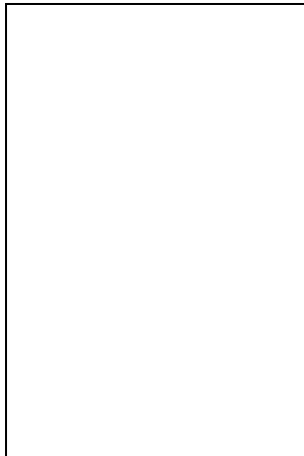


**Buku Kegiatan CSL 3
Semester 3 Angkatan 2015
Tahun Ajaran 2016/2017**



Nama;

NPM:

Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
Jln. Prof. Soemantri Bojonegoro No.1 Bandar Lampung-Indonesia

DAFTAR MATERI CLINICAL SKILLS LAB (CSL) 3

Tabel Daftar Materi CSL

Semester :III

Angkatan Tahun : 2015

Tahun Ajaran : 2016/2017

No	Judul CSL	Jenis Keterampilan CSL			
		Anamnesis	Pemeriksaan Fisik	Prosedural	Lab
1	Anamnesis penyakit yang berhubungan dengan keluhan sistem endokrin	√			
2	Anamnesis pediatrik (alloanamnesis)	√			
3	Pemeriksaan perkembangan anak (metode KPSP)		√		
4	Rekam Medis dan Rujukan	√			
5	Anamnesis penyakit yang berhubungan dengan keluhan pasien demam (tropik infeksi)	√			
6	Prosedur injeksi dan <i>vena puncture</i>			√	
7	<i>Finger prick test</i> dan pembuatan preparat apusan darah tepi				√
8	Anamnesis penyakit yang berhubungan dengan sistem oftalmologi dan rhinootolarimngologi (spesial sense)	√			
9	Pemeriksaan oftalmologi		√		
10	Pemeriksaan rhinootolarimngologi		√		
11	Pemeriksaan sistem sensoris		√		

SURAT PERNYATAAN MENGIKUTI REGULASI CSL

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan akan mengikuti regulasi CSL berupa:

- Kegiatan CSL setiap topik terbagi atas 2 sesi.
- Pada kegiatan CSL terdapat 2 buku, yakni Buku Panduan CSL dan Buku Kegiatan CSL yang wajib dibawa setiap sesi.
- Keikutsertaan 100% dan hadir tepat waktu.
- Jika terlambat ≤ 15 menit dapat mengikuti CSL dengan pre test susulan di ruang administrasi CSL dan nilai pre test dikurangi 10 poin
- Jika terlambat >15 menit tidak diperkenankan mengikuti CSL
- Pada Sesi 1 akan dilakukan Pre test secara serentak dan dikumpulkan pada instruktur yang bertugas
- Pada awal sesi 2 akan diumumkan mahasiswa/i yang mendapat nilai pre test <70
- Pada Sesi 2 mahasiswa melakukan keterampilan klinik dengan dinilai oleh rekannya dibawah pengawasan instruktur
- Penilaian dilakukan pada buku kegiatan mahasiswa dan ditanda tangani oleh instruktur saat pelaksanaan *skills lab* berlangsung sebagai bukti otentik latihan serta tidak boleh disobek
- Pada halaman terakhir Buku Kegiatan CSL terdapat **Bukti Penilaian Formatif CSL** yang harus diparaf setiap selesai latihan oleh instruktur yang bertugas.
- Pada akhir blok, mahasiswa wajib mengumpulkan buku kegiatan agar rekapitulasi bukti penilaian tersebut dapat diperiksa dan diberikan **rekomendasi layak/tidaknya** mengikuti OSCE oleh PJ CSL blok yang bersangkutan.
- Lembar rekomendasi diberikan kepada bagian administrasi seminggu sebelum ujian OSCE dilaksanakan agar dapat mengikuti OSCE.
- Mahasiswa/i yang tidak menghadiri CSL maka harus mendapatkan rekomendari dari Dekan Fakultas Kedokteran Unila untuk mengikuti CSL susulan dengan

menanggung biaya pelaksanaan CSL tersebut (seperti biaya BHP dan pemeliharaan alat)

- Hal-hal yang belum diatur dalam regulasi ini akan ditetapkan kemudian.

Bandar Lampung, ...-.....-2016

(.....)
NPM.

