji menilai *pemeriksaan fisik* yang dilakukan oleh peserta ujian

Bila peserta ujian melakukan pemeriksaan di bawah ini, penguji menyampaikan hasil pada peserta.

Tanda Vital:
*Sensorium:*compos mentis
TD:120/80 mmHg; *anemia (-)*
N: 80x /menit; *Icterus (-)*
R:20x/menit; *cyanosis (-)*
t:37^{O}C *dypsnoe (-)*
oedema (-)

Hasil Pemeriksaan Fisik:
Kepala/leher: dbn
Toraks: dbn
Abdomen: dbn
Ekstremitas: superior/inferior : dbn

Status Lokalis:
Genitalia:
Inspeksi : vulva: hiperemis, oedema dan sebagian tampak ada bercak tebal warna keputihan.
Palpasi : nyeri raba pada vulva
Inspekulo: vagina dbn, cervix dbn, flour albus (+) putih jernih, tidak berbau
VT: Porsio licin, uterus AF besar biasa. Adneksa/ovarium: tidak teraba

443. Penguji menilai interpretasi data/kemampuan prosedural pemeriksaan penunjang.

Jenis pemeriksaan lain:
Pemeriksaan Lab: dbn
swab vulva:KOH: (-)
Lampiran foto/ilustrasi: gambaran mikroskopis dengan hypha dan flagella (-)

444. Penguji menilai diagnosis dan dua (2) diagnosis banding yang ditegakkan oleh peserta ujian.

Diagnosis: Vulvitis
Diagnosis Banding 1: Vulvitis
Diagnosis Banding 2: Lichen sclerosis
Diagnosis Banding 3: carcinoma vulva

445. Penguji menilai tatalaksana non farmakoterapi yang diusulkan/dikerjakan

		oleh peserta ujian. Pasien disarankan untuk menghindari zat/bahan yang dapat menyebabkan alergi tersebut. Untuk mengurangi rasa gatal, vulva dibersihkan dengan air dingin sekaligus mencegah vulva menjadi kering. 446. Penguji menilai tatalaksana farmakoterapi berupa resep yang dituliskan oleh peserta ujian. Nama obat, sediaan, dosis, cara pemberian. 1. Topikal: R/ Hydrocortisone cream tube I Sue Disertai pemberian oral: R/ ChlorTriMethon 2 mg tab IX S3ddtabI Atau R/ Cetirizine tab VI S2ddtabI 447. Penguji menilai komunikasi dan edukasi yang disampaikan peserta ujian kepada pasien. Vulvitis umumnya disebabkan karena alergi dan iritasi pada vulva akibat zat/bahan yang dapat menimbulkan alergi seperti sabun, shampoo, parfum, bedak, *sanitary wear*, pakaian dalam dari bahan sintetis Pasien dengan vulvitis mempunyai keluhan utama yaitu gatal didaerah vulva yang akan mengganggu aktifitas sehari-hari. Kepada pasien diterangkan kemungkinan penyebab vulvitis adalah alergi dan diberi pengetahuan agar menjaga kebersihan diri, menghindari memakai pakaian yang ketat dan dianjurkan untuk memakai pakaian dalam terbuat dari katun yang dapat menyerap keringat. Keluhan gatal jangan digaruk karena akan menyebabkan iritasi dan infeks pada vulva. Selain itu pasien diberikan obat medikamentosa untuk menyembuhkan penyakitnya. Pasien disarankan untuk kontrol ulang bila keluhan tetap berlanjut setelah pengobatan. 448. Penguji menilai perilaku profesional yang ditunjukkan oleh peserta ujian.	
	Instruksi Pasien Standar	Nama Usia Jenis kelamin Pekerjaan Status pernikahan Pendidikan terakhir	Ny. A 28 tahun Perempuan Ibu rumah tangga Nikah SMA
		Riwayat Penyakit Sekarang • Keluhan Utama • Sejak kapan/onset • Lokasi • Durasi/frekuensi • Karakteristik • Progresi • Skala nyeri (bila perlu) • Yang memperparah • Yang mengurangi • Usaha yang dilakukan • Obat dipakai saat ini	 Rasa gatal dan panas di bibir kemaluan 1 bulan terakhir Bibr kemaluan 1 bulan terakhir/setiap hari Gatal, panas dan perih di daerah bibir kemaluan Semakin berat Pemakaian pantyliner Dicuci dengan air hangat Mencuci vulva dengan air hangat Tidak ada
		Riwayat penyakit dahulu	Tidak ada

		• penyakit relevan • tindakan bedah/terapi lain	
		Riwayat penyakit keluarga	Tidak ada
		Riwayat pribadi (relevan)	
		• Alkohol	Tidak
		• Rokok	Tidak
		• Narkoba	Tidak ada
		• Seksual	Aktif
		• Alergi obat	Tidak ada
		Pertanyaan wajib oleh PS	Apakah penyakit saya bisa sembuh? Apakah bisa berulang?
		Peran yang wajib ditunjukkan	Ekspresi muka tidak nyaman (gatal dan perih), beberapa kali bergeser posisi duduk (gelisah).
		Foto untuk mol	Foto vulva hiperemis dan bercak keputihan
449	Tata Letak Station	Klinik umum puskesmas	
450	Kebutuhan Laboran	Tidak ada	
451	Kebutuhan Manekin	Tidak ada	
452	Kebutuhan Set Alat	Jenis set yang dipakai Meja periksa ginekologi Sphygmomanometer Pengukur suhu Speculum cocor bebek Tabung steril Kapas Lidi Foto preparat mikroskopis hapusan KOH tanpa gambaran hypha dan flagel Foto vulva hiperemis dan bercak keputihan	
453	Penulis	dr. Riza Rivany, SpOG.K Departemen Obstetri dan Ginekologi FK Universitas Sumatera Utara	
454	Referensi	1. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI. Williams Gynecology, second edition. McGraw Hill Medical, New York. 2012. pp. 64-109 2. Berek JS. Berek & Novak's Gynecology, Fiftheenth edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2012. 3. Fisher G. Treatment of vaginitis and vulvitis. Austr Prescr.24(3).2001.p.59-61.	

APENDESITIS AKUT

ILUSTRASI KASUS

Seorang wanita 18 tahun datang ke praktisi Anda dengan keluhan nyeri perut, pasien merasakan onset yang semakin berat sejak 24 jam SMRS yang terasa terus menerus di kuadran kanan bawah, beberapa saat setelah itu pasien mual-mual. Pasien menyangkal adanya diare, nyeri berkemih atau gejala nyeri perut sebelumnya.

KELUHAN UTAMA:

NYERI PERUT:

1. Kapan timbulnya nyeri (akut 1-3 hari sebelumnya)

2. Berapa lama nyeri (1-3 hari)

3. Menetap/ periodik→ pada apendisitis ada tapi kadang-kadang berkurang jika posisi membungkuk namun terkadang tidak hilang.

4. Onset dan sifat nyeri→ (Sifat nyerinya bisa nyeri somatik/ tajam, tertusuk-tusuk, hilang timbul/ intermiten, namun bisa sifat nyerinya diffuse/ seluruh abdomen / nyeri visera/ berpindah

5. Dimana nyeri dan perpindahan nyeri: pada apendisitis terdapat perpindahan nyeri. Awalnya biasanya nyeri di daerah epigastrika-umbilikal/ menyeluruh/diffuse sehingga pasien merasa nyeri hampir di seluruh abdomen→ fase ini dinamakan nyeri visera dikarenakan peritonium visera telah tersensitasi oleh peradangan appendik, namun jika nyerinya tepat berada di kuadran kanan bawah yakni pada titik Mc Burney, (batas 1/3 distal antara pusat/umbilikus dengan Scias) maka nyeri ini dinamakan nyeri aromatik atau nyeri yang terlokalisir/spesifik dirasakan pada organ target yang mengalami peradangan→ artinya peradangan sudah menyebar ke lapisan peritoneum parietal.

6. Faktor yang menimbulkan nyeri/ menghilangkan nyeri→ yang menimbulkan nyeri tidak ada jadi nyeri datang secara tiba-tiba, yang menghilangkan nyeri tidak ada namun perubahan posisi seperti membungkuk hanya dapat mengurangi nyeri bukan menghilangkannya, dikarenakan perubahan posisi dapat relaksasi lapisan peritoneum yang tersensitasi peradangan.

8. Gejala Penyerta lain:→ Ingat MANTRELS

a. Demam→ biasanya timbul > 12 jam sejak nyeri

b. Anorexia, nausea, dan vomit

c. bisa keram pada paha kanan karena defans muscular

d. Setiap berjalan dan batuk (nyeri di titik Mac burney)

e. Diare dan Konstipasi tidak selalu terjadi namun boleh ditanyakan

9. Gejala Penyingkir DD:

a. Nyeri saat makan-makanan berlemak→ tidak ada pada apendisitis namun pada kolelitiasis

b. Adakah keluhan saluran kemih→ nyeri berkemih, kencing berdarah, kencing berpasir,→ menyingkirkan ureterolitiasis

c. Wanita :perdarahan pervaginam, riwayat HPHT, menstruasi, riwayat infeksi salphing/ PID→ kehamilan Ektopik

d . Wanita : Riwayat penggunaan kontrasepsi spiral, riwayat infeksi salphing/ PID, riwayat operasi, riwayat PMS → Menyingkirkan Salphingitis/ Pelvic Inflammatory disease

10. Riwayat Penyakit Dahulu→ tidak ada pada apendisitis

11/ Riwayat Penyakit Keluarga→ tidak ada

12. Riwayat faktor resiko→ Konsumsi makanan pedas berlebihan, konstipasi/fekalit, riwayat bermain tanah/ higiene terkait cacing

Table 1

MANTRELS Scoring System

Characteristic	Points
Migration of pain to right lower quadrant	1
Anorexia	1
Nausea and vomiting	1
Tenderness in right lower quadrant	2
Rebound pain	1
Elevated temperature	1
Leukocytosis	2
Shift of white blood cell count to left	1
Total	**10**

Recommendations:

Score < 5	*Appendicitis unlikely*
Score 5 or 6	*Appendicitis possible*
Score 7 or 8	*Appendicitis likely*
Score 9 or 10	*Appendicitis highly likely*

Source: Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med.* 1986;15:557-564.

Alvarado score

Skor 1-4 :Tidak dipertimbangkan mengalami apendisitis akut
Skor 5-6 :Dipertimbangkan kemungkinan Dx apendisitis akut tetapi tidak memerlukan tindakan operasi segera atau dinilai ulang
Skor 7-8 :Dipertimbangkan kemungkinan mengalami apendisitis akut
Skor 9-10 :Hampir definitif mengalami apendisitis akut dan dibutuhkan tindakan bedah

Pemeriksaan Fisik

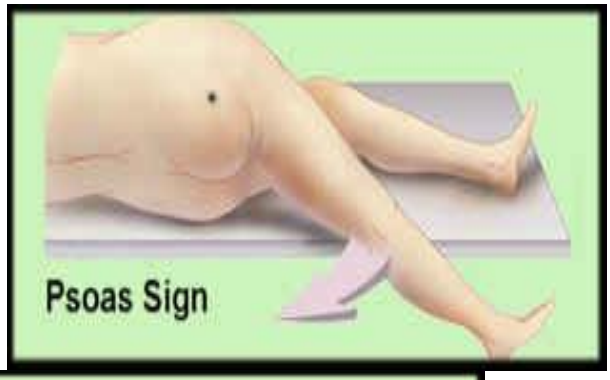
1. Vital sign: BP, RR, HR, T. Fase Akut Nadi meningkat dan bisa disertai Peningkatan temperatur tubuh

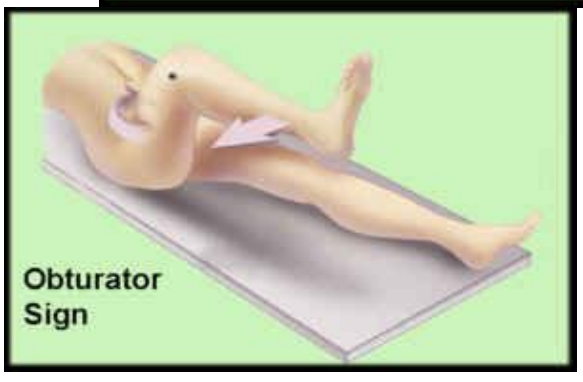
2. Inspeksi: amati keadaan pasien saat masuk ruangan praktek seperti posisi yang selalu ingin membungkuk dengan tujuan mengurangi nyeri, ekspresi wajah kesakitan akibat nyeri hebat sambil memegang perut,

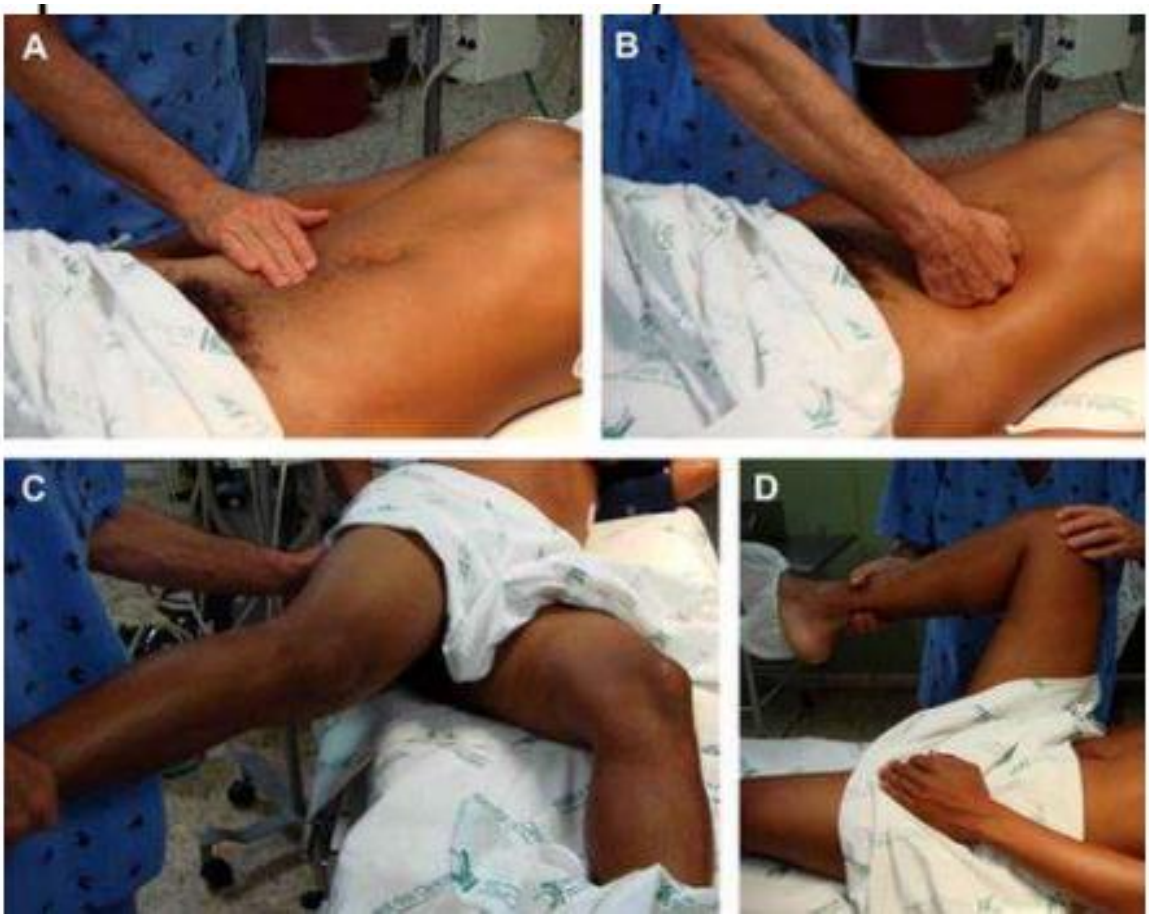
3. Palapasi: Lakukan pemeriksaan nyeri tekan Mc burney

4. Pemeriksaan Spesifik untuk Apendisitis

a. Rovsing sign :Nyeri kuadran kanan bawah yang timbul saat mempalpasi kuadran kiri bawah→ indikasi adanya iritasi peritoneum→ Nyeri tekan
b. Blumberg sign : Nyeri kuadran kanan bawah yang timbul setelah selesai mempalpasi kuadran kiri bawah→ indikasi adanya iritasi peritoneum→ Nyeri lepas
c. Obturator Sign : Nyeri kuadran kanan bawah setelah rotasi intern dan fleksi pinggul kanan→ Appendiks yang iritasi terdapat di hemipelvis bagian dalam
d. Psoas Sign : Nyeri kuadran kanan bawah setelah ekstensi pinggul kanan→ apendiks yang iritasi terdapat disekitar otot psoas
e. Dunphy Sign : Nyeri tajam kuadran kanan bawah setelah batuk







A: Penekanan pada titik Mc burney

B: Rovsing sign dan blumberg sign

C: Psoas Sign

D: Obturator Sign

Pemeriksaan Penunjang

Pada 37-45% kasus apendisitis, pasien tidak mengeluhkan adanya gejala klasik, terutama apabila letaknya tidak biasa, imaging cukup berpean penting namun tidak selalu digunakan, Diagnosis apendisitis lebih diutamakn mengandalkan anamnesis yang tepat dan pmemeriksaan fisik yang akurat. Pemeriksaan laboratorium diperlukan jika gejala atipikan atau untuk menyingkirkan diagnosis yang lain

a. Pemeriksaan Labaoratorium

- Darah perifer lengkap (leukosit >10rb), namun tidak menjadi landasan pada pasien anak, lansia atau Wanita hamil
- Urinalisis
- Liver function Test
- Urinary Beta HCG

b. Pemeriksaan Imaging

- USG

Tatalaksana
→Rujuk

Should to know: Apendektomi masih merupakan tata laksana kuratif pada kasus apendisitis, namun pada pasien dengan massa apendiks dapat dilakukan 3 pilihan terapi

1. Pasien dengan flegmon atau abses minimal: antibiotik intravena, apendektomi dapat dilakukan 4-6 minggu kemudian
2. pasien dengan abses yang besar dan jelas: Drainase perkutaneus dengan antibiotik, pasien dapat dipasangkan kateter saat pulang. Apendektomi dapat dilakukan saat Vistula tertutup

pasien dengan Abses luas dan menyebar: perlu tindakan operasi segera

BPH

A. Ilustrasi Kasus
Seorang laki-laki usia 65 tahun datang ke praktik Anda dengan keluhan sulit buang air kecil sudah 6 bulan. Pasien merasa tidak tuntas setiap habis buang air kecik. Tidak ada riwayat keluar cairan nanah atau darah dari kemaluan.

B. Anammnesis

Gejala Obstruktif:
HPIMM
H: Hesistansi
P: Pancaran urin lemah
I: intermiten
M :Mengejan saat Miksi
M: Miksi yang menetes

Gejala Iritatif: FNUD
F: Frekuensi Turin
N: Nocturia→ Sering terbangun kencing pada malam hari
U: Urgensi→ Tidak bisa menahan kencing
D: Disuria

TEMPLATE OSCE STATION. 2

1.	Nomor station	
2.	Judul station	Benign Prostate Hypertrophy (BPH)
3.	Waktu yang dibutuhkan	15 menit
4.	Tujuan station	Menilai kemampuan anamnesis, pemeriksaan fisik, interpretasi data pemeriksaan penunjang, menegakkan diagnosis serta komunikasi edukasi pada kasus BPH.
5.	Kompetensi	**374. Kemampuan anamnesis** **375. Kemampuan pemeriksaan fisik** **376. Melakukan tes/prosedur klinik atau interpretasi data untuk menunjang diagnosis banding atau diagnosis** **377. Penegakan diagnosis/diagnosis banding** 378. Tatalaksana nonfarmakoterapi 379. Tatalaksana farmakoterapi **380. Komunikasi dan edukasi pasien** 381. **Perilaku profesional**
6.	Kategori	553. Cardiovascular system 554. Respiratory system 555. Neuro-behaviour 556. Gastrointestinal system 557. Reproductive system 558. Musculoskeletal system 559. Endocrine & Metabolic 560. Hematology/Oncology **561. Genitourinary system** 562. Head & Neck 563. Special Sensory 564. Psychiatry
7.	Instruksi untuk peserta ujian	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki umur 65 tahun mengeluh buang air kecil tidak lancar. Sejak 1 tahun yang lalu penderita sering mengeluh buang air kecil tidak lancar, nyeri saat BAK, sering terbangun malam hari untuk BAK lebih dari 1 kali, selalu terburu-buru bila mau BAK, mengedan dan tidak lampias serta celana dalam sering basah setelah BAK karena sisa kencing. **TUGAS :** 1. Melakukan anamnesis. 2. Melakukan pemeriksaan fisik dan status urologikus. 3. Tegakkan diagnosis dan sampaikan kepada penguji 4. Menentukan langkah selanjutnya untuk dilakukan pemeriksaa peneunjang dan merujuk pasien.
8.	Instruksi untuk penguji	**SKENARIO KLINIK:** Seorang laki-laki umur 65 tahun mengeluh buang air kecil tidak lancar. Sejak 1 tahun yang lalu penderita sering mengeluh buang air kecil tidak lancar, nyeri saat BAK, sering terbangun malam hari untuk BAK lebih dari 1 kali, selalu terburu-buru bila mau BAK, mengedan dan tidak lampias serta celana dalam sering basah setelah BAK karena sisa kencing. **TUGAS :** 1. Melakukan penilaian anamnesis yang diakukan peserta ujian 2. Melakukan penilaian pemeriksaan fisik dan pemeriksaan status urologikus yang dilakukan peserta ujian 3. Melakukan penilaian pemeriksaan prostat dengan cara RT 4. Melakukan penilaian terhadap peserta ujian dalam menegakkan diagnosis.

		5. Melakukan penilaian, langkah apa selanjutnya yang akan dilakukan oleh peserta ujian. **<u>INSTRUKSI PENGUJI:</u>** 253. Penguji mengamati dan menilai penampilan peserta berdasarkan lembar penilaian. 254. Penguji tidak diperbolehkan melakukan interupsi ataupun bertanya kepada peserta selain yang ditentukan. 255. Penguji memberikan informasi terhadap data yang dibutuhkan **setelah** peserta melakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan apa yang diperiksa oleh peserta. **Hasil pemeriksaan fisik** Status generalis : Jalan nafas, Pernafasan, Sirkulasi/hemodinamik,Kesadaran : tidak ada kelainan. Status Urologikus R. CVA kanan : - I : Bulging (-) - P: Nyeri ketok (-) R. CVA kiri : - I : Bulging (-) - P: Nyeri ketok (-) R. Suprapubic : - I : Bulging (-) - P : Tidak redup RT : TSA baik, mukosa licin, teraba prostat membesar, konsistensi kenyal, permukaan rata, batas atas prostat sulit diraba. 256. Membuat diagnosis : LUTS ec. Susp. BPH 257. Memberikan formulir rujukan dokter spesialis bedah/Spesialis Bedah Urologi.
9.	Instruksi untuk pasien standar	Nama : Muhari Rentang usia : 65 tahun Jenis kelamin : laki Pekerjaan : Petani Status pernikahan : menikah Pendidikan terakhir : SMA **Riwayat penyakit sekarang** • Keluhan utama : BAK tidak lancar • Sejak kapan : BAK tidak lancar sejak 1 tahun yang lalu. • Perjalanan penyakit : Sejak 1 tahun yang lalu penderita sering mengeluh buang air kecil tidak lancar, nyeri saat BAK, sering terbangun malam hari untuk BAK lebih dari 1 kali, selalu terburu-buru bila mau BAK, mengedan dan tidak lampias serta celana dalam sering basah setelah BAK karena sisa kencing. • Hal-hal yang memperburuk keluhan: - • Hal-hal yang mengurangi keluhan: Bila BAK sudah keluar semua • Riwayat pengobatan sekarang: belum diberikan apa-apa

	Pemeriksaan RT dengan menggunakan Manikin	**Riwayat penyakit dahulu** • - **Riwayat penyakit keluarga** • - Orang tua laki-laki menderita sakit yang sama **Riwayat kebiasaan sosial** • Olah raga: (-) • Diet : bervariasi • Merokok **Peran yang harus dilakukan** • Pasien di moulage seperti pada gambar  • Jika dilakukan pemeriksaan fisik dengan melihat dan meraba apakah ada pembengkakan (bulging) pada regia CVA kanan dan kiri serta melakukan perkusi (ketok) dengan meletakkan telapak tangan kiri diregio CVA lalu dipukul dengan tangan kanan. Dimana ekspresi pasien tidak mengeluh adanya nyeri • Jika dilakukan pemeriksaan region suprapubic. Pada inspeksi tidak tampak bulging dan pada saat diketok penderita tidak mengeluh sakit. .
10.	Denah ruangan	
11.	Peralatan yang dibutuhkan	- Setting ruangan dokter pasien - Meja dan kursi dokter 1 set - Kursi pasien 1 buah - Meja dan kursi penguji 1 set - Meja peralatan 1 buah - Bed pemeriksaan 1 set - Wastafel atau simulasi wastafel 1 buah - Spygmomanometer raksa 1 buah - Stetoskop 1 buah - Alkohol gliserin spray 1 botol - Hand scone 1 pasang - Manikin RT 1 buah - Rekam medis 1 buah - Blanko pemeriksaan penunjang 15 lembar - Blanko resep 1 bendel - Tempat sampah medis tertutup 1 bendel - Tempat sampah nonmedis 1 buah - Tissue 1 buah

		- Jam dinding (dipasang di tembok agar dapat dilihat peserta) - Ballpoint - Alat proteksi diri (gogle,topi,masker,gaun,sarung tangan) masing-masing	1 kotak 1 buah 1 buah
12.	Penulis	dr. Efman E.U. Manawan SpB-KBD Institusi: FK. UNSRI Palembang.	
13.	Referensi	1. Smith's General Urology	

Epistaksis

Tingkat Kemampuan: 4A
Hasil Anamnesis *(Subjective)*

Ilustrasi kasus
Tn Cinta 60 datang dengan keluhan perdarahan dari hidung 15 menit yang lalu dan sampai sekarang belum berhenti. Mempunyai riwayat hipertensi 20 thn yll, perdarahan terjadi saat Tn Cinta bekerja di tengah sawah di siang hari.

Anamnesis
Keluhan

- Pasien datang dengan keluhan keluar darah dari hidung atau riwayat keluar darah dari hidung.
- Pasien sering menyatakan bahwa perdarahan berasal dari bagian depan dan belakang hidung. Perhatian ditujukan pada bagian hidung tempat awal terjadinya perdarahan atau pada bagian hidung yang terbanyak mengeluarkan darah.
- Pada anamnesis harus ditanyakan secara spesifik mengenai banyaknya perdarahan, frekuensi, lamanya perdarahan. Penting mendapatkan riwayat trauma terperinci. Riwayat pengobatan (misal : aspirin) harus dicari. Riwayat penyakit sistemik seperti riwayat alergi pada hidung, hipertensi, penyakit gangguan pembekuan darah, riwayat perdarahan sebelumnya, dan riwayat gangguan perdarahan dalam keluarga.

Faktor Risiko

1. Trauma.
2. Infeksi/alergi seperti: rhinitis, sinusitis.
3. Penyakit kardiovaskuler, hipertensi dan kelainan pembuluh darah, seperti pada aterosklerosis, nefritis kronik.
4. Riwayat penggunaan obat-obatan seperti koumarin, NSAID, aspirin, warfarin, heparin, tiklodipin.
5. Riwayat pemakaian semprot hidung steroid jangka lama.
6. Tumor, baik jinak maupun ganas yang terjadi di hidung, sinus paranasal maupun nasofaring.
7. Kelainan kongenital. Kelainan kongenital yang sering menyebabkan epistaksis ialah perdarahan telangiektasis herediter (*hereditary hemorrhagic telangiectasia/Osler's disease*).
8. Adanya deviasi septum
9. Pengaruh lingkungan, misalnya tinggal di daerah yang sangat tinggi, tekanan udara rendah atau lingkungan udaranya sangat kering.

Hasil Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana *(Objective)*
Pemeriksaan Fisik

- Rinoskopi anterior:
  Pemeriksaan harus dilakukan secara berurutan dari anterior ke posterior. Vestibulum, mukosa hidung dan septum nasi, dinding lateral hidung dan konkha inferior harus diperiksa dengan cermat untuk mengetahui sumber perdarahan.
- Rinoskopi posterior:
  Pemeriksaan nasofaring dengan rinoskopi posterior penting pada pasien dengan epistaksis berulang dan sekret hidung kronik untuk menyingkirkan neoplasma.
- Pengukuran tekanan darah:
  Tekanan darah perlu diukur untuk menyingkirkan diagnosis hipertensi, karena hipertensi dapat menyebabkan epistaksis posterior yang hebat dan sering berulang.

Pemeriksaan Penunjang
Bila diperlukan
- Darah lengkap
- Skrining terhadap koagulopati. Tes-tes yang tepat termasuk PT, APTT, trombosit dan waktu perdarahan.

Penegakan Diagnostik *(Assessment)*

Diagnosis Klinis
Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang bila diperlukan.

Klasifikasi
1. Epistaksis Anterior
   Epistaksis anterior paling sering berasal dari Pleksus Kiesselbach, yang merupakan sumber perdarahan paling sering dijumpai pada anak-anak. Selain itu juga dapat berasal dari Arteri Ethmoidalis Anterior. Perdarahan dapat berhenti sendiri (spontan) dan dapat dikendalikan dengan tindakan sederhana.
2. Epistaksis Posterior
   Pada epistaksis posterior, perdarahan berasal dari Arteri Sfenopalatina dan Arteri Ethmoidalis Posterior. Epistaksis posterior sering terjadi pada orang dewasa yang menderita hipertensi, arteriosklerosis, atau penyakit kardiovaskuler. Perdarahan biasanya hebat dan jarang berhenti spontan.

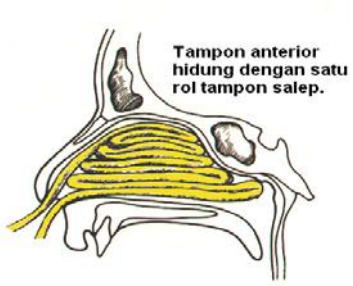
Diagnosis Banding
Perdarahan yang bukan berasal dari hidung tetapi darah mengalir keluar dari hidung seperti hemoptisis, varises oesofagus yang berdarah, perdarahan di basis cranii yang kemudian darah mengalir melalui sinus sphenoid ataupun tuba eustachius.

Komplikasi
1. Akibat pemasangan tampon anterior dapat timbul sinusitis (karena ostium sinus tersumbat).
2. Akibat pemasangan tampon posterior dapat timbul otitis media, haemotympanum, serta laserasi palatum mole dan sudut bibir bila benang yang dikeluarkan melalui mulut terlalu kencang ditarik.
3. Akibat perdarahan hebat dapat terjadi syok dan anemia.

Penatalaksanaan Komprehensif *(Plan)*
Penatalaksanaan
Tiga prinsip utama dalam menanggulangi epistaksis, yaitu menghentikan perdarahan, mencegah komplikasi dan mencegah berulangnya epistaksis.
1. Perbaiki keadaan umum penderita, penderita diperiksa dalam posisi duduk kecuali bila penderita sangat lemah atau keadaaan syok, pasien bisa berbaring dengan kepala dimiringkan.

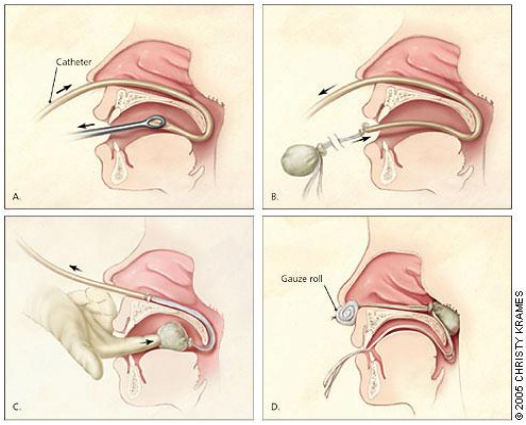
2. Pada anak yang sering mengalami epistaksis ringan, perdarahan dapat dihentikan dengan cara duduk dengan kepala ditegakkan, kemudian cuping hidung ditekan ke arah septum selama 3-5 menit (metode *Trotter*).
3. Bila perdarahan berhenti, dengan spekulum hidung dibuka dan dengan alat pengisap (*suction*) dibersihkan semua kotoran dalam hidung baik cairan, sekret maupun darah yang sudah membeku.
4. Bila perdarahan tidak berhenti, kapas dimasukkan ke dalam hidung yang dibasahi dengan larutan anestesi lokal yaitu 2 cc larutan pantokain 2% atau 2 cc larutan lidokain 2% yang ditetesi 0,2 cc larutan adrenalin 1/1000. Hal ini bertujuan untuk menghilangkan rasa sakit dan membuat vasokontriksi pembuluh darah sehingga perdarahan dapat berhenti sementara untuk mencari sumber perdarahan. Sesudah 10 sampai 15 menit kapas dalam hidung dikeluarkan dan dilakukan evaluasi.
5. Pada epistaksis anterior, jika sumber perdarahan dapat dilihat dengan jelas, dilakukan kaustik dengan lidi kapas yang dibasahi larutan nitrasargenti 20 - 30% atau asam trikloroasetat 10%. Sesudahnya area tersebut diberi salep untuk mukosa dengan antibiotik.
6. Bila dengan kaustik perdarahan anterior masih terus berlangsung, diperlukan pemasangan tampon anterior dengan kapas atau kain kasa yang diberi vaselin yang dicampur betadin atau zat antibiotika. Dapat juga dipakai tampon rol yang dibuat dari kasa sehingga

menyerupai pita dengan lebar kurang ½ cm, diletakkan berlapis-lapis mulai dari dasar sampai ke puncak rongga hidung. Tampon yang dipasang harus menekan tempat asal perdarahan dan dapat dipertahankan selama 2 x 24 jam. Selama 2 hari dilakukan pemeriksaan penunjang untuk mencari faktor penyebab epistaksis. Selama pemakaian tampon, diberikan antibiotik sistemik dan analgetik.



Gambar 17. Tampon anterior

7. Untuk perdarahan posterior dilakukan pemasangan tampon posterior, yang disebut tampon Bellocq. Tampon ini terbuat dari kasa padat berbentuk bulat atau kubus berdiameter kira-kira 3 cm. Pada tampon ini terdapat 3 buah benang, yaitu 2 buah pada satu sisi dan sebuah pada sisi lainnya. Tampon harus dapat menutupi koana (nares posterior). Teknik pemasangan tampon posterior, yaitu:
   - Masukkan kateter karet melalui kedua nares anterior sampai tampak di orofaring, lalu tarik keluar melalui mulut.
   - Kaitkan kedua ujung kateter masing-masing pada 2 buah benang tampon Bellocq, kemudian tarik kembali kateter itu melalui hidung.
   - Tarik kedua ujung benang yang sudah keluar melalui nares anterior dengan bantuan jari telunjuk, dorong tampon ke nasofaring. Jika dianggap perlu, jika masih tampak perdarahan keluar dari rongga hidung, maka dapat pula dimasukkan tampon anterior ke dalam cavum nasi.
   - Ikat kedua benang yang keluar dari nares anterior pada sebuah gulungan kain kasa di depan lubang hidung, supaya tampon yang terletak di nasofaring tidak bergerak.
   - Lekatkan benang yang terdapat di rongga mulut dan terikat pada sisi lain dari tampon Bellocq pada pipi pasien. Gunanya adalah untuk menarik tampon keluar melalui mulut setelah 2-3 hari.
   - Berikan juga obat hemostatik selain dari tindakan penghentian perdarahan itu.



Gambar 18. Tampon Bellocq

Rencana Tindak Lanjut

Pasien yang dilakukan pemasangan tampon perlu tindak lanjut untuk mengeluarkan tampon dan mencari tahu penyebab epistaksis.

Konseling & Edukasi

Memberitahu individu dan keluarga untuk:

a. Mengidentifikasi penyebab epistaksis, karena hal ini adalah gejala suatu penyakit sehingga dapat mencegah timbulnya kembali epistaksis.
b. Mengontrol tekanan darah pada penderita dengan hipertensi.
c. Menghindari membuang lendir melalui hidung terlalu keras.
d. Menghindari memasukkan benda keras ke dalam hidung, termasuk jari sehingga dibutuhkan pengawasan yang lebih ketat pada pasien anak.
e. Membatasi penggunaan obat-obatan yang dapat meningkatkan perdarahan seperti aspirin atau ibuprofen.

Pemeriksaan penunjang lanjutan

Pemeriksaan radiologi: Foto sinus paranasal bila dicurigai sinusitis.

Kriteria Rujukan

1. Pasien dengan epistaksis yang curiga akibat tumor di rongga hidung atau nasofaring.
2. Epistaksis yang terus berulang.

Sarana Prasarana

1. Lampu kepala
2. Rekam medis
3. Spekulum hidung
4. Alat penghisap (*suction*)
5. Pinset bayonet
6. Kaca rinoskopi posterior
7. Kapas dan kain kassa

8. Lidi kapas
9. Nelaton kateter
10. Benang kasur
11. Tensimeter dan stetoskop

Prognosis

Prognosis umumnya dubia ad bonam, jika penyebab yang mendasari diatasi dan dihindari.

SURAT RUJUKAN

Dr. Agus Mahendra
SIP 0.4.1.2.4.7.0.5.0.6.2
Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya
Jalan Madang No.1
Palembang

1 Februari 2015

Nomor : 5/SR/II/2015
Hal : Rujukan
Yth. TS dr. Abla Ghanie, Sp. THT-KL (K) bagian THT RSUD Muhammadiyah Palembang

Mohon konsul dan pemeriksaan/pengobatan lebih lanjut pasien ,
Nama : Tn Cinta
Umur : 60 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki

Pasien dibawa berobat dengan kelautan perdarahan hidung yang tidak berhenti
Pemeriksaan fisik: KU: Cm, Bp: 110/80 mmHg, Hr: 68x/menit, RR: 22x/ menit, T: 36,5x/menit
Diagnosis sementara: suspek epistaksis posterior
Telah kami lakukan tindakan pemasangan tampon posterior/ tampon bellocq
Mohon tata laksana selanjutnya di bidang TS

Atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih

Muara Enim, 1 Februari 2015
Salam sejawat

Dr Agus Mahendra
NIP: 04124705062

NASOGASTRIK TUBE

INDIKASI

1. Aspirasi cairan lambung dan sebagai tindakan dekompresi a.i obstruktif
2. Untuk memasukkan nutrisi atau makanan bagi pasien yang sulit menelan.
3. Untuk mendiagnosis suatu penyakit
4. Bilas lambung pada keracunan
5. Mencegah terjadinya atropi esophagus/lambung pada pasien tidak sadar
6. Untuk mengeluarkan darah pada pasien yang mengalami muntah darah atau pendarahan pada lambung

KONTRAINDIKASI

1. Pasien dengan trauma cervical
2. Pasien dengan fraktur facialis
3. Pasien dengan varises oesophagus
4. Pada pasien yang memliki tumor di rongga hidung atau esophagus
5. Pasien yang mengalami cidera serebrospinal

ALAT DAN BAHAN

1. Selang nasogastrik tube
2. Jelly
3. Pinset steril
4. Sarung tangan
5. Stetoskop
6. Spoit 50cc
7. Plester
8. Senter kecil

CARA PEMASANGAN

1. Mintalah persetujuan pasien sebelum melakukan tindakan pemasangan NGT. Jelaskan kepada pasien tentang tujuan pemasangan, proses pemasangan, serta alat yang digunakan
2. Persiapkan alat dan bahannya. Setelah itu letakkan di tempat yang mudah dijangkau.
3. Cuci tangan rutin. Gunakan sarung tangan.
4. Posisikan pasien. Jika pasien dalam keadaan sadar, posisikan pasien setengah berbaring. Namun jika pasien dalam keadaan tidak sadar, posisikan pasien dalam keadaan berbaring, kepala diangkat sedikit atau diberi pengganjal agar lurus.
5. Perhatikan cavum nasi (rongga hidung) pasien, apakah ada polip, benda asing, yang menyebabkan sumbatan pada hidung
6. Pilihlah cavum nasi yang paling longgar untuk selang NGT masuk.
7. Ukurlah panjang selang yang akan dimasukkan mulai dari puncak hidung ke telinga, lalu dari telinga ke Proc. Xiphoideus. Berikan tanda
8. Oleskan selang dengan jelly
9. Jepit selang dengan pinset dan masukkan perlahan ke dalam cavum nasi, jika terjadi tahanan, instruksikan pasien untuk menelan agar epiglottis terbuka.
10. Setelah selang NGT masuk mencapi tanda yang telah diukur tadi, ujilah apakah selang telah masuk ke dalam lambung dengan cara isilah udara ke dalam spoit 50cc lalu hembuskan secara cepat ke dalam selang NGT lalu dengarkan dengan stetoskop yang telah diletakkan pada epigastrium. Jika terdengar bunyi suara, berarti selang telah masuk ke dalam lambung. Tes ini wajib dilakukan karena ditakutkan NGT masuk ke dalam paru-paru yang dapat menyebabkan aspirasi.
11. Rekatkan NGT dengan menggunakan plester, plester jangan sampai menutupi rongga hidung.
12. Jika cairan lambung banyak yang keluar, maka berikanlah wadah penampungan.
13. Selang NGT maksimal dipasang 3 x 24 jam jika sudah mencapai waktu harus dilepas dan di pasang NGT yang baru.

Makanan yang bisa di masukkan lewat NGT adalah makanan cair, caranya adalah sebagai berikut:

1. Siapakan spuit besar ukuran 50 cc
2. Siapakan makanan cairnnya (susu, jus)
3. Pasang handuk di dada pasien dan siapkan bengkok
4. Masukkan ujung spuit pada selang NGT dan tetap jaga NGT supata tidak kemasukan udara dengan mengklem.
5. Masukkan makanan cair pada spuit dan lepaskan klem, posisi spuit harus diatas supaya makanan cairnya bisa mengalir masuk ke lambung.
6. Jangan mendorong makanan dengan spuit karena bisa menambah tekanan lambung, biarkan makanan mengalir mengikuti gaya gravitasi
7. Makanan yang di masukkan max 200 cc, jadi jika spuitnya 50 cc maka bisa dilakukan 4 kali .
8. Apabila akan memasukkan makanan untuk yang kedua, jangan lupa mencuci dulu spuit. Jika sudah selesai aliri selang NGT dengan air supaya sisa-sisa makanan tidak mengendap di selang karena bisa mengundang bakteri.
9. Jika sudah rapikan peralatan

Resep:

1. Dewasa ukurannya 16-18 Fr
2. Anak-anak ukurannya 12-14 Fr
3. Bayi ukuran 6 Fr

Dr. Agus Mahendra
SIP 0.4.1.2.4.7.0.5.0.6.2
Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya
Jalan Madang No.1
Palembang

Palembang, 1 Februari 2015

R/ Nasogastrictube/ NGT 18 Fr No. 1
S pro NGT

R/ Cathegel No. 1
S pro NGT

R/ Spuit 10 cc No. 1
S pro NGT

Pro:
Usia:

Corpal Telinga

Definisi : ditemukannya benda asing pada liang telinga

Etiologi :

- berupa benda mati, benda hidup, binatang, komponen tumbuhan
- tersering kapas, biji-bijian, monte,batu kecil
- benda bulat paling menyulitkan
- Sering terjadi pada anak kecil
- Pada dewasa :potongan korek api, binatang/ serangga spt semut

Faktor penyulit : tidak kooperatif, benda hidup

Gejala :

- Tuli , tinitus (berdenging)

PENATALAKSANAAN :

1. Benda hidup. Harus dimatikan terlebih dulu sebelum dikeluarkan. Masukkan tampon basah ke dalam liang telinga, lalu tetesi cairan misalnya larutan rivanol/ obat anastesi lokal dan biarkan selama 10 menit.
2. Tidak kooperatif. Pegang kepala anak. Anastesi umum dapat dilakukan pada kasus tertentu
3. Pinset
4. Irigasi. Gunakan air bersih sesuai suhu tubuh/hangat
5. Kapas terpilin
6. Pengait serumen. Untuk mengeluarkan corpus alienum yang besar

Cunam atau pengait. Untuk corpus alienum yang kecil

KARSINOMA NASOFARING

A. Ilustrasi Kasus

Seorang Priai 60 tahun datang ke klinik dengan keluhan utama timbul benjolan dileher sebelah kiri yang semakin lama semakin membesar, pasien juga mengaku telinga berdenging, perdarahan hidung dan hidung tersumbat serta penurunan pendengaran pada telinga sebelah kiri.

Apa yang akan anda lakukan sebagai dokter layanan primer!!!