Pemberian Umpan Balik saat CSL Pertemuan ke-2

1. Instruktur diharapkan memberi umpan balik terkait *performance* mahasiswa, kemudian mahasiswa harus menuliskan umpan balik tersebut pada kolom umpan balik di buku kegiatan CSL mahasiswa.
2. Instruktur menandatangani buku kegiatan setelah mengoreksi kolom isian umpan balik sudah sesuai dengan masukan yang diberikan.
3. Bila waktu tidak cukup, instruktur dapat meminta bantuan mahasiswa untuk menilai *performance* temannya (*peer-assesment*) dengan tetap memperhatikan umpan balik yang diberikan.

Panduan Singkat Memberikan Umpan Balik

Umpan balik adalah sebuah proses yang melibatkan komunikasi dua arah yang tidak menghakimi dengan tujuan memberi informasi tentang kualitas kinerja untuk meningkatkan kemampuan seseorang.

Istilah umpan balik dan evaluasi sering dipertukarkan dalam penggunaan sehari-hari. Padahal umpan balik dan evaluasi merupakan dua hal yang berbeda maknanya.

Umpan balik menyajikan informasi, bukan penilaian. Evaluasi merupakan pernyataan normatif yang dilengkapi dengan kata keterangan dan kata sifat. Sementara umpan balik bersifat netral, terdiri dari kata kerja dan kata benda.

Umpan balik konstruktif:

- Bahasa yang digunakan saat memberikan umpan balik bersifat deskriptif bukannya evaluatif. Sebagai contoh: “Saya melihat Anda menghindari kontak mata dalam presentasi klinis” merupakan bahasa deskriptif, sementara “Keterampilan presentasi Anda kurang baik” merupakan umpan balik yang menggunakan bahasa evaluatif.

- Umpan balik deskriptif, menggambarkan apa yang dilihat dan menyampaikannya ke peserta didik. Bahasa deskriptif fokus pada “apa, kapan, dimana dan bagaimana” dan menghindari komentar “mengapa”. Saat memberi umpan balik deskriptif, ekspresi wajah dan bahasa tubuh haruslah sesuai.
- Metode “SET-GO” dari Calgary – Cambridge merupakan salah satu metode klasik umpan balik deskriptif dengan pendekatan pengajaran keterampilan komunikasi. Metode “SET-GO” tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:
 - *What I **S**aw* – Mendeskripsikan *performance* peserta didik yang dilihat oleh *observer*
 - *What **E**lse did you see?* – Hal lain (kelebihan atau kekurangan) apa yang dilihat oleh peserta didik terkait *performance*-nya
 - *What do you **T**hink?* – Minta peserta didik untuk melakukan refleksi terkait deskripsi *performance*-nya, setuju atau tidak dengan deskripsi *observer*
 - *What **G**oals are we trying to achieve?* – Apa tujuan yang ingin dicapai dari kegiatan pembelajaran ini
 - *Any **O**ffers on how to achieve the goals* – Saran mengenai cara untuk dapat menguasai keterampilan tersebut
- Umpan balik harus fokus, spesifik dan tidak bersifat umum. Seperti misalnya, “Anda menggunakan pertanyaan tertutup bukannya pertanyaan terbuka saat menganamnesis pasien” merupakan pernyataan yang spesifik, sementara “Anda harus memperbaiki keterampilan bertanya Anda” merupakan komentar umum. Umpan balik yang umum dan tidak jelas yang tidak memberi informasi kepada peserta didik, akan tidak membantu, tidak jelas dan dapat disalahartikan.

1. CEK LIST LATIHAN ANAMNESIS PENYAKIT YANG BERHUBUNGAN DENGAN KELUHAN SISTEM ENDOKRIN

No	Prosedur/ Aspek Latihan	Umpan Balik	
ITEM INTERAKSI DOKTER-PASIE			
1	Mengucapkan salam pada awal wawancara		
2	Mempersilakan duduk berhadapan		
3	Memperkenalkan diri		
4	<i>Informed</i> <ul style="list-style-type: none"> menjelaskan kepentingan penggalian informasi yang benar tentang sakit pasien 		
5	<i>Consent</i> <ul style="list-style-type: none"> Meminta waktu & ijin untuk melakukan alloanamnesisjika diperlukan 		
ITEM PROSEDURAL			
6	Menanyakan identitas pasien : Nama , Umur , jenis kelamin (dicatat saja tidak perlu ditanyakan), alamat lengkap, pekerjaan, agama dan suku bangsa Pastikan menggali identitas tidak terkesan interogasi tidak harus berurutan dicari lengkap, boleh diselang-seling saat anamnesis berlangsung		
Menanyakan Riwayat Penyakit Sekarang			
7	Menanyakan keluhan utama Cross cek, dan Pastikan Keluhan Utama		
8	Menanyakan keluhan lain/tambahan		
9	Menggali informasi tentang riwayat penyakit sekarang (waktu dan lama, sifat, lokalisasi dan penyebaran, hubungan dengan waktu dan aktifitas, keluhan yang mendahului dan menyertai, pertama kali/ tidak, faktor resiko dan pencetus, upaya pengobatan & hasilnya)		
10	Menanyakan riwayat penyakit yang pernah diderita (Penyakit-penyakit yang meningkatkan prevalensi penyakit pada kelainan endokrin yang dikeluhkan)		
11	Menanyakan riwayat penyakit dalam keluarga (riwayat orang tua atau anggota keluarga lainnya dengan DM, hipo/hipertiroid, dsb)		
12	Menggali informasi tentang riwayat Pribadi (riwayat merokok, minuman alkohol, obat-obatan, pola diet, aktifitas)		

ITEM PENALARAN KLINIS		
13	Melakukan <i>cross check</i> (paraphrase atau pengulangan terhadap apa yang dikatakan pasien)	
14	Melakukan <i>umpan balik</i> (menanyakan hal-hal yang kurang jelas, atau pertanyaan yang kurang jelas).	
15	Mencatat semua hasil anamnesis	
16	Menyimpulkan dan menginterpretasikan hasil anamnesis	
ITEM PROFESIONALISME		
17	Percaya diri, bersikap empati, tidak menginterogasi	
18	Mengakhiri anamnesis dengan sikap yang baik	

FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN (area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism)	
<p>Bandar Lampung,, 20...</p> <p>Paraf Instruktur</p> <p>(.....)</p>	

2. Cek list latihan Anamnesis Pediatrik (Alloanamnesis)

No	Prosedur/ Aspek Latihan	Umpan Balik
ITEM INTERAKSI DOKTER-PASIEN		
1	Mengucapkan salam pada awal wawancara	
2	Mempersilakan duduk berhadapan	
3	Memperkenalkan diri	
4	<i>Informed</i> <ul style="list-style-type: none"> menjelaskan kepentingan penggalan informasi yang benar tentang sakit pasien (anak) 	
5	<i>Consent</i> <ul style="list-style-type: none"> Meminta waktu & ijin untuk melakukan alloanamnesis 	
ITEM PROSEDURAL		
6	Menanyakan identitas pasien : Nama (anak dan orang tua), Umur (anak dan orang tua), jenis kelamin (dicatat saja tidak perlu ditanyakan), alamat lengkap, pendidikan & pekerjaan orang tua, agama dan suku bangsa Pastikan menggali identitas tidak terkesan interogasi tidak harus berurutan dicari lengkap, boleh diselang-seling saat anamnesis berlangsung	
Menanyakan Riwayat Penyakit Sekarang		
7	a. Menanyakan keluhan utama Cross cek, dan Pastikan Keluhan Utama	
8	b. Menanyakan keluhan lain/ tambahan	
9	c. Menggali informasi tentang riwayat penyakit sekarang (Lama, sifat, lokalisasi, berat-ringan gejala, hal yang mendahului, pertama kali/ tidak, saudara lain yang terkena, upaya pengobatan & hasilnya)	
10	Menanyakan riwayat penyakit yang pernah diderita	
11	Menggali informasi tentang riwayat kehamilan ibu Gali faktor resiko selama kehamilan, umur saat hamil, Peny. Saat kehamilan, ANC berapa kali, TT, obat-obatan, dll.	
12	Menanyakan riwayat kelahiran pasien (per vaginam/bukan, Normal/tidak, yang membantu persalinan siapa?, dimana? BB/PB bayi, APGAR skor bayi.)	
13	Menggali informasi tentang riwayat makan (kuantitas	

	dan kualitas makanan jangka pendek dan jangka panjang) ASI eksklusif, PASI, MPASI, dll.	
14	Menanyakan riwayat imunisasi (5 imunisasi wajib PPI → tanyakan)	
15	Menggali informasi tentang riwayat pertumbuhan pasien (BB/PB /Umur → WHO)	
16	Menggali informasi tentang riwayat perkembangan pasien (Motorik kasar, halus, sosial dan bahasa → rujuk Denver II)	
ITEM PENALARAN KLINIS		
17	Melakukan <i>cross check</i> (paraphrase atau pengulangan terhadap apa yang dikatakan pasien)	
18	Melakukan <i>umpan balik</i> (menanyakan hal-hal yang kurang jelas, atau pertanyaan yang kurang jelas).	
19	Mencatat semua hasil anamnesis	
20	Menyimpulkan dan menginterpretasikan hasil anamnesis	
ITEM PROFESIONALISME		
21	Percaya diri, bersikap empati, tidak menginterogasi	
22	Mengakhiri anamnesis dengan sikap yang baik	