B. ANAMNESIS

TRIAS KNF: gejala > 3 minggu/ menetap/progresifitas

a. Gangguan hidung

b. Gangguan telinga

c. Benjolan di leher

Gejala karsinoma nasofaring antara lain:

1. Gejala pada hidung

- Epistaksis (keluarnya darah biasanya berulang-ulang, jumlahnya sedikit dan seringkali bercampur dengan ingus, sehingga berwarna merah jambu)→sejak kapan, berapa lama/ lama perdarahan,banyaknya perdarahan, frekuensi, onset tiba-tiba/kadang-kadang/bertahap, progresivitas, faktor pencetus(trauma, alergi, sering mengucek hidung, cuaca panas,memakai steroid semprot/efedrin), riwayat keluarga, riwayat darah tinggi, riwayat gangguan koagulasi darah, riwayat perdarahan sebelumnnya,
- Pilek yang tidak sembuh →→sejak kapan, berapa lama, frekuensi, onset tiba-tiba/kadang-kadang/bertahap, progresivitas, faktor pencetus (alergi, pekerjaan, lingkungan tempat tinggal, riwayat keluarga, riwayat sakit sebelumnny)
- Ingus dapat seperti nanah, encer atau kental dan berbau
- idung tersumbat yang menetap baik unilateral/bilateral

2. Gejala pada telinga

→→→Sejak kapan, berapa lama, onset mendadak/tiba-tiba/ bertahap, progresivitas, faktor pencetus (trauma dkk), riwayat keluarga, riwayat penyakit sebelumnnya

- Gangguan pendengaran hantaran
- Rasa tidak nyaman di telinga sampai rasa nyeri di telinga (otalgia)
- Tinitus. Tumor menekan muara tuba eustachii (karena muara tuba eustachii dekat dengan fosa rosenmulleri) sehingga terjadi tuba oklusi, Tekanan dalam kavum timpani menjadi menurun sehinga terjadi tinitus. Gejala ini umumnya unilateral, dan merupakan gejala yang paling dini dari karsinoma nasofaring.

3. Benjolan pada leher

- Sejak kapan, dimana, onset, progresivitas, nyeri, riwayat keluarga, riwayat penyakit sebelummnya, riwayat timbul benjolan sebelumnnya, dkk
- Metastasis khususnya ke kelenjar getah bening servikal. Pembesaran dari kelenjar getah bening leher atas yang nyeri merupakan gejala yang paling sering dijumpai. Metastasis sel-sel tumor melalui kelenjar getah bening

mengakibatkan timbulnya pembesaran kelenjar getah bening bagian samping (limfadenopati servikal). Selanjutnya sel-sel kanker dapat mengadakan infiltrasi menembus kelenjar dan mengenai otot dibawahnya. Kelenjar menjadi lekat pada otot dan sulit digerakkan. Limfadenopati servikal ini merupakan gejala utama yang dikeluhkan oleh pasien.

GEJALA TAMBAHAN

1 . Gejala pada mata

- Diplopia.

Tumor merayap masuk melalui foramen laseratum dan menimbulkan gangguan N. IV dan N. VI. Perluasan yang paling sering mengenai syaraf otak VI (paresis abdusen) dengan keluhan berupa diplopia, bila penderita melirik ke arah sisi yang sakit. Bila terkena chiasma opticus akan menimbulkan kebutaan.

2. Gejala pada saraf kranial

Gejala kranial terjadi bila tumor sudah meluas ke otak dan dirasakan pada penderita. Gejalanya berupa:

- Penekanan pada syaraf otak V memberi keluhan berupa hipestesi (rasa tebal) pada pipi dan wajah
- Nyeri kepala hebat timbul karena peningkatan tekanan intrakranial
- Sindrom Jugular Jackson atau sindrom reptroparotidean mengenai N. IX, N. X, N. XI, N. XII. Dengan tanda-tanda kelumpuhan pada lidah, palatum, faring atau laring, m. Sternocleidomastoideus, m. Trapezeus.
- Sensitibilitas derah pipi dan hidung berkurang.
- Kesukaran pada waktu menelan
- Afoni

3. Gejala Metastasis jauh akibat obstruksi dan perluasan tumor→ gangguan fungsi organ→ paru-paru (sesak), hepar, tulang, dkk

4. Gejala Prodormal: sakit kepala (intrakranial cephalgia), mual, muntah, vertigo, anoreksia, sesak, nyeri tulang, kuning, ginjal, kelelahan, penurunan berat badan yang signifikan

5.Riwayat Kebiasaan/ lifestyle-→ makan-makanan pengawet, ikan asin (nitrosamin), acar2an, merokok, alkohol

6. Riwayat lingkungan→ paparan formaldehid, debu kayu, asap kayu bakar, kadar Nikel dalam air minum→ bisa reaktivasi virus EBV

6. Riwayat genetik→ riwayat keluarga karena terkait faktor genetik

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Inform Consent untuk melakukan pemeriksaan fisik, tujuan manfaat dan apa saja yang dilakukan pada pemeriksaan fisik

2. Lakukan pemeriksaan tanda vital→ Maaf dokter tensi, nadi, RR, T?? +action

2. persiapan diri→ cuci tangan dan menggunakan alat pelindung diri/ sarung tangan steril dkk

3. Persiapan alat→ Pemeriksaan tumor primer di nasofaring dapat dilakukan dengan cara rinoskopi posterior (tidak langsung) dan nasofaringoskop (langsung) serta fibernasofaringoskopi**.**

Alat dan bahan:

1. Lampu kepala

2. Spekulum telinga (corong telinga)→Otoskopi

3. Spekulum hidung
4. Spatula lidah
5. kaca nasofaring
6. Spritus/korek api
7. Kasa

HASIL PEMERIKSAAN

Pada Telinga

1. Bisa ditemukan oklusi tuba eustachius→ pada umumnya tumor bermula di fossa rossenmuller, tetumbuhan tumor dapat menyebabkan penyumbatan muara tuba, sehingga mengakibatkan keluhan rasa penuh ditelinga, berdengung, dan kadang-kadang disertai gangguan pendengaran → Gejala dini KNF
2. bisa ditemukan OMS bahkan OMSK jika keadaan tersebut berlanjut→ perforasi, membran timpani

Pada Hidung dan Tenggorokkan

1. Epistaksis→ dinding tumor biasanya rapuh sehingga iritasi ringan saja→perdarahan dan berulang-ulang serta sering bercampur dengan ingus sehingga warna merah jambu
2. Sumbatan hidung→pada pemeriksaan spekulum hidung dapat dijumpai pertumbuhan tumor ke dalam rongga nasofaring dan menutupi Koana. Bahkan jika tumor sudah meluas maka bisa meluas ke orofaring bahkan sampai rongga hidung/cavum nasi.

Pada leher

Metastasis khususnya ke kelenjar getah bening servikal. Pembesaran dari kelenjar getah bening leher atas yang nyeri merupakan gejala yang paling sering dijumpai. Metastasis sel-sel tumor melalui kelenjar getah bening mengakibatkan timbulnya pembesaran kelenjar getah bening bagian samping (limfadenopati servikal). Selanjutnya sel-sel kanker dapat mengadakan infiltrasi menembus kelenjar dan mengenai otot dibawahnya. Kelenjar menjadi lekat pada otot dan sulit digerakkan. Limfadenopati servikal ini merupakan gejala utama yang dikeluhkan oleh pasien.

3. Pemeriksaan Patologi

Diagnosis pasti KNF ditentukan dengan diagnosis klinik ditunjang dengan diagnosis histopatologik. Diagnosis histopatologik dapat ditegakan bila dikirim suatu material hasil biopsi cucian, hisapan (aspirasi), atau sikatan (*brush*),

- Biopsi aspirasi jarum halus pada kelenjar getah bening servikalis

Sejumlah kasus karsinoma nasofaring diketahui berdasarkan pemeriksaan sitologi biopsi aspirasi kelenjar getah bening servikalis**.**[7]

- Biopsi

Biopsi dapat dilakukan dengan dua cara yaitu dari hidung dan dari mulut. Biopsi melalui hidung dilakukan tanpa melihat jelas tumornya (*blind biopsy*). Cunam biopsi dimasukkan melalui rongga hidung menyusuri konka media ke nasofaring kemudian cunam diarahkan ke lateral dan dilakukan biopsi. Biopsi melalui mulut dengan memakai bantuan kateter nelaton yang dimasukkan melalui hidung dan ujung kateter yang berada di dalam mulut ditarik keluar dan diklem bersama-sama dengan ujung kateter yang di hidung. Demikian juga dengan kateter disebelahnya sehingga palatum mole tertarik ke atas. Kemudian dengan kaca laring dilihat daerah nasofaring. Biopsi dilakukan dengan melihat tumor melalui kaca tersebut atau memakai nasofaringoskop yang dimasukkan melalui mulut, massa tumor akan terlihat lebih jelas. Biopsi tumor nasofaring umunya dilakukan dengan anestesi topikal dengan xylocain 10%.[6]

4. Pemeriksaan radiologi

Pemeriksaan radiologi bertujuan untuk melihat massa tumor nasofaring dan massa tumor yang menginvasi jaringan sekitarnya yaitu dengan menggunakan

- Foto polos

1. Foto Schaedel→ untuk melihat invasi tumor ditandai tanda-tanda kerusakkan pada dasar tengkorak.
2. Foto Thorak→ Untuk melihat adanya metafase ke paru jika disertai gejala prodormal sesak

- *Computed Tomografi* (CT), dapat memperlihatkan penyebaran ke jaringan ikat lunak pada nasofaring dan penyebaran ke ruang paranasofaring. Sensitif mendeteksi erosi tulang, terutama pada dasar tengkorak.
- *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), lebih baik dibandingkan CT dalam membedakan tumor dari peradangan. MRI lebih sensitif dalam mengevaluasi metastasis pada retrofaringeal dan kelenjar limfe yang dalam. MRI dapat mendeteksi infiltrasi tumor ke sumsum tulang, dimana CT tidak dapat mendeteksinya.
- USG→ USG hepar
- Bone scintigraphy→untuk melihat metafase ke tulang

5. Serologi

Pemeriksaan serologi IgA anti-EA (*early antigen*) dan IgA anti-VCA (*Viral Capsid Antigen*) untuk infeksi EBV telah menunjukkan kemajuan dalam mendeteksi karsinoma nasofaring. Pemeriksaan IgA anti-EA biasanya hanya digunakan untuk menentukan prognosis pengobatan. Virus juga dapat dideteksi dengan pemeriksaan imunohistokimia dantekhnik PCR.[6]

VIII. STADIUM

Untuk menentukan stadium, dipakai sistem TNM menurut UICC (*Union for International Cancer Control*) tahun 2002.[3]

Tabel 1. T = Tumor, menggambarkan keadaan tumor primer, besar dan perluasannya[3]

T	Tumor primer
T_0	Tidak tampak tumor
T_1	Tumor terbatas di nasofaring
T_2	Tumor meluas ke jaringan lunak
	T_{2A} Perluasan tumor ke orofaring dan/atau rongga hidung tanpa perluasan ke parafaring
	T_{2B} disertai perluasan ke parafaring
T_3	Tumor menginvasi struktur tulang dan/atau sinus paranasal
T_4	Tumor dengan perluasan intrakranial dan/atau terdapat keterlibatan saraf kranial, fossa infratemporal, hipofaring, orbita atau ruang mastikator

Tabel 2. N = Nodul, menggambarkan keadaan kelenjar limfe regional[3]

N	Pembesaran kelenjar getah bening regional
N_X	Pembesaran kelenjar getah bening tidak dapat dinilai
N_0	Tidak ada pembesaran
N_1	Metastasi kelenjar getah bening unilateral, dengan ukuran terbesar kurang atau sama dengan 6 cm, di atas fossa supraklavikula
N_2	Metastasis kelenjar getah bening bilateral, dengan ukuran terbesar kurang atau sama dengan 6 cm,

	di atas fossa supraklavikula
N_3	Metastasis kelenjar getah bening bilateral, dengan ukuran lebih besar dari 6 cm atau terletak di dalam fossa supraklavikula
	N_{3A} □ ukuran lebih dari 6 cm
	N_{3B} □ di dalam fossa supraklavikula

Tabel 3. M = Metastase, menggambarkan metastase jauh[3]

M	Metastasis jauh
M_X	Metastasis jauh tidak dapat dinilai

Tabel 4. Stadium penyakit[3]

Stadium 0	T1	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium IIa	T2a	N0	M0
Stadium IIb	T1	N1	M0
	T2a	N1	M0
	T2b	N0, N1	M0
Stadium III	T1	N2	M0
	T2a, T2b	N2	M0
	T3	N2	M0
Stadium IVa	T4	N0, N1, N2	M0
Stadium IVb	Semua T	N3	M0
Stadium IVc	Semua T	Semua N	M1

Menurut *American Joint Committee* Cancer tahun 1988, stadium tumor dari nasofaring diklasifikasikan sebagai berikut : [3]

- **Tis** : *Carcinoma in situ*
- **T1** : Tumor yang terdapat pada satu sisi dari nasofaring atau tumor yang tak dapat dilihat, tetapi hanya dapat diketahui dari hasil biopsi.
- **T2** : Tumor yang menyerang dua tempat, yaitu dinding postero-superior dan dinding lateral.
- **T3** : Perluasan tumor sampai ke dalam rongga hidung atau orofaring.
- **T4** : Tumor yang menjalar ke tengkorak kepala atau menyerang saraf kranial (atau keduanya)

TATALAKSANA
→Rujuk
Should to know

- **Stadium 1** : radioterapi
- **Stadium II dan III** : kemoradiasi
- **Stadium IV dengan N < 6 cm** : kemoradiasi
- **Stadium IV dengan N > 6 cm** : kemoterapi dosis penuh dilanjutkan kemoradiasi[3]

EDUKASI

Pencegahan Sekunder

1. Inform Consent mengenai penyakit yang di derita oleh Tn Priai, etiologi/penyebab, faktor resiko, diagnosis, penatalaksanaan, prognosis dan komplikasi→ KNF disebabkan oleh EBV karena riwayat kebiasaan, lingkungan dan genetik
2. Inform Consent mengenai rujukan terapi diagnosis yang diberikan untuk dilakukan biopsi nasofaring
3. Inform Consent mengenai rencana terapi rujukan seperti radioterapi, kemoterapi, kemo-radiasi, dan bedah→mekanisme kerja, tujuan dan manfaat, efek samping.
4. Merubah gaya hidup dan menghindari faktor resiko yang diduga berhubungan dengan KNF→ infeksi EBV,lingkungan, genetik→ makanan ikan asin/nitrosamin, pengawet,
4. Pengobatan dini dapat meningkatkan prognosis kesembuhan

Pencegahan Primer

1. Pemberian vaksinasi dengan vaksin spesifik membran glikprotein EBV yang dimurnikan pada penduduk yang bertempat tinggal di daerah dengan resiko tinggi.
2. Memindahkan (migrasi) penduduk dari daerah resiko tinggi ke tempat lainnya.
3. Penerangan akan kebiasaan hidup yang salah, mengubah cara memasak makanan untuk mencegah akibat yang timbul dari bahan-bahan yang berbahaya.
4. Penyuluhan mengenai lingkungan hidup yang tidak sehat.
5. Melakukan tes serologik IgA anti VCA dan IgA anti EA *(screening)* secara massal yang bermanfaat dalam menemukan karsinoma nasofaring secara lebih dini.
6. Pencegahan dini dapat menghindarkan terjadinya KNF

Prognosis

Secara keseluruhan, angka bertahan hidup 5 tahun adalah 45%. Prognosis diperburuk oleh beberapa faktor seperti:

- Stadium yang lebih lanjut
- Usia lebih dari 40 tahun
- Laki-laki daripada perempuan
- Ras Cina
- Adanya pembesaran kelenjar leher
- Adanya kelumpuhan saraf otak dan adanya kerusakan tulang tengkorak
- Adanya metastasis jauh

SURAT RUJUKAN

Dr. Agus Mahendra
SIP 0.4.1.2.4.7.0.5.0.6.2
Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya
Jalan Madang No.1
Palembang

1 Februari 2015

Nomor : 5/SR/II/2015
Hal : Rujukan
Yth. TS dr. Abla Ghanie, Sp. THT-KL (K) bagian THT RSUD Muhammadiyah Palembang

Mohon konsul dan pemeriksaan/pengobatan lebih lanjut pasien ,
Nama : Ny Cinta
Umur : 60 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki

Pasien dibawa berobat dengan keluhan benjolan dileher yang semakin lama semakin membesar, pasien juga mengaku telinga berdenging, perdarahan hidung dan hidung tersumbat serta penurunan pendengaran pada telinga sebelah kiri

Pemeriksaan fisik: KU: Cm, Bp: 110/80 mmHg, Hr: 68x/menit, RR: 22x/ menit, T: 36,5x/menit
Pada pemeriksaan spesifik telinga rhinoskopi posterior tampak masa tumor di daerah nasofaring permukaan tidak tegas, berdungkul-dungkul, keras, immobile/terfiksir, nyeri +,
Diagnosis sementara: suspek karsinoma nasofaring

Terapi yang telah diberikan
Asam Mafenamat 500mg 3x1 tab

Mohon tata laksana selanjutnya di bidang TS

Atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih

Muara Enim, 1 Februari 2015
Salam sejawat

Dr Agus Mahendra

NIP: 04124705062

TULI

A. ILUSTRASI KASUS
Ny IMS 35 tahun mengeluh telinga kanan keluar cairan dan pendengaran berkurang

Pemeriksa memperkenalkan diri kepada pasien
Pemeriksa menanyakan identitas pasien: nama, usia, Jk, pekerjaan, alamat
B. ANAMNESIS (Otalgia-Otore-Tuli-Tinitus-Vertigo)--)OOTTIV

- Keluhan pada satu telinga atau kedua telinga?
- Sudah berapa lama/sejak kapan?
- Onset/ pertama kali timbul serangan bagaimana?
- Progresivitas?/ timbul tiba-tiba atau bertambah berat?
- Keluhan berupa telinga berdengung/ berdenging yang dirasakan?// pada satu sisi atau kedua telinga?
- Keluhan rasa penuh di telinga?
- Keluhan sekret dari telinga, warna dan bau?
- Rasa nyeri ditelinga?
- Keluhan pusing berputar?

Riwayat penyakit dahulu

- Riwayat infeksi telinga sebelumnnya?
- Riwayat trauma kepala atau telinga sebelumnnya?
- Riwayat mengorek telinga?

Riwayat pekerjaan dan tempat kerja

- Apakah terpajan bising/ pekerjaan apa? Berapa lama?
- Riwayat teman kolega kerja dan keluhan sama?
- Apakah keluhan lebih terasa ditempat yang bising?

Riwayat Penggunaan obat-obatan ototoksik sebelumnnya

- Riwayat sakit kronis dan makan obat lama→ TB→ Streptomisin

Keluhan lainnya

- Keluhan pada hidung (sumbatan, sekret, rasa nyeri di daerah muka/hidung)
- Keluhan pada tenggorokkan (Nyeri menelan, batuk, terasa banyak dahak, rasa ada yang mengganjal, Post nasal drip,

Riwayat penyakit sistemik lainnya

Riwayat Penyakit keluarga

Riwayat Sosial, higinitas, kebiasaan mengorek telinga

C. PEMERIKSAAN FISIK

- Meminta Inform Consent pada pasien/ menjelaskan pemeriksaan apa Yg akan dilakukan
- Melakukan cuci tangan dan apd
- Mempersiapkan alat dan bahan
    - Lampu kepala
    - Otoskop
    - Garputala
- Memakai lampu kepala
- Duduk berhadapan dengan pasien dalam posisi kedua kaki tertutup di samping kiri atau kanan kaki pasien
- Lakukan Inspeksi telinga luar, daerah preaurikuler dan retroaurikuler: (apakah terdapat edema, hiperemia, hematom, sikatriks, mikrotia)
- Palpasi kedua telinga luar, daerah preaurikuler dan retroaurikuler? (apakah terasa nyeri jika kkedua telinga ditarik/nyeri tekan tragus)
- Pegang daun telinga, tarik ke arah posterior dan superior
- Inspeksi liang telinga dengan otoskop→ apakah liang telinga/ CAE lapang/sempit, terdapat serumen, Dean, terdapat sekret, terdapat furunkel, hiperemia
- Inspeksi membran timpani, perhatikan maleus, refleks cahaya, dan pars tensa dan pars flaccida membran timpani→ membran timpani intak/ utuh, tidak ada perforasi, tidak hiperemia, terdapat refleks cahaya pada jam 5 atau 7

D. PEMERIKSAAN PENALA

Pemeriksaan Rinne

- Duduk berhadapan dengan kedua kaki tertutup di samping kiri atau kanan pasien
- Mengambil garpu tala ukuran 512 Hz, menggetarkan garpu tala tersebut dengan ibu jari dan telunjuk tangan kiri

- Meletakkan ujung garpu tala di prosesus mastoideus telinga yang diperiksa sampai pasien tidak mendengar bunyi lagi dengan cara memberikan tanda (mengangkat tangan atau berbicara)
- Meletakkan garpu tala di daun telinga yang diperiksa 2,5cm dari liang telinga dan menannyakan apakah pasien masih mendengar bunyi atau tidak
- →→→Rinne + Penala masih bisa terdengar setelah dipindah ke depan daun telinga
  Rinne – Sebaliknya
- Kemudian sebalikknya menggetarkan penala di depan daun telinga yang diperiksa 2,5 cm dari liang telinga terlebih dahulu. Bila tidak mendengar bunyi lagi beri tanda
- Meletakkna ujung garpu tala pada prosesus mastoideus telinga yang diperiksa dan menanyakan apakah pasien masih mendengar bunyi atau tidak

Pemeriksaan Weber

- Garputala digetarkan dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk jari kiri, kemudian diletakkan di garis tengah kepala (verteks/ dahi/pangkal hidung/dagu) atau diperngahan gigi seri
- Pasien memberi tanda dengan mengangkat tangan atau memberitahu bunyi yang terdengar lebih keras di telinga kiri/kanan atau bunyi sama kerasnnya atau tidak ada bedanya.
- →→ Bila terdengar lebih keras pada satu telinga berarti weber lateralisasi ke telinga tersebut

Pemeriksaan Swabach

- Garputala digetarkan dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk jari kiri, kemudian diletakkan di garis tengah kepala (verteks/ dahi/pangkal hidung/dagu) atau diperngahan gigi seri
- Garputala di letakkan di prosesus mastoideus telinga yang akan diperiksa sampai pasien tidak mendengar lagi bunyi dengan cara memberi tanda lalu tangkai penala segera dipindahkan pada prosesus mastoideus telinga pemeriksa yang sama
- →→Swabach memendek: bila pemeriksa masih mendengar bunyi setelah dipindahkan ke prosesus mastoideus pemeriksa
- Kemudian penala digetarkan lagi dan diletakkan pada prosesus mastoideus pemeriksa terlebih dahulu. Bila sudah tidak terdengar bunyi lagi, tangkai penala segera dipindahkan pada prosesus mastoideus pasien pada telinga yang sama
- →→Swabach memanjang: bila pasien masih dapat mendengarkan bunyi setelah dipindahkan ke prosesus mastoideus pasien
- →→ Normal: bila pemeriksa dan pasien kira-kira sama mendengarnya

TES RINNE	TES WEBER	TES SWABACH	DIAGNOSA
POSITIF	Tidak ada lateralisasi	Sama dengan pemeriksa	**Normal**
NEGATIF	Lateralisasi (+) ke telinga yang sakit	Memanjang	**Tuli konduksi**
POSITIF	Lateralisasi (+) ke telinga yang sehat	Memendek	**Tuli saraf**

Kehilangan dalam Desibel	Klasifikasi
0-20	Pendengaran normal
>20-25	Kehilangan pendengaran kecil
>25-40	Kehilangan pendengaran ringan
>40-55	Kehilangan pendengaran sedang
>55-70	Kehilangan pendenngaran sedang sampai berat
>70-90	Kehilangan pendengaran berat
>90	Kehilangan pendengaran berat sekali

CEDERA KEPALA

Cedera kepala=trauma kapitis/head injury= trauma kranioserebral= traumatis Bram injury

Definisi Trauma kapitis: Trauma mekanik terhadap kepala baik secara langsung ataupun tidak langsung yang menyebabkan gangguan fungsi neurologis yaitu gangguan fisik, kognitif, fungsi psikososial, baik temporer maupun permanen.

A. Ilustrasi kasus

Seorang pria usia 34 tahun datang ke IGD tempat Anda praktisi dengan luka diwajah dan kepala akibat kecelakaan 2 jam SMRS. Sebelumnnya pasien dibonceng temannya naik motor kemudian menabrak tiang listrik. Pasien dan temannya tidak ingat detail kejadian, tidak menggunakan helm, Tampak darah mengalir dari hidung, muka, mulut, dan telinga tidak disadari. Terdapat mual, muntah tidak ada, dan sempat pingsan menurut pengantar yang menyaksikan kejadian.

B. Anamnesis

Anamnesis dapat ditegakkan setelah kondisi pasien stabil. Anamnesis dapat ditanyakan pada orang yang menyaksikan kejadian. Tanyakan apakah terjadi benturan di kepala dengan/ tanpa gangguan kesadaran, ada atau tidaknya interval lucid, adakah perdarahan/ otorea/rinore, adakah amnesia retrorad/anterograd

C. Pemeriksaan Fisik

- Penilaian kedararan dengan GCS
- Penilaian fungsi vital : BP, HR, RR, T
- Inspeksi: apakah terdapat otore, rinore, ekimosis periorbital bilateral/eyes/hematoma kacamata/racoon eyes, battle sign pada temporal
- Gangguan fokal neurologis
- Fungsi motorik: lateralisasi, kekuatan otot
- Reflek tendon, refleks patologis
- Pemeriksaan fungsi Batang otak:
    - Ukuran, besar,bentuk, isokor/anisokor dan reaksi pupil, refleks kornea
    - Doll's eye phenomen
- Monitor pola pernafasan:
    - Cheyne stoples: lesi di hemisfer
    - Central neurogenic Hyperventilation: lesi di mesensefalin-pons
    - Apneustic breath: lesi di ons
    - Ataxic breath: lesi di medula oblongata
- Gangguan fungsi otonom
- Funduskopi

KATETERISASI

A. Ilustrasi kasus

Tn IMS usia 45 tahun datang berobat ke iga karena merasa kencingnya makin lama makin sedikit sejak 3 hari terakhir. Pasien merasa kencingnya tidak lampias, sering terbangun pada malam hari karena kencing, pancaran kencing melambat dari biasannya

Lakukan pemsangan kateter pada pasien ini!!!

Tujuan

1. Menghilangkan ketidaknyamanan karena distensi kandung kemih.
2. Mendapatkan urine untuk specimen
3. Pengkajian residu urine
4. Penatalaksanaan pasien yg di rawat karena trauma medula spinalis, gangguan neuro muscular, atau inkompeten kandung kemih, serta pascaoperasi besar.
5. Mengatasi obstruksi aliran urine
6. Mengatasi retensi perkemihan

Indikasi

1. kateter sementara

Mengurangi ketidaknyamanan pada distensi vesika urinaria. Pengambilan urine residu setelah pengosongan urinaria.

1. Kateter tetap jangka pendek
    1. Obstruksi saluran kemih (pembesaran kelenjar prostat)
    2. Pembedahan untuk memperbaiki organ perkemihan.
    3. Untuk memantau output urine
2. Kateter tetap jangka panjang
    1. Retensi urine pada penyembuhan penyakit ISK/UTI
    2. Skin rash, ulcer dan luka yang iritatif apabila kontak dengan urine.
    3. Klien dengan penyakit terminal

Kontraindikasi

Hematoris (keluarnya darah dari urine)

Macam–macam kateter dan ukuran kateter

Jenis-jenis kateter

1. Kateter plastik : digunakan sementara karena mudah rusak dan tidak fleksibel
2. Kateter latex atau karet : digunakan untuk penggunaan atau pemakaian dalam jangka waktu sedang (kurang dari 3 minggu).
3. Kateter silicon murni atau teflon : untuk menggunakan dalam jangka waktu lama 2-3 bulan karena bahan lebih lentur pada meathur uretra
4. Kateter PVC : sangat mahal untuk penggunaan 4-5 minggu, bahannya lembut tidak panas dan nyaman bagi uretra.
5. Kateter logam : digunakan untuk pemakaian sementara, biasanya pada pengosongan kandung kemih pada ibu yang melahirkan.

Ukuran kateter

1. Anak : 8- 10 french (Fr)
2. Wanita : 14-16 Fr
3. Laki-laki : 16-18 Fr

B. Cek List Pemasangan Kateter

Persiapan Alat

1. Bak instrumen
2. Spuit 10 cc
3. Bengkok
4. Handscoon
5. Aquadest

6. Gunting plaster
7. Perlak
8. Kateter
9. Kapas air
10. Kasa urine bag
11. Jelly/vaselin
12. Selimut
13. Obat : aquades, bethadine, alkohol 70%
14. Prosedur

Persiapan Pemeriksa

1. Melakukan Cuci tangan
2. Menggunakan alat pelindung diri dan sarung tangan steril

Persiapan Pasien

Inform Consent kepada pasien meliputi tujuan, manfaat, indikasi, kontraindikasi

Prosedur Cara Pemasangan

1. Pemeriksa mengucapkan salam dan memperkenalkan diri kepada pasiennya dan posisinya dan meminta inform Consent
2. Pemeriksa mempersilahkan pasien berbaring
3. Pemeriksa melakukan cuci tangan dan menggunakan sarung tangan
4. Pemeriksa berdiri di sisi kiri pasien (Bila Rights Handed)
5. Asepsis dan antisepsis daerah penis dan sekitarnya (secara sentrifugal)
6. Pemeriksa memasang duk steril
7. Pemeriksa memegang penis dengan tangan kiri
8. Pemeriksa memasukkan jElly dengan tangan kanan dengan teknik steril
9. Pemeriksa memasukkan kateter dengan gentel dengan tangan kanan
10. Pemeriksa meamstikan kateter masuk ke dalam kandung kemih
11. Pemeriksa mengembangkan balon kateter dengan mengisi balon kateter dengan cairan aquades 10-15 ml
12. Setelah mengembangkan balon kateter, pemeriksa menarik selang kateter sampai terasa tahanan
13. Pemeriksa memasang kantong Turin pada selang kateter,
14. Pemeriksa melakukan fiksasi selang kateter pada daerah inguinal atau scias sebagaimana sehingga posisi penis dalam kondisi tegak sesuai dengan anatomi uretra posterior untuk mencegah terjadinya striktur

C. RESEP KATETER

Dr Agus Mahendra
SIP. 0.4.12.470.5062
Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya
Jalan Dr Moh Hoesin Palembang No. 1
Palembang

Palembang 1 Februari 2014

R/Spuit 10 cc No. I
S pro inj

R/ Water for Injection Fls No. II
S pro ini

R/ Kateter Fowley no. 21. No. 1
S pro kateter

R/ Urin bak No. I

Pro : Tn IMS
Usia : 45 Tahun

FRAKTUR

Adalah putusnya/kontinuitas tulang, tulang rawan atau tulang rawan sendi

A. ILUSTRASI KASUS

Tn BB usia 25 tahun datang ke IGD dengan keluhan nyeri dilengan kanan. Ia mengalami kecelakaan tabrakan motor didaerah laju sekitar 1 jam Mrs. Tidak ada luka serius di kepala dan anggota badan lainnya kecuali lengan kanan bawah. Lengan kanan terkena sang motor dan trotoar jalan. Saat dibawa ke RS pasien dibidai hanya dengan kain sarung. Kondisi pasien stabil hingga bertemu dengan anda di IGD.

B. ANAMNESIS

PASTIKAN ABCD+TANDA VITAL SUDAH TERKONTROL/KONDISI PASIEN SUDAH STABIL.

- Perkenalkan diri dan lakukan inform Consent
- Keluhan utama?
- Kapan terjadi trauma, mekanisme trauma? (rincian trauma, berat ringannya trauma, arah trauma, posisi trauma, dan posisi penderita atau ekstremitas yang bersangkutan)
- Apakah trauma melibatkan cedera kepala/tidak?
- Apakah terjadi penurunan kesadaran atau tidak?
- Apakah terdapat tanda-tanda peningkatan TIK: mual muntah, sakit kepala hebat, pingsan, pandangan kabur, vertigo?
- Hal-hal yang penting diobservasi:
    - Kemungkinan politrauma
    - Kemungkinan fraktur multipel
    - Kemungkinan fraktur tertentu
    - Adanya gangguan fungsi, misal pada fraktur femur penderita jadi tidak bisa berjalan.

C. PEMERIKSAAN FISIK

- Inform Consent pemeriksaan fisik
- Maaf dokter Tensi, Nadi, RR, T berapa?
- Inspeksi cara berjalan pasien
- Inspeksi ekspresi pasien
- Pemeriksaan Genarilis Head to Toe: Pemeriksaan kepala, pemeriksaan rongga mulut, pemeriksaan KGB, pemeriksaan dada (inspeksi), pemeriksaan paru (palpasi, perkusi, auskultasi), pemeriksaan abdomen, pemeriksaan ekstremitas
- Pemeriksaan Spesifik: LFM
    - Look
        - Deformitas: penonjolan abnormal**,** angulasi, rotasi, pemendekkan
        - Fungsi Laesa: Hilangnya fungsi
        - Peradangan: rubor,tumor
    - Feel**:**
        - Peradangan: kalor,dolor, terdapat nyeri tekan dan nyeri sumbu
    - Move:
        - Krepitasi
        - Nyeri bila digerakkan/dolor
        - Range of Movement/ rentang gerak terbatas

- Kekuatan otot dan gerakan tidak normal

Gangguan Anxietas : Cemas Menyeluruh

PERKENALAN DIRI (salam dan identitas)

IDENTITAS PASIEN

Nama, Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Menikah/Belum/Cerai, Pekerjaan, Tempat tinggal, Agama

ANAMNESIS

Keluhan Utama ("Ada yang bisa dibantu?") (Jantung berdebar-debar)

Riwayat Perjalanan Penyakit

- Sejak kapan? (beberapa minggu hingga bulan)
- Onset mendadak atau perlahan? Hampir setiap hari atau kondisi-kondisi tertentu? (hampir setiap hari, menyingkirkan DD fobiai)
- Penyebab keluhan tersebut? (tanpa sebab jelas) Hal-hal yang memperberat? Memperingan?
- Gejala otonom lain? (Keringat dingin? Nafas sesak? Merasa gelisah/tidak tenang? Gemetar? Mual? Muntah?) Sejak kapan?
- Memikirkan/khawatir berlebih akan sesuatu hal? (biasanya ada)
- Gangguan tidur? Sulit memulai tidur dan terbangun waktu malam hari?
- Sulit berkonsentrasi?
- Gangguan nafsu makan?

Tanyakan stressor? (masalah keluarga, pekerjaan, sosial)(stres tidak mencolok/ DD gangguan penyesuaian)

Gangguan fungsi sehari-hari? (tugas sehari-hari/pekerjaan/sosial) Niat bunuh diri/melukai orang lain?

DD hipertiroid? (suka di tempat dingin, berat badan menurun)

DD depresi? (murung, merasa bersalah, pesimistis, >2 minggu)

DD skizofren/psikotik? (halusinasi/ilusi/waham/menarik diri)

Riwayat Penyakit Dahulu (Penyakit dengan keluhan yang sama sebelumnya? Asma/HT/DM/TC/NAPZA/Alkohol (sebab organik)?)

Riwayat Premorbid **(**Keseharian sebelum sakit)

Riwayat Keluarga (Keluhan yang sama dalam keluarga)

Riwayat Sosial Ekonomi?

Riwayat alergi?

Riwayat pengobatan? Sudah pernah berobat? Jika iya diberi obat apa? Ada perubahan?

PEMERIKSAAN FISIK

CUCI TANGAN!!!

Sebelah kanan pasien

Meminta pasien berbaring dan membuka pakaian

Pemeriksaan Fisik

- Status Generalis (TD, Nadi, RR, Temp, Gizi dbn)
- Status Lokalis
  Pemeriksaan Kepala, (mencari eksoftalmus)
  Pemeriksaan Leher, (lakukan pemeriksaan pada kelenjar tiroid, pembesaran/tidak)
  Pemeriksaan Ekstremitas atas,(mencari tremor)

CUCI TANGAN!!!

Persilahkan pasien duduk

STATUS MENTAL

KU: Cara jalan biasa, cara berpakaian wajar, pasien nampak sesuai usia, bentuk tubuh (kurus/gemuk)

Attitude: Kooperatif

Behaviour: tenang

Mood: Eutimik

Afek: Sesuai

Speech: Kecepatan normal, intonasi jelas

Thought process: koheren, terkadang sirkumstansial

Thought content: preokupasi kekhawatiran, tidak ada waham/fobi

Perception: Halusinasi/ilusi tidak ada

Cognitive: dbn

Insight: Baik, pasien sadar dirinya sakit dan menginginkan pengobatann

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tes warteg, house man tree, tes mengarang

Pemeriksaan hormon tiroid (FT4 dan TSH)

DIAGNOSIS BANDING

- Gangguan cemas menyeluruh
- Gangguan penyesuaian
- Hipertiroid
- Permulaan skizofrenia
- Permulaan sindroma otak organik

DIAGNOSIS KERJA

Aksis I: F.41.1 Gangguan Cemas Menyeluruh

Aksis II: Ciri Kepribadian Cemas

Aksis III: Tidak ada diagnosis

Aksis IV: Masalah dengan "primary support group" (keluarga) karena anak dan suami os pindah keluar kota

Aksis V: GAF Scale 60-1

PENATALAKSANAAN

Non Farmakoterapi

Edukasi pasien mengenai penyakitnya,

- Kondisi fisik pasien sejauh pemeriksaan dilakukan dalam batas normal. Kemungkinan gangguan yang dialami berasal dari gangguan psikis.
- Ajarkan teknik relaksasi (teknik nafas dalam) untuk mengurangi kecemasan
- Pemberian obat memerlukan waktu untuk berefek, obat sekarang lebih bertujuan mengurangi gejala gangguan tidur.
- Sebaiknya pasien berkonsultasi dengan spesialis Psikiatri.

Psikoterapi

Konsultasi ke psikiater

Farmakoterapi

Fluoxetin 20mg 1x1 tablet

Clobazam 10mg 2x1 tablet bila perlu

Prognosis

- Quo ad vitam: Bonam
- Quo ad Functionam: Bonam
- Quo ad Sanationam: Bonam

Gangguan Bipolar Episode Kini Depresif

PERKENALAN DIRI (salam dan identitas)

IDENTITAS PASIEN

Nama, Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Menikah/Belum/Cerai, Pekerjaan, Tempat tinggal, Agama

ALLOANAMNESIS

Keluhan Utama ("Ada yang bisa dibantu?") (Kehilangan minat hidup/bunuh diri)

Riwayat Perjalanan Penyakit ("Sejak kapan?(minimal 2 minggu depresi/1 minggu manik) Onset mendadak atau perlahan? Bebas gejala? (minimal beberapa bulan)")

Gejala Penyakit

- Perubahan emosi? (murung, sedih, nangis)
- Perubahan perilaku? (melamun, mengurung diri, kurang PD, merasa bersalah)
- Gejala Kognitif? (konsentrasi berkurang, sulit berkonsentrasi)
- Persepsi? (bisikan berdosa, melihat hantu)
- Gejala Somatisasi? (Nyeri, Berdebar, Keringat Berlebih, Kelelahan, Sulit Menelan)
- Gejala Vegetatif?(gangguan tidur, nafsu makan bertambah/berkurang, berat badan meningkat/menurun, gairah seksual menurun, gangguan menstruasi)
- Fungsi Sehari2? (Tugas sehari-hari/pekerjaan, hubungan sosial, melukai orang lain/diri, perawatan diri/mandi/makan terganggu/harus disuruh, masalah keluarga/pekerjaan/lingkungan/stressor)

Riwayat Penyakit Dahulu ("Dirawat dengan keluhan yang sama? Riwayat penyakit jiwa sebelumny (manik : sangat bersemangat/tidak mudah lelah/sedikit tidur selama minimal 1 minggu), Asma/HT/DM/TC/NAPZA/Alkohol?)

Riwayat Premorbid **(**Keseharian sebelum sakit)

Riwayat Keluarga (Keluhan yang sama dalam keluarga)

OBSERVASI dan AUTOANAMNESIS

OBSERVASI

- Penampilan (Usia, tidak terawat, murung, tipe tubuh, kebersihan buruk, pakaian lusuh, kontak mata)
- Kesadaran (CM)
- Afek (depresif/tumpul/sempit, serasi)
- Perhatian (berkurang)

AUTOANAMNESIS

Orientasi (waktu, tempat, orang)(baik/jelek)

Persepsi

- halusinasi auditorik (hinaan, cacian, ngupat)
- halusinasi visual (tdk bisa dilihat orang)
- halusinasi olfaktorik (bau busuk, wangi)
- halusinasi gustatorik (rasa aneh di lidah)
- halusinasi taktil (persepsi aneh di kulit)

Memori

- Ingatan Segera (immediate) (mengulangi angka misal 1, 5, 10, 15, 20)
- Ingatan Pendek (recent) (tanya hal yang baru dialami pasien "naik apa ke sini?")
- Ingatan Panjang (remote) (tempat tinggal?)

Pikiran

- Mengurung Diri.autistik, Obsesi (pikiran mendesak terus menerus, tidak tertahan)
- Delusi (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran, waham bersalah (DOMINAN), gejala somatisasi)
- Ide Bunuh Diri/Orang Lain

Mood

("Bagaimanakah Perasaan anda saat ini?") (Hipotimi/Sedih, kehilangan minat/anhedoni, mudah lelah, kurang PD, masa depan suram)

Psikomotor

(Hipoaktif, Kooperatif/non kooperatif, Kompulsi?)

Insight

(Sadar sakit?)

PEMERIKSAAN FISIK

CUCI TANGAN!!!

Sebelah kanan pasien

Meminta pasien berbaring dan membuka pakaian

Pemeriksaan Fisik Sesuai Kasus

- (TD, Nadi, RR, Temp, Gizi dbn)
- (Kepala, Leher, Thorax, Abdomen, Ekstremitas dbn)

CUCI TANGAN!!!

Persilahkan pasien duduk

STATUS MENTALIS

- KU (Penampilan)
- Kesadaran : CM
- Rapport Atensi (Attensi(adequat)/Inattensi(inadequat))
- Afek (sesuai, tumpul / sempit, stabil)
- Mood (hipotimia, anhedonia, distimik)
- Psikopatologi

PEMERIKSAAN PENUNJANG

- MRI : Pembesaran Ventrikel III
- PET : Aktivitas Lobus Frontal Menurun

DIAGNOSIS BANDING

F.31.5. Gangguan Afektif Bipolar, episode Kini Depresif Berat dengan Gejala Psikotik

F. 31.6.Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Campuran

F.32.3.Gangguan Depresif Berat dengan Gejala Psikotik

F.25.1.Gangguan Skizoafektif tipe Depresif

DIAGNOSIS KERJA

Aksis I: F.31.5. Gangguan Afektif Bipolar, episode Kini Depresif Berat dengan Gejala Psikotik

Aksis II: Ciri Kepribadian Paranoid

Aksis III: Tidak ada diagnosis
Aksis IV: Masalah keluarga karena suami os selingkuh
Aksis V: GAF Scale 20-11= Bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri

PENATALAKSANAAN
Non Farmakoterapi
Edukasi Keluarga
- Penjelasan mengenai penyakit pasien
- Pengobatan butuh waktu yang lama
- Perlu dukungan keluarga
- Menghindari stressor
- Pastikan pasien minum obat rutin

Terapi Psikososial
Terapi Okupasional
Konsultasi ke psikiater
Farmakoterapi
Valproat: 2x500mg/hari atau Karbamazepin 2x200mg/hari
Merlopam 1x2mg/hari 1/2 jam sebelum tidur bila perlu
Prognosis
- Quo ad vitam: Dubia ad bonam
- Quo ad Functionam: Dubia ad bonam

Quo ad Sanationam: Dubia ad bonam

Gangguan Depresif
PERKENALAN DIRI (salam dan identitas)
IDENTITAS PASIEN
Nama, Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Menikah/Belum/Cerai, Pekerjaan, Tempat tinggal, Agama
ALLOANAMNESIS
Keluhan Utama ("Ada yang bisa dibantu?") (Keinginan bunuh diri, mengurung diri, menangis tanpa sebab, kehilangan minat hidup)
Riwayat Perjalanan Penyakit ("Sejak kapan? (minimal 2 minggu depresi) Onset mendadak atau perlahan?")
Gejala Penyakit
- Perubahan emosi? (murung, sedih, nangis)
- Perubahan perilaku? (melamun, mengurung diri, kurang PD, merasa bersalah, tidak berguna, cepat lelah, pesimistis)
- Gejala Kognitif? (konsentrasi berkurang, sulit konsentrasi)
- Persepsi? (bisikan berdosa/melihat hantu pada psikotik, atau normal pada non psikotik)
- Gejala Somatisasi? (Nyeri, Berdebar, Keringat Berlebih, Kelelahan, Sulit Menelan)
- Gejala Vegetatif?(gangguan tidur, nafsu makan bertambah/berkurang, berat badan meningkat/menurun, gairah seksual menurun, gangguan menstruasi)
- Fungsi Sehari2? (Tugas sehari-hari/pekerjaan, hubungan sosial, melukai orang lain/diri, perawatan diri/mandi/makan terganggu/harus disuruh, masalah keluarga/pekerjaan/lingkungan/stressor)

Riwayat Penyakit Dahulu ("Dirawat dengan keluhan yang sama? Riwayat penyakit gangguan mood sebelumny (menyingkirkan episode berulang atau bipolar), Asma/HT/DM/TC/NAPZA/Alkohol (sebab organik), Penyakit Kronis (pencetus)?)
Riwayat Premorbid **(**Keseharian sebelum sakit)
Riwayat Keluarga (Keluhan yang sama dalam keluarga)
OBSERVASI dan AUTOANAMNESIS
OBSERVASI
- Penampilan (Usia, tidak terawat, murung, tipe tubuh, kebersihan buruk, pakaian lusuh, kontak mata)
- Kesadaran (CM)
- Afek (depresif/tumpul/sempit, serasi)
- Perhatian (berkurang)

AUTOANAMNESIS
Orientasi (waktu, tempat, orang)(baik/jelek)
Persepsi (ada pada depresi dengan psikotik)
- halusinasi auditorik (hinaan, cacian, ngupat)
- halusinasi visual (tdk bisa dilihat orang)

- halusinasi olfaktorik (bau busuk, wangi)
- halusinasi gustatorik (rasa aneh di lidah)
- halusinasi taktil (persepsi aneh di kulit)

Memori
- Ingatan Segera (immediate) (mengulangi angka misal 1, 5, 10, 15, 20)
- Ingatan Pendek (recent) (tanya hal yang baru dialami pasien "naik apa ke sini?")
- Ingatan Panjang (remote) (tempat tinggal?)

Pikiran
- Mengurung Diri.autistik, Obsesi (pikiran mendesak terus menerus, tidak tertahan)
- Delusi (waham kejar, waham curiga, waham kebesaran, waham bersalah (DOMINAN), gejala somatisasi)
- Ide Bunuh Diri/Orang Lain

Mood

("Bagaimanakah Perasaan anda saat ini?") (Hipotimi/Sedih, kehilangan minat/anhedoni, mudah lelah, kurang PD, masa depan suram)

Psikomotor

(Hipoaktif, Kooperatif/non kooperatif, Kompulsi?)

Insight

(Sadar sakit?)

PEMERIKSAAN FISIK

CUCI TANGAN!!!

Sebelah kanan pasien

Meminta pasien berbaring dan membuka pakaian

Pemeriksaan Fisik Sesuai Kasus
- (TD, Nadi, RR, Temp, Gizi dbn)
- (Kepala, Leher, Thorax, Abdomen, Ekstremitas dbn)

CUCI TANGAN!!!

Persilahkan pasien duduk

STATUS MENTALIS
- KU (Penampilan)
- Kesadaran : CM
- Rapport Atensi (Attensi(adequat)/Inattensi(inadequat))
- Afek (sesuai, depresif / tumpul / sempit, stabil)
- Mood (hipotimia, anhedonia, distimik)
- Psikopatologi

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Evaluasi Psikologik : *Hamilton Rating Scale for Depression, Zung Depression Scale*

DIAGNOSIS BANDING

F.32.2. Episode depresif berat tanpa gejala psikotik

F.41.1. Gangguan Cemas Menyeluruh

F.41.2. Gangguan Campuran Anxietas dan Depresi

DIAGNOSIS KERJA

Aksis I: F.32.2. Episode depresif berat tanpa gejala psikotik

Aksis II: Ciri Kepribadian Cemas

Aksis III: Tidak ada diagnosis

Aksis IV: Masalah ekonomi karena os dipecat dari pekerjaan

Aksis V: GAF Scale 20-11= Bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri

PENATALAKSANAAN

Non Farmakoterapi

Edukasi Keluarga
- Penjelasan mengenai penyakit pasien
- Pengobatan butuh waktu yang lama, dan harus minum obat rutin
- Perlu dukungan keluarga
- Menghindari stressor

- Pastikan pasien minum obat rutin

Terapi Kognitif Behavior
Psikoterapi
Konsultasi ke psikiater

Farmakoterapi
Fluoxetin 20mg 1x1 tab atau Apitriptilin 25mg 3x1 tab
Merlopam 1x2mg/hari 1/2 jam sebelum tidur bila perlu

Prognosis
- Quo ad vitam: Dubia ad bonam
- Quo ad Functionam: Dubia ad bonam

Quo ad Sanationam: Dubia ad bonam

Otitis Eksterna

PERKENALAN DIRI (salam dan identitas)
IDENTITAS PASIEN (nama, usia, JK, alamat, pekerjaan)
ANAMNESIS
Keluhan Utama (“Ada yang bisa dibantu?”) (Bakteri (nyeri telinga dominan)/ Otomikosis (gatal dominan))
Riwayat Perjalanan Penyakit?
Nyeri Telinga mana? Sejak Kapan?
Keluar cairan dari telinga? Jika ada telinga mana? Sejak Kapan? Warna? Konsistensi? Bau? (sekret biasany serous, berasal dari liang telinga luar)
Sebelumnya pernah keluar cairan juga dari telinga?
Gatal di telinga? Sebelah mana? Sejak kapan?
Gangguan pendengaran?Telinga mana? Sejak kapan? Mendadak atau perlahan? (kdg disertai tuli konduktif pada OE diffuse)
Telinga terasa penuh? Telinga berdenging? Telinga berdengung?
Demam? Jika iya, tanya kejang? DD demam?(diare/batuk/pilek)
Pusing berputar?
Baal di wajah? Susah menggerakkan otot-otot wajah?
Nyeri belakang telinga?
Riwayat mengorek-ngorek telinga? Kemasukan benda asing di telinga?
Riwayat berenang/menyelam?
Keluhan lain pada hidung (hidung tersumbat) dan tenggorokan (nyeri tenggorokan)?
Riwayat Penyakit Dahulu (keluhan yang sama sebelumnya? DM? Demam dan batuk lama (HIV/TB/Imunocompromise)?)
Riwayat Keluarga ? (riwayat keluarga dengan penyakit yang sama)
Riwayat Sosial Ekonomi?
Riwayat Alergi?
Riwayat Pengobatan? Jika iya diberi obat apa? Oleh siapa? Tetes atau minum? Ada perubahan?

PEMERIKSAAN FISIK
CUCI TANGAN!!!
Sebelah kanan pasien
Meminta pasien berbaring
Pemeriksaan Fisik
- Status Generalis (TD, Nadi, RR, Temp, Gizi dbn)
- Status Lokalis
  Pemeriksaan Telinga (Lakukan pada kedua telinga, dari telinga yang sehat terlebih dahulu)
  Eksterna
  Gunakan lampu kepala
  Melakukan inspeksi. Periksa meatus akustikus eksterna dan pinna (bentuk simetris, kelainan struktur (oedem/hematom/sikatrik/mikrotia), pengeluaran cairan (warna, konsistensi, kejernihan)) (OE Diffuse liang telinga menyempit, hiperemis, udem, sekret sedikit)
  Melakukan palpasi. Palpasi pina untuk mencari adanya nyeri tekan, pembengkakan atau nodul. Jika terdapat rasa nyeri saat menarik pina ke atas dan ke bawah atau dengan menekan tragus, kemungkinan ada infeksi

telinga luar. Periksa ujung mastoid, jika nyeri, kemungkinan ada proses supurasi di tulang mastoid (OE Diffuse: Nyeri tekan tragus, nyeri tarik daun telinga)

Interna

Gunakan otoskop untuk memeriksa kanal dan membran timpani

- Untuk memeriksa telinga kanan pasien, pegang otoskop dengan tangan kanan dan luruskan kanal dengan tangan kiri (tarik daun telinga ke atas, luar dan belakang)
- Pegang otoskop dengan cara seperti memegang pensil, diantara ibu jari dan telunjuk, dalam posisi otoskop mengarah kebawah dengan aspek ulnar tangan pemeriksa bersandar di wajah pasien. Atau pegang otoskop dengan memegang otoskop ke arah atas.

Melakukan inspeksi kanalis eksterna; normalnya liang telinga lapang., tidak ada tanda kemerahan, bengkak, nyeri tekan, dan dinding kanalis bebas dari sekret, benda asing, dan skuama. Serumen dibiarkan saja kecuali mengganggu visualisasi kanalis. Jika ada sekret, perhatikan warna, konsistensi dan sumbernya

Melakukan inspeksi membran timpani; perhatikan warna, keutuhan, transparansi, posisi, refleks cahaya dan bagian penting membran timpani. Normalnya membran timpani berupa selaput utuh, translusen, dan abu-abu seperti mutiara, refleks cahaya kearah jam 5 atau 7.

Periksa telinga yang lain. Lakukan langkah-langkah yang sama

Pemeriksaan KGB (dapat membesar pada OE)

CUCI TANGAN!!!

Persilahkan pasien duduk

PEMERIKSAAN PENUNJANG

- KOH bila curiga penyebabnya jamur

DIAGNOSIS BANDING

Otitis Eksterna Diffuse AD e.c. Bakteri

Otitis Eksterna Sirkumsripta AD

Otomikosis AD

DIAGNOSIS KERJA

Otitis Eksterna Diffuse AD e.c. Bakteri

PENATALAKSANAAN

Non Farmakoterapi

Edukasi

- Menjelaskan mengenai penyakit pasiennya
- Melarang pasien mengorek-ngorek telinga
- Sementara waktu usahakan liang telinga tetap kering, jangan berenang dahulu

Irigasi dengan Spuit 10cc dan NS 0,9% sesuai suhu tubuh di liang telinga kanan ke arah atas untuk membersihkan debris

Meletakkan tampon yang telah diberi rivanol 0.1%ke liang telinga kanan, minta pasien kontrol keesokan harinya, minimal 2 hari

Farmakoterapi

Loratadin 10mg 1x1 tablet.

Rivanol Solutio 0.1% 100ml Flash

Prognosis

- Quo ad vitam: Bonam
- Quo ad Functionam: Bonam
- Quo ad Sanationam: Bonam

Rhinitis Allergi

PERKENALAN DIRI (salam dan identitas)

IDENTITAS PASIEN (nama, usia, JK, alamat, pekerjaan)

ANAMNESIS

Keluhan Utama (“Ada yang bisa dibantu?”) (Hidung tersumbat)

Riwayat Perjalanan Penyakit?

- Sebelah mana, satu sisi atau keduanya? Sejak kapan? Hilang timbul atau terus menerus?
- Kapan munculnya, pagi hari (dingin)? Bersin-bersin? Hidung gatal?
- Hidung meler? Jika ada warna apa? Konsistensi? Bau?
- Dipengaruhi posisi (berpindah)? Mimisan?
- Gangguan penciuman? Satu sisi atau kedua sisi? Memasuki sesuatu ke hidung?
- Hal-hal yang memicu atau memperberat (polusi, debu, bulu binatang, serbuk bunga)? Hal-hal yang memperingan (hilang sendiri atau menggunakan obat-obatan)? Kalau menggunakan obat, obat apa? Rutin digunakan?

Keluhan lain yang menyertai?

- Demam? Jika ada DD demam?
- Nyeri kepala? Bertambah berat jika menunduk?
- Nyeri telinga? Cairan dari telinga?
- Batuk? Nyeri tenggorokan?
- Badan pegal-pegal (malaise)?

Mengganggu aktifitas sehari-hari? Mengganggu Tidur? Apakah dirasakan semakin memberat?
Riwayat Penyakit Dahulu (Riwayat dgn keluhan sama sebelumnya, riwayat atopi: Asma, Galigato, riwayat penyakit sistemis: HT, DM (pengobatan dekongestan))
Riwayat Keluarga ? (Riwayat keluarga dengan keluhan yang sama, riwayat atopi dlm keluarga)
Riwayat Sosial Ekonomi (lingkungan kerja/tempat tinggal/asap/rokok)
Riwayat Alergi? (obat/makanan)
Riwayat Pengobatan? Jika iya diberi obat apa? Oleh siapa? Rutin Digunakan? Sudah berapa lama digunakan? Ada perubahan?

PEMERIKSAAN FISIK

CUCI TANGAN!!!
Sebelah kanan pasien
Meminta pasien berbaring
Pemeriksaan Fisik

- Status Generalis (TD, Nadi, RR, Temp Febris, Gizi dbn)
- Status Lokalis
  Pemeriksaan Kepala (allergic shiners, nasal crease)
  Pemeriksaan Hidung
  - Memakai lampu kepala (Ditengah-tengah antara kedua mata kanan-kiri 20-25cm di depan objek)
  - Duduk di depan pasien, pasien anak dipangku orang tua
  - Inspeksi Muka (Deformitas, radang, pembengkakan, stigmata atopi : allergic shiner, allergic crease, facies adenoid)
  - Palpasi Muka dan hidung (krepitasi, depresi tulang, nyeri)
  - Palpasi sinus paranasal dengan kedua ibu jari. Bandingkan kanan dan kiri. (nyeri tekan)
  - Inspeksi vestibulum dan nares anterior dengan menekan ke atas tip of the nose dengan ibu jari kiri
  - Melakukan pemeriksaan RHINOSKOPI ANTERIOR
    - Spekulum hidung dipegang dengan tangan kiri (right handed), arah horizontal, dengan jari telunjuk ditempelkan pada dorsum nasi
    - Tangan kanan untuk mengatur posisi kepala
    - Spekulum dimasukkan ke dalam rongga hidung dalam posisi tertutup
    - Melebarkan nares anterior dengan meregangkan ala nasi
    - Melakukan inspeksi
      (rongga hidung luas/sempit, warna mukosa merah muda/merah/pucat/livid, septum ditengah/deviasi/krista/spina/perforasi/hematom/abses, konka warna, ukuran eutrofi/atrofi/hipertrofi, sekret jumlah/sifat/lokasi, massa, perdarahan/asal perdarahan) (rhinitis allergi: mukosa edem, basah, berwarna pucat atau kebiruan, sekret encer)
    - Spekulum dikeluarkan dalam posisi setengah terbuka
  - Melakukan pemeriksaan RHINOSKOPI POSTERIOR
    - Kaca dipanaskan dengan lampu spiritus supaya tidak menjadi kabur oleh nafas pasien. Sebelum dipakai harus diuji pada punggung tangan pemeriksa
    - Lidah pasien ditekan dengan spatula lidah, pasien bernafas melalui mulut kemudian kaca tenggorok dimasukkan ke belakang uvula dengan arah kaca ke atas
    - Setelah itu pasien diminta bernafas melalui hidung. Kaca tidak boleh menyentuh dinding posterior faring supaya pasien tidak terangsang muntah. Sinar lampu kepala diarahkan ke kaca tenggorok.

- Melakukan Inspeksi
  (septum nasi bagian belakang, koana, post nasal drip, konka superior/media/inferior, nasofaring muara tuba, torus tubarius dan fosaa rossen muller)

CUCI TANGAN!!!

Persilahkan pasien duduk kembali

DIAGNOSIS BANDING

- Rhinitis Allergi
- Rhinitis Akut e.c. Virus
- Rhinitis Vasomotor
- Rhinosinusitis
- Polip Nasi

PEMERIKSAAN PENUNJANG

- Skin prick test
- Darah Rutin
- Pemeriksaan Ig E total serum
- Nasoendoskopi, CT Scan (bila curiga polip dan sinusitis)

DIAGNOSIS KERJA

Rhinitis Allergi

PENATALAKSANAAN

Non Farmakoterapi

Edukasi

- Menjelaskan mengenai penyakit pasien
- Hindari alergen (dingin, debu, asap, serbuk, bulu)
- Akifitas jasmani (olahraga)
- Jika terpaksa terpapar alergen, lindungi diri, misal pake masker atau baju dingin

Farmakoterapi

CTM 4mg 4x1 tablet (sedatif) atau Loratadin 10mg 1x1 tablet (nonsedatif) bila perlu

Phenylpromanolamine HCl 25mg 4x1 tablet bila perlu

Prognosis

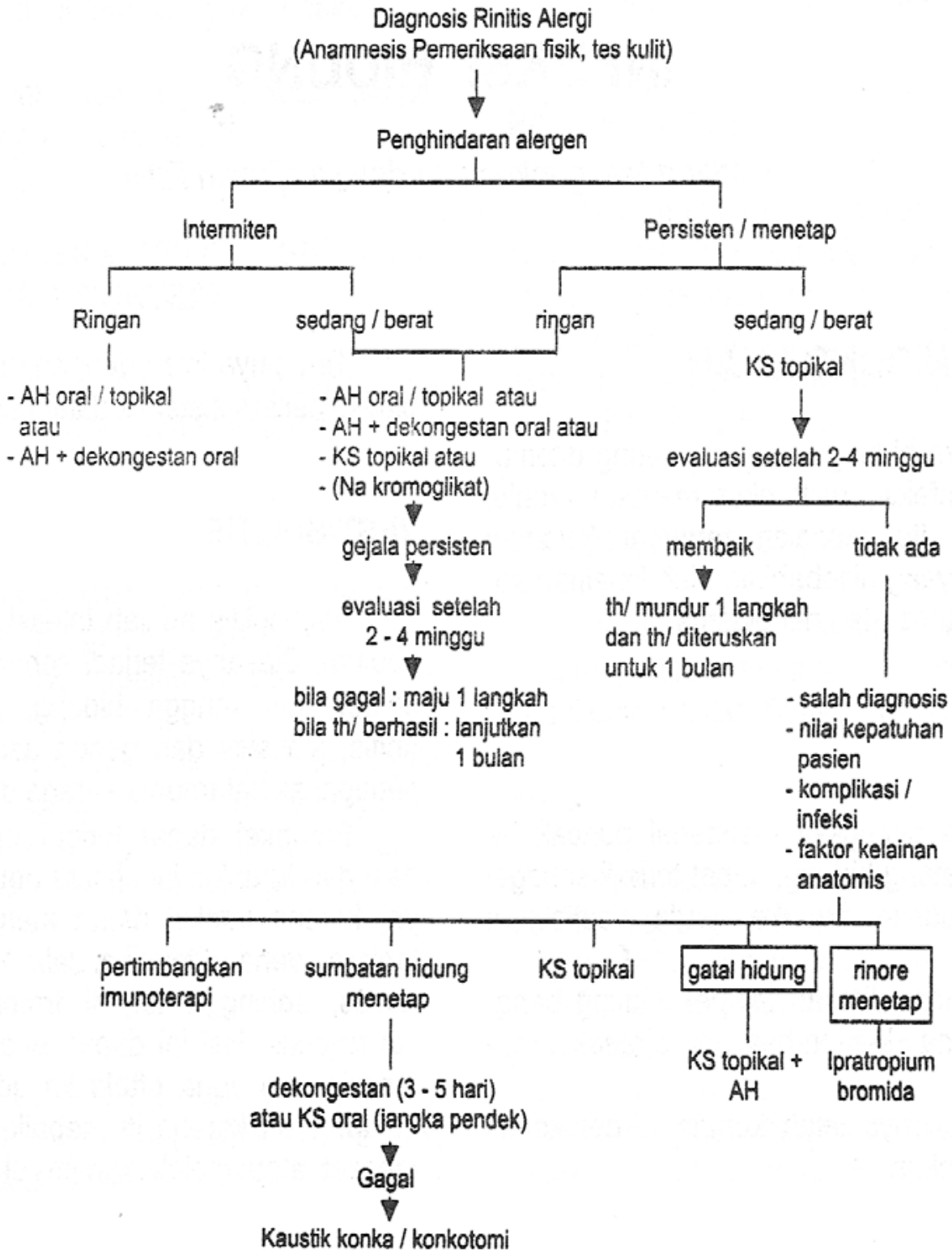
- Quo ad vitam: Bonam
- Quo ad Functionam: Bonam
- Quo ad Sanationam: Bonam

Note: Menerima Saran dan Kritik yang Membangun

Klasifikasi Rhinitis ALergi

INTERMITEN	**PERSISTEN**
Gejala • <4 hari/minggu • Atau <4 minggu berturut-turut	Gejala • >4 hari/minggu • DAN >4 minggu berturut-turut
RINGAN	**SEDANG-BERAT**
Memenuhi semua hal sebagai berikut: • Tidur tidak terganggu • Tidak ada gangguan pada kegiatan sehari0hari, olahraga, rekreasi • Tidak mengganggu sekolah dan pekerjaan • Gejala ada tapi tidak mengganggu	Salah satu/lebih kriteria sbb: • Gangguan tidur • Gangguan pada kegiatan sehari-hari, olahraga, rekreasi • Mengganggu sekolah dan pekerjaan • Gejala mengganggu

Algoritma Penatalaksanaan Rinitis Alergi menurut WHO Initiative ARIA 2001 (dewasa)



Skizofrenia Paranoid

PERKENALAN DIRI (salam dan identitas)
IDENTITAS PASIEN
Nama, Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Status Menikah/Belum/Cerai, Pekerjaan, Tempat tinggal, Agama

ALLOANAMNESIS

Keluhan Utama (“Ada yang bisa dibantu?”) (Mengamuk/Sering bicara sendiri)

Riwayat Perjalanan Penyakit (“Sejak kapan? (harus >1 bulan) Onset mendadak atau perlahan?”)

Gejala Penyakit

- Perubahan emosi? (datar/sedih/takut/cemas/mudah marah)
- Perubahan perilaku? (melamun, menarik diri, mengurung diri, curiga, diam/agresif, merasa dikontrol, orang lain dapat mendengar isi pikirannya, merasa semua orang jadi alien)
- Gejala Kognitif? (curiga berlebih, bicara nyambung/tidak, konsentrasi berkurang)
- Persepsi? (melihat yang tidak dilihat orang, mendengar bisikan)
- Somatisasi? (Berdebar, keringat berlebih)
- Gejala Vegetatif?(gangguan tidur, nafsu makan berkurang, gairah seksual menurun)
- Fungsi Sehari2? (Tugas sehari-hari/pekerjaan, hubungan sosial, melukai orang lain/diri, perawatan diri/mandi/makan terganggu/harus disuruh, masalah keluarga/pekerjaan/lingkungan/stressor)

Riwayat Penyakit Dahulu (“Dirawat dengan keluhan yang sama? Jika ada kapan dan berapa lama dirawat? Ada perubahan setelah konsumsi obat? Obat minum rutin? Asma/HT/DM/TC/NAPZA/Alkohol?)

Riwayat Premorbid **(**Keseharian sebelum sakit, pendiam)

Riwayat Keluarga (Keluhan yang sama dalam keluarga)

OBSERVASI dan AUTOANAMNESIS

OBSERVASI

- Penampilan (Usia tua, tidak terawat, datar, murung, tipe tubuh, kebersihan buruk, pakaian lusuh, kontak mata)
- Kesadaran (CM)
- Afek (datar/tumpul/sempit, serasi/tidak serasi, labil/stabil)
- Perhatian (berkurang)

AUTOANAMNESIS

Orientasi (waktu, tempat, orang)(baik/jelek)

Persepsi

- halusinasi auditorik (bisikan orang/alien/hantu/makhluk ghaib)
- halusinasi visual (melihat alien/hantu/orang membuntuti)
- halusinasi olfaktorik (bau busuk, wangi)
- halusinasi gustatorik (rasa aneh di lidah)
- halusinasi taktil (persepsi aneh di kulit)

Memori

- Ingatan Segera (immediate) (mengulangi angka misal 1, 5, 10, 15, 20)
- Ingatan Pendek (recent) (tanya hal yang baru dialami pasien “naik apa ke sini?”)
- Ingatan Panjang (remote) (tempat tinggal?)

Pikiran

- Merasa malaikat/Dereistik, merasa presiden amerika/derealistik, mengurung diri/autistik, pikiran mendesak dari luar terus menerus, merasa dikontrol, pikiran tersiar,
- Delusi (merasa dikejar-kejar dan curiga berlebih/waham kejar (PALING MENONJOL),waham kebesaran, gejala somatisasi)
- Asosiasi longgar, inkoherensi, work salad, flight of ideas
- Ide Bunuh Diri/Orang Lain

Mood

(“Bagaimanakah Perasaan anda saat ini?”) (Eutimi/hipotimi/anhedoni/kosong/irritabel/labi)

Psikomotor

(Hiperaktif/hipoaktif/normoaktif, kooperatif/nonkooperatif/agresi?)

Insight

(Sadar sakit?)

PEMERIKSAAN FISIK

CUCI TANGAN!!!

Sebelah kanan pasien

Meminta pasien berbaring dan membuka pakaian

Pemeriksaan Fisik Sesuai Kasus

- (TD, Nadi, RR, Temp, Gizi dbn)
- (Kepala, Leher, Thorax, Abdomen, Ekstremitas dbn)

CUCI TANGAN!!!

Persilahkan pasien duduk kembali

STATUS MENTALIS

- KU (Penampilan)
- Kesadaran : CM
- Atensi (Attensi/Inattensi)
- Afek (sesuai/tidak sesuai,datar / tumpul / sempit, stabil/labil)
- Mood (hipotimia, anhedonia, distimik)
- Psikopatologi

PEMERIKSAAN PENUNJANG

- MMSE (Jika pasien tua atau memiliki riwayat CVD)
- Rontgen, CT Scan, Laboratorium bila perlu

DIAGNOSIS BANDING

F.20.0.Skizofrenia Paranoid
F.20.3.Skizofrenia Tak Terinci
F.22.0.Gangguan Waham Menetap
F.25.1.Skizoafektif tipe depresif

DIAGNOSIS KERJA

Aksis I: F.20.0.Skizofrenia Paranoid
Aksis II: Ciri Kepribadian Skizoid
Aksis III: Tidak ada diagnosis
Aksis IV: Stressor tidak jelas
Aksis V: GAF Scale 20-11= Bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri

PENATALAKSANAAN

Non Farmakoterapi

Edukasi Keluarga

- Penjelasan mengenai penyakit pasien
- Pengobatan butuh waktu yang lama
- Perlu dukungan keluarga
- Menghindari stressor
- Pastikan pasien minum obat rutin

Sosioterapi
Terapi Psikososial
Terapi Okupasional
Konsultasi ke psikiater

Farmakoterapi

Haloperidol 1,5mg 3x1 tab
Chlorpromazine 25mg 2x1 tab
THP 2mg 3x1 tab

Prognosis

- Quo ad vitam: Dubia ad bonam
- Quo ad Functionam: Dubia ad bonam
- Quo ad Sanationam: Dubia ad bonam

Tonsilitis Akut

PERKENALAN DIRI (salam dan identitas)
IDENTITAS PASIEN (nama, usia, JK, alamat, pekerjaan)
ANAMNESIS

Keluhan Utama (“Ada yang bisa dibantu?”) (Demam)
Riwayat Perjalanan Penyakit?
Demam sejak kapan? Tipe demam (terus menerus atau hilang timbul)?
Keluhan lain yang menyertai?

- Nyeri menelan? Sulit menelan? Rasa mengganjal? Sejak kapan?
- Nyeri tenggorokan? Sejak kapan? Tenggorokan Gatal? Tenggorokan Kering (faringitis)?
- Nafas sesak? Tidur mengorok? Tiba-tiba terbangun waktu tidur (mendadak apneu)?
- Batuk? Sejak kapan? Dahak/tidak? Jika berdahak warna, konsistensi?
- Suara serak (laringitis)? Sukar membuka mulut(abses peritonsil)?
- Badan pegal-pegal (malaise)?
- Mulut bau (halithosis)?

Keluhan lain pada telinga/otitis (nyeri telinga, pendengaran menurun, terasa penuh), hidung/rhinitis (tersumbat, hidung meler), sinusitis (nyeri kepala)?
Keluhan lain? (menyingkirkan DD keluhan utama; demam)
Riwayat Penyakit Dahulu (keluhan yang sama sebelumnya, berapa kali setahun)
Riwayat Keluarga ? (riwayat keluarga dengan penyakit yang sama)
Riwayat Sosial Ekonomi (lingkungan tempat tinggal/asap/rokok)
Riwayat Alergi?
Riwayat Pengobatan? Jika iya diberi obat apa? Oleh siapa? Diminum rutin? Ada perubahan?

PEMERIKSAAN FISIK

CUCI TANGAN!!!
Sebelah kanan pasien
Meminta pasien berbaring
Pemeriksaan Fisik

- Status Generalis (TD, Nadi, RR, Temp Febris, Gizi dbn)
- Status Lokalis
  Pemeriksaan Tenggorokan
  - Memakai lampu kepala
  - Duduk di depan pasien
  - Meminta pasien membuka mulut
  - Menggunakan tang spatel dengan benar (2/3 bagian anterior lidah ditekan dengan lembut)
  - Melakukan Inspeksi struktur yang ada (tonsil, dinding posterior faring)

    Tonsilitis akut: pada pemeriksaan ditemukan tonsil yang udem (ukuran membesar), hiperemis dan terdapat detritus yang memenuhi permukaan tonsil baik berbentuk folikel, lakuna, atau pseudomembran. Bentuk tonsillitis akut dengan detritus yang jelas disebut tonsilitis folikularis, bila bercak-bercak detritus ini menjadi satu, membentuk alur alur maka akan terjadi tonsilitis lakunaris. Bercak detritus ini dapat melebar sehingga terbentuk membran semu (pseudomembran) yang menutupi ruang antara kedua tonsil sehingga tampak menyempit. Palatum mole, arkus anterior dan arkus posterior juga tampak udem dan hiperemis. Kelenjar submandibula yang terletak di belakang angulus mandibula terlihat membesar dan ada nyeri tekan.

    Tonsilitis kronik: pada pemeriksaan fisik ditemukan tampak tonsil membesar dengan permukaan yang tidak rata, kriptus melebar, dan kriptus berisi detritus. Tanda klinis pada Tonsilitis Kronis yang sering muncul adalah kripta yang melebar, pembesaran kelenjar limfe submandibula dan tonsil yang mengalami perlengketan. Tanda klinis tidak harus ada seluruhnya, minimal ada kripta yang melebar dan pembesaran kelenjar limfe submandibular.

    Tonsilitis difteri: pada pemeriksaan ditemukan tonsil membengkak ditutupi bercak putih kotor yang makin lama makin meluas dan membentuk pseudomembran yang melekat erat pada dasarnya sehingga bila diangkat akan mudah berdarah.

    T0: tonsil masuk di dalam fossa atau sudah diangkat.
    o T1: <25% volume tonsil dibandingkan dengan volume orofaring atau batas medial tonsil melewati pilar anterior sampai ¼ jarak pilar anterior uvula.

o T2: 25-50% volume tonsil dibandingkan dengan volume orofaringatau batas medial tonsil melewati ¼ jarak pilar anterior-uvula sampai ½ jarak pilar anterior-uvula.
o T3: 50-75% volume tonsil dibandingkan dengan volume orofaring atau batas medial tonsil melewati ½ jarak pilar anterior-uvula sampai ¾ jarak pilar anterior-uvula.
o T4: > 75% volume tonsil dibandingkan dengan volume orofaring atau batas medial tonsil melewati ¾ jarak pilar anterior-uvula sampai uvula atau lebih.

- Tonsil T3/T3, hiperemis, kripta tidak melebar, terdapat detritus;
- Dinding faring posterior tidak hiperemis, tidak granuler, tidak ada post nasal drip

Pemeriksaan KGB leher
CUCI TANGAN!!!
Persilahkan pasien duduk kembali

DIAGNOSIS BANDING
Tonsilitis Akut e.c. Bakteri
Tonsilitis Akut e.c. Virus
Tonsilitis Difteri
Tumor Tonsil
Farignitis

PEMERIKSAAN PENUNJANG
- Pemeriksaan darah lengkap
- Swab Tenggorok
- Kultur dan Resistensi kuman

DIAGNOSIS KERJA
Tonsilitis Akut e.c. Bakteri

PENATALAKSANAAN
Non Farmakoterapi
Edukasi
- Menjelaskan mengenai penyakit pasiennya
- Jaga kondisi tubuh (makan dan istirahat yang cukup)
- Banyak minum air putih
- Makan makanan lunak telebih dahulu
- Jangan makan es/air dingin, makanan manis, pedas dan berminyak
- Minum obat teratur

Farmakoterapi
Anak :
Paracetamol 10-15mg/kgbb/kali 4x sehari, jika demam
Amoksisilin 50mg/kgbb/hari bagi tiga dosis, jika gagal (riwayat pengobatan sebelumnya gagal/alergi amoksisilin) → Eritromisin
Metil prednisolon 2mg 2x1 tablet, jika peradangan menonjol dan status imun dan gizi pasien baik
Vitamin C 100mg 2x1 tablet

Dewasa
Paracetamol 500mg 4x1 tablet, jika demam
Amoksisilin 500mg 3x1 tablet, jika gagal (riwayat pengobatan sebelumnya/alergi amoksisilin) → Eritromisin
Metil prednisolon 4mg 2x1 tablet, jika peradangan menonjol dan status imun dan gizi pasien baik
Vitamin C 500mg 1x1 tablet

Prognosis
- Quo ad vitam: Bonam
- Quo ad Functionam: Bonam
- Quo ad Sanationam: Bonam

Note: Menerima Saran dan Kritik yang Membangun

Indikasi Tonsilektomi:
Absolut:

1. Pembesaran tonsil yang menyebabkan obstruksi jalan nafas atas, disfagia berat, gangguan tidur atau masalah kardiopulmoner
2. Abses peritonsil yang tidak responsif terhadap pengobatan medikamentosa
3. Tonsilitis yang menyebabkan kejang demam
4. Tonsilitis yang membutuhkan biopsy untuk menentukan jenis patologi jaringan

Relatif

1. Tiga atau lebih tonsilitis pertahun walaupun pengobatan medikamentosa sudah adekuat
2. Halitosis persisten akibat tonsilitis kronik yang tidak responsif pada pengobatan antibiotik
3. Tonsilitis kronik atau rekuren pada karier streptokokus yang tidak merespon pada antibiotic
4. Hipertrofi tonsil unilateral yang dicurigai keganasan

Morbili/ Measle/ Campak/ Rubeola

Ilustrasi kasus :
Seorang anak berusia 5 tahun, datang dibawa ibunya dengan keluhan demam tinggi yang disertai ruam sejak 2 hari yang lalu. BB: 12 kg

1. Anamnesis

- Keluhan utama : demam tinggi terus menerus
- Keluhan tambahan :
  - Batuk, pilek
  - ruam makulopapular pada seluruh tubuh yang dimulai dari belakang telinga
  - nyeri menelan
  - mata merah (konjungtivitis)
  - fotofobia
  - BAB cair

- Menyingkirkan DD :
  - Ada riwayat minum obat?
  - Ruamnya muncul sudah berapa lama?
    → Morbili > 2 hari
    → Exantema subitum ≤2 hari

- RPD :
  - R/ alergi?
  - R/ penyakit yang sama sebelumnya?
  - Riwayat imunisasi campak?

- RPK :
  - R/ keluarga dengan keluhan yang sama? → bisa positif, karena morbili sangat infeksious

2. Pemeriksaan fisik

Status generalis

KU : sakit sedang
Sens : CM
TD : normal
N : meningkat
RR : normal/ meningkat
T : meningkat

Status lokalis

Mata : injeksi konjungtiva, sedikit gatal, kotoran sedikit, sekret mukoid
Mulut : Faring hiperemis, stomatitis
Koplik's spot, timbul 24 jam sebelum timbul ruam dan menghilang pada hari

ketiga timbulnya rash → **patognomonik morbili**
Koplik's spot → lesi berwarna putih kelabu, ukuran sebesar ujung jarum pentul, berbatas tegas, dikelilingi eritema dan terletak di mukosa bukalis, berhadapan dengan molar bawah

Kulit : ruam makulopapular mulai dari belakang telinga, menyebar ke leher, dada, dan seluruh tubuh

3. Pemeriksaan penunjang

PP diagnosis

- Darah rutin : normal atau sedikit meningkat (bila disertai infeksi sekunder)
- Sputum, sekret nasal, sedimen urine: multinucleated giant cell
- Kultur virus
- ELISA : Ig M (+) → hari 1-3 timbul ruam
  Ig G (+) → terdeteksi >7 hari setelah timbul ruam dan mencapai puncak pada hari ke 14

PP komplikasi

Ensefalopati/ ensefalitis → pemeriksaan cairan serebrospinal, analisa gas darah, dan elektrolit
Enteritis → analisis feses lengkap
Bronkopenumonia → rontgen thoraks dan analisa gas darah

4. Diagnosis

Dx : Morbili
DD :

- Morbili → trias (demam, ruam, batuk dan konjungtivitis)
- Exantem subitum/ roseola infantum → demam tinggi, timbul ruam, gejala lain (-), sama-sama disebabkan virus
- Rubela/ *german measles* → exanthem bertahan hingga 3 hari, Enanthem/ *forcheimer sign* pada stadium prodromal hingga stadium awal erupsi (petekie pada *soft palate*), pembesaran KGB regional bisa disertai nyeri tekan, konjungtivitis, nyeri pergerakan bola mata, demam tidak terlalu tinggi, poliarthritis/ poliarthralgia, mialgia, nausea, anoreksia, nyeri tenggorok, sama2 menular lewat udara.
- alergi obat → ada riwayat mengkonsumsi obat sebelumnya, riwayat alergi

5. Tatalaksana

Non medikamentosa:

Edukasi:

Definisi → penyakit virus akut yang disebabkan virus morbili yang ditandai dengan demam dan diikuti oleh ruam
Penyakit ini sangat menular, terutama 1-2 hari sebelum stadium prodromal, hingga 4 hari setelah stadium penyembuhan, menular lewat udara, hindari ruangan tertutup
Pencegahan → dengan vaksinasi campak pada usia 9 bulan

Medikamentosa:

1. Antipiretik : PCT (10-15 mg/kgBB/ kali pemberian)
2. Batuk dan pilek : ambroxol (dewasa dan anak >12 tahun : 3x10ml, anak 6-12 tahun: 3x5ml, anak 2-5th: 3x2,5ml, anak < 2th: 2x2,5ml
3. Antibiotika → bila disertai infeksi sekunder → amoxicilin (20-40 mg/kgBB dibagi tiap 8 jam)
4. Vitamin A : < 6 bulan → 50.000 IU
   6 bulan-1 tahun → 100.000 IU, hari 1,2 dan 14
   > 1 tahun → 200.000 IU, hari 1,2 dan 14
5. Suportif → tirah baring, hindari cahaya,jaga asupan cairan dan nutrisi, jika intake kurang → cairan parenteral

Indikasi rawat inap:

Hiperpireksia, dehidrasi, kejang, asupan oral sulit atau disertai komplikasi

6. Komplikasi

- Penumonia
- Gastroenteritis

- Otitis media
- Matoiditis
- Ensefalitis
- Gangguan gizi

7. Prognosis

Tanpa komplikasi → bonam

Resep :

R/ Paracetamol syr no. I
S3dd1cth
R/ Ambroxol syr no. I
S3dd1/2cth
R/ Vitamin A cap no. III
S1dd1 cap

BRONKOPNEMONIA

Dasar diagnosis :

Anamnesis :

Demam (biasanya tinggi), batuk, sesak napas

Pemeriksaan Fisik :

- pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung
- retraksi dinding toraks
- suara napas vesikuler meningkat sampai bronchial
- bising tambahan ronki basah halus nyaring.

Pemeriksaan Penunjang :

- Pemeriksaan darah lengkap, CRP, Foto toraks (tampak infiltrat), uji tuberkulin, serologi, mikrobiologi

Diagnosis Banding :

- Bronkiolitis akut
- Bronkitis akut
- Pneumonia viral

Pengobatan :

∗ Antibiotika polifragmasi selama 10-15 hari

- Amplisilin 100 mg/kgbb/hari dalam 3-4 dosis
- Klorampenikol dengan dosis :
  Umur < 6 bulan : 25-50 mg/kgbb/hari
  Umur > 6 bulan : 50-75 mg/kgbb/hari
  dosis dibagi dalam 3 dosis

  atau Gentamisin dengan dosis 3 – 5 mg/kgbb/hari diberikan dalam 2 dosis

∗ Suportif :

IVFD, oksigen, pembersihan jalan nafas

∗ Bila terjadi impending decompensatio cordis :

- Pengurangan cairan sampai ¾ kebutuhan
- Diberikan diuretika dan NaCI distop
- Bila tak teratasi baru diberikan digitalisasi

∗ Pada penderita bronkopnemonia post morbili :

- Sementara mencari aktvitas TBC diberikan INH profilaksis paling sedikit 3 bulan

- Bila disertai gejala PCM berat dan klinis defisiensi Vitamin A diberikan Vit A terapeutik 200.000 IU peroral pada hari I dan II kemudian pada minggu kedua dan dilanjutkan setiap 6 bulan

* Edukasi :

Imunisasi, ASI yang adekuat, asupan gizi yang cukup, jauhkan anak dari polusi udara dan asap rokok

Komplikasi dan Prognosis :

Empiema torakis, perikarditis purulenta, pneumotoraks, meningitis purulenta,miokarditis.

BRONKIOLITIS AKUT

Dasar diagnosis :

Anamnesis:

- Umur kurang dari 2 tahun
- Adanya gejala awal infeksi saluran pernapasan atas karena virus, seperti pilek ringan, batuk dan demam (subfebris).
- 1 – 2 hari kemudian batuk disertai sesak.
- Selanjutnya timbul mengi (wheezing) , sianosis, merintih (grunting), napas yang berbunyi, muntah setelah batuk, anak rewel dan nafsu makan menurun

Pemeriksaan fisik:

- Takipnoe (sesuai usia)
- Takikardia
- Peningkatan suhu > 38 C
- Konjungtivitis ringan dan faringitis
- Perpanjangan ekspirasi dan wheezing
- Napas cuping hidung
- Retraksi Interkostal
- Sianosis
- Ronki
- Bila gejala menjadi berat dapat terjadi apnae, terutama bayi < 6 minggu

Pemeriksaan penunjang:

Laboratorium :Kurang bermakna

Pada X Foto Dada :Gambaran hiperinflasi dan infiltrat (patchy infiltrates), tidak spesifik, bisa. Didapatkan pada asma, pneumonia viral atau atipical dan aspirasi

ELISA, PCR

Diagnosis Banding :

- Asma bronkiale
- Bronkopneumoni
- Pneumonia viral

Pengobatan :

∗ Antibiotika non alergik sebagai profilaksis

- Pada saat sesak napas dapat diberikan klorampenikol IV 3 kali sehari, umur < 6 bulan: 25-50 mg/kgbb/hari, umur >6 bulan: 50-75 mg/kgbb/hari atau gentamicin 3-5 mg/kgbb/hari dibagi 2 dosis dan dilanjutkan dengan pemberian peroral bila sesak berkurang
- Bila dapat diberikan peroral langsung diberikan eritromisin 30-50 mg/kgbb/hari dalam 3 dosis

∗ Suportif :

- Kortikosteroid diberikan untuk mengurangi edema saluran pernapasan.
  Kortison 15-20 mg/kgbb/hari atau deksametason 0,5 mg/kgbb/hari dibagi dalam 3 dosis selama 2-3 hari.
- Cairan dan elektrolit dengan dekstrose 5% dan NaCl disesuaikan dengan kebutuhan berdasarkan umur dan berat badan.
- Oksigen dengan kelembaban yang cukup

* Edukasi :

ASI, anak dihindarkan dari asap rokok, asupan gizi adekuat, tidak menitipkan anak di tempat penitipan anak (TPA)

DERMATITIS ATOPIK

Seorang laki-laki berusia 25 tahun datang dengan keluhan bintik-bintik dan bercak merah di kedua paha, kedua lipat lutut, kedua lipat siku sejak 1 bulan yang lalu. Bintik dan bercak terasa gatal terutama ketika pasien berkeringat, beraktivitas, atau menggunakan pakaian lengan panjang pada cuaca terik dan panas. Pasien minum obat anti alergi, keluham berkurang, namun kemudian muncul lagi.

A. Anamnesis

- Keluhan utama: bintik-bintik dan bercak merah di kedua paha, kedua lipat lutut, kedua lipat siku yang terasa gatal Keluhan tambahan: -
- Riwayat penyakit sekarang:
  - ✓ Lokasi, penyebaran, onset, pemicu
  - ✓ Gejala yang menyertai
  - ✓ Riwayat pengobatan: apa dan bagaimana responnya. Biasanya keluhan berkurang setelah minum obat anti alergi
  - ✓ Progresivitas gejala sejak onset
  - ✓ Apakah menjadi gatal setelah terkena zat tertentu atau benda tertentu
- Riwayat penyakit dahulu:
  - ✓ riwayat keluhan yang sama (+)→cenderung berulang
  - ✓ riwayat atopi→asma, bersin2 di pagi hari
- Riwayat penyakit keluarga dengan keluhan yang sama, riwayat atopi pada keluarga
- Riwayat sosial: (-)
- Riwayat hygiene: (-)
- Riwayat faktor resiko: (-)

B. Pemeriksaan fisik

- Menjelaskan pemeriksaan yang akan dilakukan serta meminta izin
- Mencuci tangan menggunakan sabun
- Periksa tanda vital: N: 80x/m; TD: 120/80 mmHg; RR 20x/m; T: 36,7 C
- Melakukan pemeriksaan kulit dan ekstremitas:
  - ✓ Predileksi:
    - – Muka (dahi, kelopak mata, peri oral), leher, dada bagian atas, lipat siku/lutut, punggung tangan biasanya simetris
- Status dermatologikus:

  Region antecubiti dextra et sinistra regio fossa poplitea dextra et sinistra regio femoralis dextra et sinistra: Makula dan patch eritem multipel bentuk tidak teratur berukuran 0.3x0.4 cm sampai dengan 0.5x1 cm sebagian tampak hiperpigmentasi.
- Pemeriksaan dermatologi manual:

  Tes diaskopi: eritema (+)

C. **Pemeriksaan penunjang:**

- Serum total IgE
- Prick test
- Patch test

D. Diagnosis banding:

- Dermatitis atopik
- Dermatitis kontak iritan
- Dermatitis kontak alergi

E. Diagnosis

- Dermatitis atopik

F. Tatalaksana

- Edukasi:
  - ✓ Menjelaskan kepada pasien tentang penyakit dan penatalaksanannya
  - ✓ Menyarankan pasien untuk menggunakan obat secara teratur dan tidak menghentikan pengobatan tanpa seizing dokter
  - ✓ Menyarankan pasien untuk menghindari aktifitas yang akan mengeluarkan banyak keringat

- Sistemik
  - ✓ Antihistamin
- Topikal
  - ✓ Desoksimetasone 0.25% krim 2 kali sehari selama 5 hari

H. Prognosis

- Quo ad vitam :bonam
- Quo ad functionam :bonam
- Quo ad sanationam : bonam

PSORIASIS

Seorang laki-laki berumur 25 tahun datang ke dokter dengan keluhan terdapat bercak merah di siku dan lututnya sejak 1 bulan yang lalu.

A. Anamnesis

- Keluhan utama: bercak merah dan bersisik kasar pada siku, lutut atau kulit kepala, nyeri pada kulit atau sendi, pruritus.
- Keluhan tambahan: -
- Riwayat penyakit dahulu:
  - ✓ riwayat keluhan yang sama (+/-)→psoriasis cendrung residif
  - ✓ Riwayat penyakit keluarga dengan keluhan yang sama→terdapat predisposisi genetik pada psoriasis tetapi secara pasti cara diturunkan tidak diketahui
- Riwayat pengobatan: (-)
- Riwayat alergi: (-)
- Riwayat hygiene: (-)
- Riwayat faktor resiko: (-)

B. Pemeriksaan fisik

- Menjelaskan pemeriksaan yang akan dilakukan serta meminta izin
- Mencuci tangan menggunakan sabun
- Periksa tanda vital: N: 80x/m; TD: 120/80 mmHg; RR 20x/m; T: 36,7 C
- Melakukan pemeriksaan kulit dan ekstremitas:
  - ✓ Predileksi:
    - Ekstremitas bagian ekstensor: siku, lutut dan lumbosakral
    - Kulit wajah-skalp, perbatasan scalp dengan muka
  - ✓ Klinis: plak eritema dengan skuama di atasnya, tebal, berlapis, transparan seperti mika
  - ✓ Ukuran: lentikuler, numuler, plakat
  - ✓ Identifikasi tanda goresan lilin:
    - pada berskuama pasien psoriasis dilakukan penggoresan menggunakan tepi kaca objek/ujung pisau bisturi secara perlahan
    - kemudian perhatikanlah perubahan yang terajdai akibat goresan tersebut
    - interpretasi: positif→jika terjadi perubahan warna menjadi lebih putih seperti lilin yang digores. (perubahan warna tersebut dikarenakan adanya perubahan indeks bias)
  - ✓ identifikasi tanda auspitz:
    - tujuan: membuktikan adanya papilomatosis
    - menggunakan pinggiran gelas objek skuama dilepas lapis demi lapis secara lege artis lapisan terakhir skuama digores→timbul bintik perdarahan (pin point bleeding)
  - ✓ identifikasi fenomena Koebner:
    - trauma pada kulit penderita dapat menyebabkan kelainan yang sama→respon isomorfik
    - timbul kisaran 7-14 hari dari saat trauma
    - trauma dapat berupa garukan (scratching) atau gosokan (rubbing)

- cara melakukan: pada lesi psoriasis dilakukan penggoresan secara lege artis mulai dari bagian tengah lesi sampai area kulit yang sehat dengan kedalaman mencapai dermis. (kalau tidak sampai dermis tidak akan menimbulkan lesi psoriasis yang baru)
- hasil positif jika terjadi lesi baru yang sama dengan lesi induk dalam waktu 7-14 hari

C. Pemeriksaan penunjang:

- Gold standard dengan biopsy kulit→tampak penebalan epidermis atau akantosis seta elongasi rete ridges

Diagnosis banding:

- Dermatitis kontak: dermatitis dapat berupa eritema, terjadi akibat penggunaan benda yang bersifat iritan atau allergen, biasanya membentuk seperti benda yang terkontak
- Dermatitis atopik: eritema, ekskoriasi, likenifikasi (bentuk kronik), predileksi pada wajah dan fleksor (anak), atau ekstensor (dewasa), terdapat riwayat atopi.
- Pitriasis: makula eritema atau hipopigmentasi, bersisik halus, biasanya self-limited
- Tinea: Eritema bersisik, tampak aktif di tengah lesi, predileksi pada kepala, badan, dan lipatan-lipatan bawah.

E. Tatalaksana

- Edukasi:
  - ✓ Menjelaskan kepada pasien tentang penyakit dan penatalaksanannya
  - ✓ Hindari stress dan kelelahan
  - ✓ Mencegah garukan dan gosokan
- Kortikosteroid topikal→ salep betametason dipropionat 0.05% yang dioleskan tipis-tipis pada lesi yang diberikan 2 kali sehari terutama pada pagi dan malam hari
- Antihistamin→ cetirizin HCl 1x10 mg jika gatal
- Metilprednisolon 3x4 mg selama 7 hari (dosis dewasa 4-48 mg/hari)
- Preparat ter→digunakan jika
  - ✓ Bila psoriasis telah resisten terhadap steroid awal sejak awal
  - ✓ Lesi melibatkan area yang luas sehingga pemakaian steroid topikal kurang bjaksana
- Calcipotriene (analog vitamin D)
- Emolien
- Anthralin
- Salisilat
- Pada bentuk yang parah dapat digunakan retinoid methotrexat, cyclosporine, azathriopin

H. Pencegahan

- Penderita psoriasis harus merawat kulitnya agar tidak mengalami luka (trauma), sebab dapat memunculkan lesi psoriasis di tempat luka tersebut
- Paparan sinar matahari setiap hari baik bagi penderita psoriasis, tetapi harus dijaga jangan sampai mengalami sunburn sebab malah dapat memicu psoriasis
- Menggunakan moisturizer dan emolien setiap hari serta menghindari stress fisik maupun emosi

FAM

Seorang wanita 25 tahun datang ke praktik Anda dengan keluhan benjolan yang terdapat di payudara sebelah kanan. Benjolan teraba kenyal, tidak nyeri, berdiameter 3 cm, berada di kuadran kanan atas. Tidak ada riwayat benjolan sebelumnya, tidak ada keluhan keluar cairan dari putingnya.

A. Anamnesis

- Keluhan utama: benjolan di payudara sebelah kanan
  - ✓ Sejak berapa lama?
  - ✓ Membesar atau menetap? Kalau membesar tanyakan apakah membesar dengan cepat atau lambat
  - ✓ Adakah rasa nyeri
  - ✓ Keluar cairan dari putting susu, retraksi putting susu
  - ✓ Perubahan kulit payudara: kemerahan, ulserasi, dimpling, peau d'orange, venektasi
  - ✓ Pembesaran kelenjar getah bening

- ✓ tanda umum keganasan: nafsu makan dan berat badan menurun
- ✓ tanda metastase:
  - Nyeri tulang (vertebrae, femur)
  - Rasa penuh di ulu hati
  - Batuk
  - Sesak nafas
  - Sakit kepala hebat, dan lain-lain.

- Tanyakan mengenai faktor resiko FAM:
  - ✓ Umur <30 tahun
  - ✓ Penurunan paritas meningkatkan insiden FAM→terutama >> pd wanita nullipara
  - ✓ Penggunaan kontrasepsi dengan komponen utama estrogen
  - ✓ Berat badan berlebihan dan obesitas
  - ✓ Riwayat keluarga dengan kanker payudara
- Jangan lupa untuk mengetahui faktor resiko kanker payudara pada pasien:
  - ✓ Usia >30 tahun
  - ✓ Anak pertama lahir saat usia pasien >35 tahun
  - ✓ Tidak menikah
  - ✓ Menarche <12 tahun
  - ✓ Menopause terlambat
  - ✓ Pernah operasi tumor jinak payudara
  - ✓ Mendapat terapi hormonal jangka panjang
  - ✓ Adanya riwayat kanker payudara kontralateral
  - ✓ Operasi ginekologi
  - ✓ Radiasi dada
  - ✓ Riwayat keluarga
- Riwayat penyakit dahulu:
  - ✓ riwayat timbul benjolan di payudara?
- Riwayat penyakit keluarga dengan keluhan yang sama
- Riwayat sosial: (-)
- Riwayat hygiene: (-)

B. Pemeriksaan fisik

- Menjelaskan pemeriksaan yang akan dilakukan serta meminta izin
- Sebaiknya dokter atau pasien didampingi suster atau pihak keluarga selama pemeriksaan
- Mencuci tangan menggunakan sabun
- Periksa tanda vital: N: 80x/m; TD: 120/80 mmHg; RR 20x/m; T: 36,7 C
- Melakukan pemeriksaan payudara:
  - ✓ Siapkan pasien dengan posisi duduk dan bagian tubuh atas terbuka
  - ✓ Pasien diminta untuk duduk dengan tangan bebas ke samping, pemeriksa beridir di depan dalam posisi yang lebih kurang sama tinggi
- **Inspeksi:**
  - ✓ Simteris payudara kanan kiri
  - ✓ Ukuran
  - ✓ Bentuk
  - ✓ Warna kulit
  - ✓ Perhatikan ada tidaknya perubahan kulit (kemerahan, dimpling, edema, nodul satelit, ulserasi, retraksi kulit, peau d'orange), ada tidaknya kelainan pada nipple/puting susu (tertarik, erosi, krusta, discharge).
  - ✓ Kemudian suruh pasien mengangkat dan menurunkan kedua lengannya dengan tujuan untuk mencari ada tidaknya fiksasi kulit atau papila mammae, pergeseran letak papila mamma atau distorsi mammae yang disebabkan oleh adanya massa yang terfiksir.
  - ✓ Untuk manuver kontraksi m. pectoralis, pasien dalam posisi duduk dengan kedua tangan berada pada pinggang, inspeksi dilakukan pada kedua payudaranya. Kemudian pasien menekan kedua tangannya

pada pinggang agar m. pectoralis-nya mengadakan kontraksi. Payudara yang menderita tumor pada manuver ini akan tampak lebih menonjol dan daerah kulit yang retraksi akan kelihatan lebih jelas.

- Posisikan pasien dalam keadaan berbaring, jika perlu bahu atau punggung diganjal dengan bantal kecil pada sisi payudara yang diperiksa
- Lakukan palpasi secara sistematis dari tepi ke sentral (sentrifugal) berakhir di daerah papil.
- Setelah mencapai daerah papil, lakukan penekanan daerah sekitar papil untuk memeriksa adanya keluar cairan atau tidak
- Menetapkan keadaan tumornya:
  - ✓ Lokasi tumor: kuadran lateral atas, lateral bawah, medial atas, medial bawah, atau daerah sentral
  - ✓ Permukaan: licin atau berdungkul-dungkul
  - ✓ Batas tumor: tegas (jinak), tidak tegas (keganasan)
  - ✓ Ukuran tumor
  - ✓ Mobilitas tumor terhadap kulit dan muskulus pektoralis atau dinding dada
  - ✓ Konsistensi
  - ✓ Nyeri tekan: (+) kemungkinan keganasan stadium lanjut
- **Pemeriksaan Kelenjar Getah Bening**
  - ✓ Posisikan pasien dalam keadaan duduk
  - ✓ Status kelenjar getah bening :
  - ✓ jumlah, ukuran, konsistensi, terfiksir satu dengan yang lain atau
  - ✓ jaringan sekitarnya.
  - ✓ Kelenjar getah bening yang diperiksa adalah :
    KGB aksila
    KGB supraklavikula
    KGB infraklavikula
  - ✓ Lakukan palpasi pada daerah supraklavikula secara lembut dengan ujung-ujung jari, sedangkan kedua lengan berada di sisi tubuhnya. Dianjurkan untuk mengulangi palpasi ini dari belakang pasien seperti pada pemeriksaan leher.
  - ✓ Pada pemeriksaan aksila, diupayakan m. pectoralis dalam posisi relaksasi. Hal ini dapat dilakukan dengan jalan menyokong lengan pasien dengan satu tangan sementara ujung-ujung jari tangan pemeriksa lainnya melakukan perabaan secara lembut pada aksila.
  - ✓ Pemeriksaan aksila kanan, tangan kanan pasien diletakkan di tangan kanan atau bahu pemeriksa, dan aksila diperiksa dengan tangan kiri pemeriksa
  - ✓ Pemeriksaan aksila kiri, tangan kiri pasien diletakkan di tangan kiri atau bahu pemeriksa, dan aksila diperiksa dengan tangan kanan pemeriksa
  - ✓ Rabalah kelompok kelenjar getah bening berikut:
    - Mamaria eksterna: bagian anterior dan bawah tepi muskulus pektoralis aksila
    - Subskapularis di posterior aksila
    - Sentral di bagian pusat aksila
    - Apikal di ujung atas fossa aksilaris
  - ✓ Tentukan besar, konsistensi, jumlah; apakah berfiksasi satu sama lain atau tidak
  - ✓ Raba dan nilai pula kelompok kelenjar getah bening di supra dan infraklavikuler serta leher bagian bawah dengan cermat dan teliti
- Periksa organ lain seperti hepar, limpa, tulang tulang utama, dan tulang belakang secara lege artis untuk mencari metastasis jauh.

C. Diagnosis Banding

Klinis benjolan payudara dapat dipikirkan untuk kemungkinan penyakit-penyakit seperti berikut:

- Fibroadenoma mammae (FAM)→ konsistensi padat kenyal, mobile, berbatas tegas, tumbuh lambat, tidak ada kelainan kulit, tidak nyeri, KGB normal, biasanya pada wanita usia muda
- Fibrokistik (mammary dysplasia)→nyeri menjelang haid, ukuran membesar saat haid, pada wanita >40 tahun
- Tumor phillоides→permukaan berbenjol, batas tegas, ukuran besar, tak ada perlekatan ke dasar kulit, kulit tegang dan mengkilat, venektasi melebar
- Galaktokel→massa tumor kistik akibat sumbatan duktus laktiferus karena air susu yang mengental

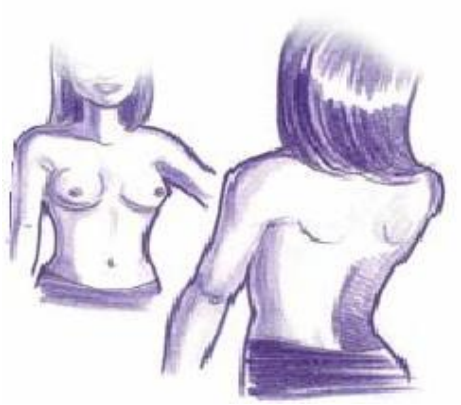
- Mastitis→terdapat tanda-tanda peradangan, kadang sudah terdapat abses
- Kanker payudara→ulserasi, discharge, bentuk ireguler, batas tidak tegas, konsistensi padat keras, permukaan tak rata, retraksi putting, peau d'orange, nodul satelit

D. Pemeriksaan penunjang:

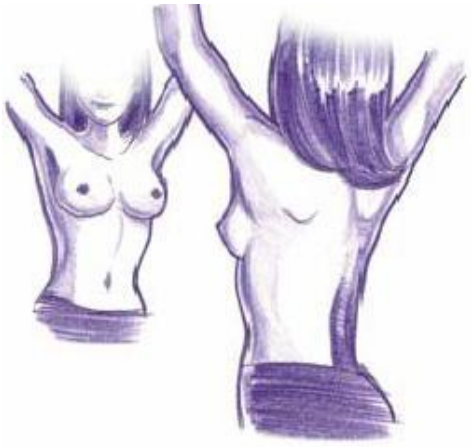
- Mammografi
- USG
- Pemeriksaan lain sesuai indikasi, misal foto toraks, bone scanning, USG abdomen atau hepar untuk mendeteksi ada tidaknya metastasis

F. Tatalaksana

- Edukasi:
  - ✓ Menjelaskan kepada pasien tentang penyakit dan penatalaksanannya
  - ✓ Menyarankan untuk melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI)
  - ✓ Menjelaskan pemeriksaan SADARI
- SADARI
  - ✓ Sebaiknya dilakukan pada hari ke 7-10 yang dihitung sejak hari ke-1 mulai haid (saat payudara sudah tidak keras dan nyeri) atau bagia yang menopause pemeriksaan dilakukan dengan memilih tanggal yang sama setiap bulannya (misalnya setiap tanggal 1 atau tanggal lahirnya)
  - ✓ Tanda-tanda yang harus diwaspadai:
    - Penambahan ukuran/besar yang tak biasa pada payudara
    - Salah satu payudara menggantung lebih rendah dari biasanya
    - Lekukan seperti lesung pipit pada payudara (dimpling)
    - Cekungan atau lipatan pada puting
    - Perubahan penampilan putting payudara
    - Keluar cairan seperti susu atau darah dari salah satu puting
    - Adanya benjolan pada payudara
    - Pembesaran KGB pada lipat ketiak atau leher
    - Pembengkakan pada lengan bagian atas
  - ✓ Cara pemeriksaan:
    - Pertama-tama perhatikan kedua payudara. Beridirilah di depan cermin dengan tangan di sisi tubuh dan lihat apakah ada perubahan pada payudara. Lihat perubahan dalam hal ukuran, bentuk atau warna kulit, atau jika ada kerutan, lekukan seperti lesung pipi pada kulit



    - Perhatikan kembali kedua payudara sambil mengangkat kedua tangan di atas kepala

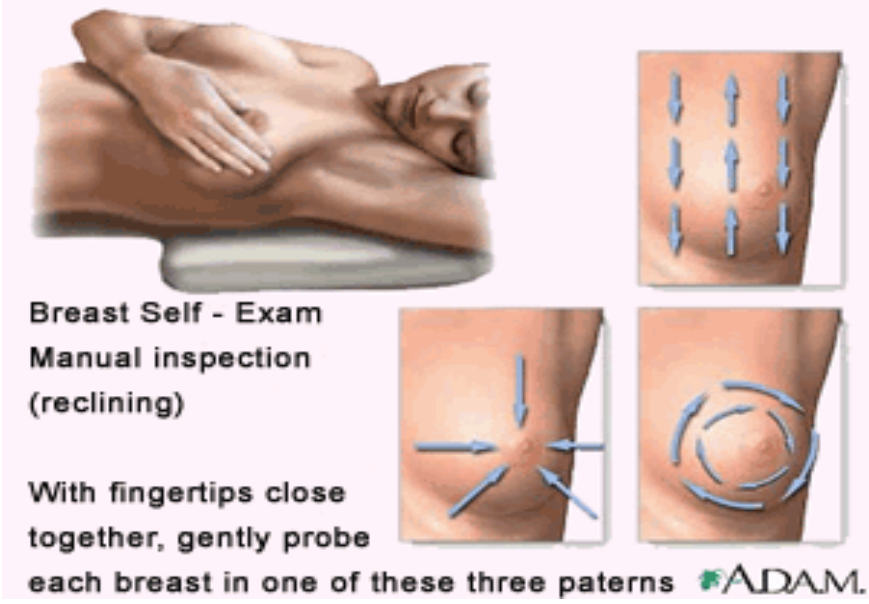


– dilanjutkan dengan meletakkan kedua tangan di pinggang sambil menekan agar otot dada berkontraksi.



– Bungkukkan badan untuk melihat apakah kedua payudara menggantung seimbang.
– Dengan lembut tekan masing-masing puting dengan ibu jari dan jari telunjuk untuk melihat apakah ada cairan yang keluar.

– Lakukan perabaan payudara, dapat sambil beridir atau berbaring. Jika memeriksan payudara sambil berbaring, diletakkan sebuah bantal dibawah pundak sisi payudara yang akan diperiksa.
– Angkat lengan kiri ke atas kepala. Gunakan tangan kanan untuk menekan payudara kiri dengan Palpasi ringan dengan “fingerpads” (digiti 2,3 dan 4). Palpasi dapat dilakukan secara vertical maupun sentrifugal.



- Rasakan apakah terdapat benjolan atau penebalan. Pastikan untuk memeriksa daerah di antara payudara, di bawah lengan dan di bawah tulang selangka.
- Angkat lengan kanan ke atas kepala dan ulangi pemeriksaan untuk payudara sebelah kanan menggunakan tangan kiri
- Berdiri atau duduk, dengan cara yang sama seperti diatas, pemeriksaan yang lebih baik dilakukan pada saat mandi dengan permukaan kulit yang basah dan licin

- Setelah dilakukan anamnesis, PF, dan pemeriksaan penunjang maka diagnosis dapat ditegakkan.
  - ✓ FAM: eksisi tumor
  - ✓ Fibrokistik: medikamentosa simptomatik, jika keluhan nyeri tak teratasi atau ditemukan pada usia pertengahan/tua maka perlu dilakukan operasi
  - ✓ Tumor philloides: simple mastektomi
  - ✓ Galaktokel: menyusui lebih sering
  - ✓ Mastitis: antibiotic yang sesuai
  - ✓ Kanker payudara: tergantung stadium
    - Stadium I dan II: radikal mastektomi atau modified radikal mastektomi dengan atau tanpa radiasi dan sitostatiska ajuvant
    - Stadium II a: simple mastektomi dengan radiasi dengan sitostastika adjuvant

  Stadium IIIb dan IV→paliatif untuk mengurangi penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup

URETEROLITHIASIS

Seorang laki-laki berumur 20 tahun datang dengan keluhan nyeri pinggang kanan yang hilang timbul sejak 2 hari yang lalu. Nyeri dirasakan menjalar ke skrotum. Mual (+) dan muntah (+). Pasien menyangkal riwayat terbentur atau jatuh. Pasien mengaku jarang minu air putih, kurang dari 8 gelas dalam sehari. Pekerjaan pasien adalah buruh pabrik.

A. Anamnesis

- Keluhan utama: nyeri pinggang kanan hilang timbul
- Keluhan tambahan:
  - ✓ Nyeri pinggang akut hilang timbul yang menjalar dari pinggang kanan belakang ke skrotum (pada wanita ke vulva)
  - ✓ Mual, muntah dan keringat dingin
  - ✓ Serangan nyeri berlangsusng sekitar satu jam, hilang timbul
  - ✓ BAK berwarna merah (+/-)
  - ✓ BAK berpasir (+/-)
  - ✓ Passing stone(+/-)
- Riwayat penyakit dahulu:
  - ✓ riwayat sakit kencing batu
  - ✓ riwayat sakit asam urat
- Riwayat penyakit keluarga:
  - ✓ riwayat kencing batu
- Riwayat pengobatan: (-)
- Riwayat alergi: (-)
- Riwayat hygiene: (-)
- Riwayat faktor resiko:
  - ✓ Kurang konsumsi air putih
  - ✓ Makanan tinggi purin
  - ✓ Minum susu tinggi kalsium atau vitamin C dosis tinggi
  - ✓ Kebiasaan hidup sedentary
  - ✓ Pekerjaan dengan paparan suhu tinggi (banyak berada di luar; suhu panas→dehidrasi→risiko pembentukan batu>>)

B. Pemeriksaan fisik

- Menjelaskan pemeriksaan yang akan dilakukan serta meminta izin
- Mencuci tangan menggunakan sabun
- Periksa tanda vital: N: 100x/m; TD: 130/90 mmHg; RR 20x/m; T: 37 C
- Status lokalis:
    - ✓ Pemeriksaan ballottement: bimanual, tangan kiri di pinggang belakang, tangan kanan di abdomen ventralnya, tangan kanan bergerak mendorong, kiri diam, dan lakukan sebaliknya→ rasakan benturannya→hidronefrosis?
    - ✓ Pemeriksaan suprapubik: nyeri tekan suprapubik (-) (lihat ekspresi pasien); kalau (+) pikirkan sistitis ec batu/infeksi saluran kemih
    - ✓ Nyeri ketok CVA:
        - Pasien duduk, posisi pemeriksa dari belakang pasien
        - Tangan kiri di CVA, tangan kanan mengetuk tangan kiri
        - Lakukan di kedua ginjal untuk mencari adanya nyeri
        - Adanya nyeri pikirkan batu ginjal
    - ✓ Pemeriksaan genitalia eksterna : palpasi daerah pangkal penis hingga OUE→(+) atau teraba masa pikirkan batu uretra

C. Pemeriksaan penunjang:

- Darah perifer lengkap
- Ureum dan kreatinin darah
- Asam urat darah
- Urinalisis: lihat ada leukosituria, hematuria, bakteriuria (nitrit), pH urin, dan dijumpai kristal-kristal pembentuk batu
- BNO-IVP
  Kalsium → opaque
  MAP (magnesiumamoniumphosphat)/struvit→semiopaque
  Asam urat/sistin→non opaque

D. Diagnosis

Diagnosis banding:

- Kolik ureter ec batu ureter kanan distal
- Kolik ureter ec nefrolitiasis
- Kolik ureter ec batu ureter kanan proksimal

E. Tatalaksana

- Edukasi:
    - ✓ Tingkatkan intake cairan (>8 gelas tiap hari) untuk mencapai urin >2l/24 jam
    - ✓ Diet rendah protein, rendah oksalat, rendah garam, rendah purin, tinggi sitrat
    - ✓ Aktivitas harian yang cukup
- Medikamentosa: ditujukan untuk batu yang ukurannya kurang dari 5 mm, karena diharapkan batu dapat keluar spontan. Terapi yang diberikan bertujuan untuk mengurangi nyeri, memperlancar aliran urine dengan pemberian diuretikum, dan minum banyak supaya dapat mendorong batu keluar dari saluran kemih. Obat yang biasa digunakan:
    - ✓ Kortikosteroid: anti inflamasi kuat yang dapat mengurangi inflamasi yang terjadi di ureter. Kombinasi dengan nifedipin atau tamsulosin dapat meningkatkan efek pasase batu ureter spontan. Golongan yang dipakai adalah prednisolon (econopred, pediapred, delta-cortef, deflazacort). Dosis dewasa: 25 mg peroral selama 5 – 10 hari.
    - ✓ Calcium antagonis (Ca Channel Blockers): menghambat atau memperkecil masuknya ion kalsium kedalam sel sehingga konsentrasi ion kalsium bebas intrasel akan berkurang→ tonus otot menurun dan akan terjadi vasodilatasi. Obat yang digunakan adalah nifedipin 30 g slow release selama 5-10 hari. Kombinasi dengan kortikosteroid akan memperkuat efek relaksasi otot polos.
    - ✓ Alpha adrenergic blockers: terapi batu ureter adalah golongan α_1-reseptor bloker selektif→memblok reseptor adrenergik→mengakibatkan vasodilatasi otot polos. Penggunaan bersamaan dengan kortikosteroid akan meningkatkan efek relaksasi otot polos. Jenis obat yang dipakai adalah tamsulosin 0,4 mg per oral.

ACNE VULGARIS

Ilustrasi kasus:
"Nn. A, 19 tahun, datang ke anda dengan keluhan bruntus-bruntus (jerawat) di wajahnya yang terasa nyeri."

1. Sapa pasien dan perkenalkan diri.
2. Menanyakan identitas pasien.
3. Inform consent pasien (jelaskan tentang anamnesis dan tujuannya).
4. Anamnesis:
   - Keluhan utama: bruntus-bruntus/jerawat merah sebagian bernanah di wajah
   - Keluhan tambahan: jerawat terasa gatal/nyeri
   - Riwayat penyakit:
     - Sejak kapan?
     - Jenis kelainan kulit yang timbul? (efloresensinya mulai dari awal muncul)
     - Di bagian tubuh mana saja?
     - Keluhan subyektif: nyeri, gatal?
     - Hilang timbul? →Kapan pertama kali timbul? Hilang meninggalkan bekas (hiperpigmentasi pasca inflamasi, sikatrik atrofi/hipertrofi)?
     - Adakah gejala lain yang menyertai?
   - Faktor pencetus
     - Dipicu/diperberat oleh stress?
     - Berhubungan dengan siklus mens?
     - Berhubungan dengan penggunaan kosmetik?
     - Berhubungan dengan konsumsi makanan tertentu?
     - Riwayat konsumsi obat tertentu: steroid, vit.B komp, fenitoin, INH?
   - Riwayat keluarga berjerawat ?
5. Pemeriksaan fisik
   - Inform consent, jelaskan proses pemeriksaan yang akan dilakukan
   - Pasien diposisikan di tempat nyaman, pencahayaan cukup. Pemeriksaa di sisi kanan.
   - Periksa KU dan TTV
   - Periksa status dermatologikus:
     - Distribusi lesi: regioner
     - Ad regio: wajah (bisa lebih spesifik di pipi atau dahi)/dada/bahu/punggung
     - Karakteristik lesi: jumlah, bentuk, ukuran, batas, menimbul/tidak, basah/kering
     - Efloresensi: komedo tertutup/terbuka, papula eritem, pustule, nodul, kista, makula hiperpigmentasi, sikatrik atrofi/hipertrofi

     Ex. Regio facialis:
     - Papul-pustule: eritema, multipel, lentikuler, bulat, diskret, sebagian ditutupi krusta coklat kehitaman.
6. Pemeriksaan penunjang
   - Pustule→gram→hasil meragukan→kultur dan resistensi

7. Diagnosis banding
   - Akne vulgaris
   - Rosasea (area malar, hidung)
   - Erupsi akneiformis
   - Dermatitis perioral (sekitar mulut)
   - Folikulitis stafilokokal (berpustule)
8. Diagnosis kerja: Akne vulgaris
9. Tatalaksana:
   - Umum (edukasi):
     - Jelaskan bahwa penyakit pasien bersifat hilang timbul, terdapat beberapa faktor pencetus, pengobatan harus teratur, patuh, dan benar.

- Hindari menyentuh jerawat
- Cuci wajah teratur dengan air bersih
- Jangan pecahkan acne yang meradang
- Hidup teratur dan sehat, hindari stress, penggunaan kosmetika secukupnya, hindari makanan pedas, rokok, alcohol.

- Farmakologis

  Topical:

  Tretinoin 0,01 s/d 0,1% (untuk seluruh wajah, malam hari)
  Benzoil peroksida 2,5-5% (pada lesi inflamasi, pagi dan siang hari)
  Asam azalea krim 20%, gel 15%
  Eritromisin
  Klindamisin
  Lain-lain: facial, tabir surya

  Sistemik:

  Tetrasiklin 2x250-500 mg/hari po
  Doksisiklin 2x50-100 mg/hari po
  Klindamisin 2x300 mg/hari po
  Eritromisin 2x500 mg/hari po

10. Prognosis:
    Quo ad vitam : dubia ad bonam
    Quo ad functionam : dubia ad bonam
    Quo ad sanationam : dubia

CANDIDIASIS ORAL

Ilustrasi kasus:
"Tn. R, 39 tahun, datang ke klinik dengan keluhan sariawan putih di dalam mulut. Riwayat didiagnosis HIV 10 tahun yll."

11. Sapa pasien dan perkenalkan diri.
12. Menanyakan identitas pasien.
13. Inform consent pasien (jelaskan tentang anamnesis dan tujuannya).
14. Anamnesis:
    - Keluhan utama: sariawan yang tak kunjung sembuh
    - Riwayat penyakit:
      - Lokasinya di mana?
      - Berapa banyak?
      - Sejak kapan?
      - Sudah pernah sebelumnya? →kapan pertama kali? Di mana? Meluas ke mana? Adakah periode sembuh di antara munculnya keluhan?
      - Adakah gejala lain: berdarah, nyeri, kemerahan, sulit makan, pinggir sisi bibir jadi nyeri, kering, dan pecah-pecah?
    - Gejala dan tanda yang berkaitan dengan HIV:
      - Sering demam tanpa sebab yang jelas?
      - Sering lelah, lemah, tanpa sebab yang jelas?
      - Ada benjolan (KGB) di leher, ketiak, selangkangan, atau daerah lain?
      - Sering nyeri otot & sendi?
      - Sering ada keluhan kulit berulang (gatal-gatal, kemerahan, dll)?
      - Sering diare?
      - Penurunan BB signifikan dalam waktu singkat?
      - Sering infeksi saluran nafas berulang (TB, pneumonia, dll)?

- Faktor predisposisi
  - Hygiene oral buruk
  - Penyakit kronis: HIV, DM
  - Konsumsi obat-obatan jangka lama: steroid
  - Sedang dalam kemoterapi
- Faktor risiko
  - Pasien/pasangan pengguna narkoba suntik?
  - Pasien/pasangan punya pasangan seks lebih dari 1?
  - Pasien/pasangan sering berganti-ganti pasangan?
  - Pasien/pasangan mempunyai pekerjaan yang erat berhubungan dengan jarum suntik? (pekerja kesehatan, tattoo artist)
  - Pasien/pasangan mempunyai pekerjaan yang erat berisiko tinggi berganti-ganti pasangan? (sopir, awak pesawat, dst)
- Riwayat pengobatan
  - Nama, dosis, cara pemberian, frekuensi pemberian, lama pemberian obat
  - Pemberi obat, beli di mana
  - Topical→kemasan, lengket/tidak, warna, bau, berapa kali, berapa lama
  - Sistemik→bentuk, warna, berapa kalim berapa lama, dihabiskan/tidak.
  - Efektif/tidak?
  - Efek samping obat?
- Riwayat penyakit dahulu:
  - R/ penyakit yang sama, kapan?
  - R/ pengobatan yang didapat, respon, dan efek samping.
- Riwayat alergi obat

15. Pemeriksaan fisik
    - Inform consent, jelaskan proses pemeriksaan yang akan dilakukan
    - Pasien diminta berbaring dan membuka sandal/sepatu
    - Status generalis:
      - KU dan TTV
      - Status gizi
      - Kepala: konjungtiva anemis?
      - Leher: pembesaran KGB?
      - Thorax: tanda penyakit paru?
      - Abdomen
      - Ekstremitas
    - Status lokalis:
      - Distribusi
      - Ad regio
      - Deskripsi lesi

      Ex. Regio buccal, lingual, palatum: plak/pseudomembran, putih seperti sari susu, multipel, ireguler, diskret sebagian konfluens.
16. Pemeriksaan penunjang
    - Laboratorium:
      - Darah rutin
      - Gula darah
    - KOH
    - Gram
    - Kultur swab lesi
    - VCT (voluntary counseling test)
    - ELISA
17. Diagnosis banding
    - Candidiasis oral ec. DD/ HIV

DM
Keganasan
Konsumsi steroid jangka panjang

18. Diagnosis kerja: Candidiasis oral ec HIV
19. Tatalaksana:
    - Umum (edukasi):
        - Jaga kebersihan daerah oral
        - Sikat gigi minimal 2x sehari
        - Lakukan kumur dengan cairan kumur setelah konsumsi obat-obatan dan sebelum tidur
    - Farmakologis

      Topical:

      Nystatin 100.000 IU/ml 1-5 ml pada lesi 10-14 hari (akut), berbulan-bulan (kronik)/
      Gentian violet 1-2% 2x sehari selama 3 hari

      Sistemik:

      Flukonazol 1x50 mg selama 2 minggu/
      Itrakonazol 1x100 mg 1x1 selama 3 minggu
      ARV
20. Prognosis:

    Quo ad vitam : dubia ad malam
    Quo ad functionam : dubia ad bonam
    Quo ad sanationam : dubia ad malam
21. Resep

    R/ Nystatin drop fl. I
    S4ddgttI pc

    R/ Flukonazol tab 50 mg No. XIV
    S1dd1

MUSCLE SPRAIN & ELASTIC BANDAGE

Ilustrasi kasus:
"Tn. Anton, 26 tahun, dengan keluhan nyeri di daerah tumit kanan. Pada pemeriksaan fisik pada regio ankle pedis dextra, terdapat benjolan kemerahan, batas tidak tegas, terfiksir, konsistensi padat, teraba hangat, nyeri tekan (+)"

Daftar tilik muscle sprain & elastic bandage

1. Memperkenalkan diri kepada pasien.
2. Menanyakan identitas pasien.
3. Anamnesis:
    - Mekanisme cedera,
    - Riwayat cedera,
    - Gejala: nyeri, bengkak, kemerahan, sulit/tidak dapat bergerak pada sendi, spasme otot, kelemahan otot, kram, sulit menggerakkan otot.
4. Pemeriksaan fisik:

   Periksa ABCDE dan terapi keadaan yang mengancam nyawa terlebih dahulu. Buka semua pakaian seluruhnya termasuk ekstremitas. Lepaskan jam, cincin, kalung, dan semua yang dapat menjepit. Ingat cegah hipotermia. →sesuaikan dengan kasus teman-teman ;)
    - Look: Warna, benjolan, pembengkakan, cekukan, sikatrik, deformitas, diskrepansi, gait, luka terbuka.
    - Feel: suhu, fluktuasi, edema, nyeri tekan, krepitasi, benjolan→konsistensi, permukaan, mobile/tidak, nyeri/tidak, ukuran.
    - Move: ROM aktif & pasif terbatas/tidak
    - Anterior drawer test
5. Pemeriksaan radiologis: rontgen ankle 2 posisi, MRI
6. Diagnosis: ankle sprain.
7. Diagnosis banding:

- Ankle sprain (muscle sprain ankle dextra)
- Ankle strain
- Tendinitis

8. Tatalaksana

RICE+R

- Rest: batasi aktivitas khususnya sendi/bagian yang cedera. Hentikan aktivitas yang mengakibatkan cedera tersebut. Imobilisasi dengan splinting, pemasangan pad,dll. Restriksi aktif sekitar 48-72 jam.
- Ice: beri plastic berisi es pada daerah cedera selama 15-20 menit dalam 2-3 jam sekali.
- Compression: gunakan perban elastic untuk memberikan tekanan.
  - Periksa neurovaskuler sebelum memasang elastic bandage (dengan memeriksa sensorik dan motorik ekstremitas a. dorsalis pedis).
  - Ambil bandage sesuai ukuran, pasang dengan gerakan memutar dari bagian paling distal ke arah proksimal.
  - Periksa ulang keadaan neurovaskuler distal tungkai yang mengalami cedera setelah dilakukan pemasangan elastic bandage.
  - Jika perfusi distal menjadi buruk post pemasangan bandage, lepaskan/ulangi dengan memasang tidak terlalu kuat.
- Elevation: angkat/tinggikan bagian yang cedera untuk mengurangi bengkak.
- Referral+rehabilitation: rehabilitasi setelah 48-72 jam pertama. Dimulai dengan menggerakkan perlahan tanpa beban kemudian dengan beban.

HARM

Dalam 72 jam pertama, hindari:

- Heat:mandi air panas, sauna.
- Alcohol→ ↑ perdarahan dan pembengkakan, memperlambat proses penyembuhan.
- Running, atau kegiatan lain yang dapat menyebabkan cedera lebih lanjut
- Massage →↑ perdarahan dan pembengkakan

Farmakologis

Paracetamol tab 3x500 mg prn/ketoprofen krim

9. Prognosis: dubia ad bonam

SIRKUMSISI

Ilustrasi kasus:

"An. Ade, 6 tahun, BB 20 kg, datang diantar oleh orang tuanya karena pasien dan kedua orang tuanya ingin pasien disunat karena bertepatan dengan liburan sekolah. Pasien jika BAK memancar, tidak menetes, jika jatuh/terluka darah tidak sukar berhenti."

Lakukan teknik sirkumsisi dan edukasi setelahnya!

Daftar tilik sirkumsisi

10. Memperkenalkan diri kepada pasien.
11. Menanyakan identitas pasien.
12. Tanya masalah kencing, alergi obat, kelainan pembekuan darah, kontraindikasi (hipospadia, epispadia, chorde, webbed penis).
13. Minta anak kencing terlebih dahulu, dipersilahkan berbaring dengan nyaman, jika perlu ditemani ortu.
14. Informed consent. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
    Tujuan: memotong preputium. Jika tidak dilakukan: risiko infeksi lebih besar dibanding yang disirkumsisi. Komplikasi: alergi→syok anafilaktik, perdarahan, hematoma, nyeri, infeksi, pengangkatan kulit preputium kurang adekuat/terlalu banyak, amputasi glans.
15. Persiapkan alat-alat:
    Steril→sirkum set, catgut 3.0, handscoen, duk, jarum
    Tidak steril→spuit 3 cc, kassa, lidocaine HCl 2%, salep antibiotik, kapas, povidone iodine, plester, adrenalin 1:1000 (untuk syok anafilaktik).
16. Memperagakan cuci tangan.
17. Memperagakan teknik memakain handscoen steril.
    *kalo ada gown pakai jg.
18. Tindakan asepsis dan antisepsis:

- siapkan povidone iodine pada mangkok. Dengan menggunakan klem bengkok, benamkan kassa steril pada mangkok dan usap penis mulai dari ujung, skrotum, perineum, dan daerah sekitarnya dengan povidone iodine 10% secara sentrifugal.
- Setelah beberapa menit, bersihkan dengan cairan isotonis steril.
- Pasang duk steril.

19. Lakukan anestesi blok dan infiltrasi.
    - Siapkan spuit berisi lidocain (dosis untuk anak 4,5 mg/kg/dosis)
    - Anestesi blok tepat pada bagian tengah pangkal penis dengan posisi spuit tegak lurus kira-kira 1,5-2 cc, aspirasi spuit terlebih dahulu sebelum menginjeksi. Jika sudah merasakan sensasi seperti menembus kertas berarti sudah tembus fascia Bach.
    - Anestesi infiltrasi di kulit sekitar batang penis sebanyak 1cc secara merata (umumnya diinfiltrasi dari kanan dan kiri di bawah kulit batang penis). Cek hasil anestesi dari ekspresi anak dengan menjepitkan klem perlahan.
20. Bersihkan smegma. Bisa dengan membuka manual prepusium dengan tangan lalu membersihkan smegma dengan kassa steril. Atau jika sulit, dapat menggunakan klem bengkook kemudian prepusium dibuka perlahan hingga terlihat sulkus koronarius.
21. Sirkumsisi prepusium:
    - Dengan klem lurus, jepit preputium di arah jam 1, 11, dan 6 (frenulum).
    - Gunting pada arah jam 12 (bagian tumpul di bawah) sedalam 3 mm dari sulkus koronarius.





    - Setelah jam 12, insisi memutar ke arah kanan atau kiri secara melingkar ke arah frenulum.



    - Lakukan insisi pada sisi sebaliknya. Ingat, frenulum masih dalam keadaan terjepit klem lurus.



    - Evaluasi perdarahan→tekan dengan kassa steril/jepit pakai klem bengkok/ligasi
22. Penjahitan luka:
    - Jahit frenulum (arah jam 6)→jahit “0” atau jahit “8” (matras 8)
    - Jahit kulit dan mukosa (arah jam 9,12, dan 3). Boleh lebih.→simple interrupted.





23. Oleskan betadin dan antibiotic. Balut dengan kassa. Plester.
24. Alat dirapikan dan/atau dibuang sesuai tempatnya.
25. Cuci tangan sesudahnya.

26. Edukasi keluarga :
    - Cara minum obat→antibiotik diminum sampai habis, analgesic bila nyeri.
    - BAK→seperti rukuk/agak menunduk ke bawah, jangan terkena air terlebih dahulu, jaga hygiene agar tetap bersih. Sisa air kencing dihapus dengan tissue atau kassa.
    - Rawat terbuka→kalau yakin bisa menjaga kebersihan, ataupun tertutup
    - Kapan buka verban→3-5 hari post sirkumsisi. Segera kontrol.
    - Jangan banyak aktivitas dulu, tidak memakai celana dahulu.
    - Kalau ada tanda perdarahan langsung dibawa.
27. Tunggu 15-30 menit dulu di ruang pemulihan.
28. Pemberian obat→antibiotik, analgetik, vitamin.

R/ As. Mefenamat tab 500 mg No. X
S3dd1

R/ Amoksisilin tab 500 mg no. X
S3dd1

R/ Vitamin C tab 500 mg No. X
S1dd1