<p>FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN (area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism)</p>
<p>Bandar Lampung, ..., 20...</p> <p>Paraf Instruktur</p> <p>(.....)</p>

3. Checklist Latihan Pemeriksaan Perkembangan (Metode KPSP)

NO	Prosedur	Umpan balik
1	Mempersiapkan instrument pemeriksaan dan formulir	
2	Memperkenalkan diri kepada orangtua bayi /anak	
3	Menjelaskan tujuan pemeriksaan KPSP pada orangtua	
4	Mencatat nama anak, tanggal lahir, tanggal pemeriksaan	
5	Menentukan formulir yang sesuai dengan umur anak	
6	Melakukan pemeriksaan KPSP secara berurutan	
7	Menentukan hasil pemeriksaan (scoring)	
8	Menginterpretasikan hasil pemeriksaan sbb: Sesuai : S Meragukan : M Penyimpangan : P	
9	Memberikan advis / konsultasi kepada orangtua	
10	Mengucapkan terimakasih kepada orangtua	

FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN

(area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), profesionalism

Bandar Lampung, ..., 20...

Paraf Instruktur

(.....)

4. Cek List latihan Penulisan Rekam Medik dan Rujukan

No	Item Latihan	Umpan balik
	Komunikasi dr-Pasien	
1	Senyum Salam Sapa	
2	binalah sambung rasa yang baik dengan pasien	
	Item Prosedural	
3	Lakukan Anamnesis dengan baik (Salam, sambung rasa, perkenalan, Identitas, keluhan utama, menggali keluhan utama & penyerta, RPS, RPD, RPK, RPL)	
4	Isi lembar rekam medis berupa : ✓ Identitas Pasien	
5	✓ Tanggal dan Waktu Pemeriksaan	
6	✓ Hasil Anamnesis ➢ Keluhan Utama & Menggali KU ➢ Keluhan Penyerta ➢ RPS, RPD, RPK/Lingkungan	
7	Lakukan Pemeriksaan Fisik, Penunjang dan tindakan awal yang diperlukan dengan tetap membina sambung rasa dengan pasien serta <i>informed consent</i> jika diperlukan	
8	Tuliskan hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang dengan benar pada rekam medis (Status Generalis dan Lokalis)	
9	Tuliskan Diagnosis dan Diagnosis banding yang sesuai	
10	Tuliskan terapi & tindakan yang telah diberikan serta rencana tatalaksana lanjutan pada lembar Rekam Medis	
11	Lakukan Planning Edukasi dengan baik	
12	Tutup pemeriksaan dengan baik	
13	Lengkapi rekam medis serta membubuhkan tanda tangan pada status setelah selesai	
	RUJUKAN	
14	Menuliskan korps surat, Tanggal dan tempat pembuatan surat rujukan	
15	Menuliskan alamat tujuan dengan jelas, bagian/ unit konsultan yang relevan dengan penyakit pasien.	

16	Menulis salam, permohonan pelimpahan wewenang & tanggung jawab dan identitas pasien yang diperlukan	
17	Menuliskan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang pasien secara ringkas dan jelas	
18	Menuliskan diagnosis kerja atau sementara	
19	Menuliskan tindakan, terapi atau obat-obat yang diberikan dengan tujuan dokter konsultan bisa mempertimbangkan terapi lebih lanjut.	
20	Menulis salam penutup, dan membubuhkan tandatangan, nama dokter yang merujuk	
	Item Professionalisme	
21	Melakukan dengan penuh percaya diri dan minimal error	
22	Keterkaitan rujukan sesuai dengan clinical reasoning yang baik (Ax, Px fisik, Dx kerja serta tujuan rujukan yang relevan dengan klinis pasien)	

<p>FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN (area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism)</p>
<p>Bandar Lampung, ..., 20...</p> <p>Paraf Instruktur</p> <p>(.....)</p>

5. Cek List Latihan Anamnesis Penyakit yang Berhubungan dengan Keluhan pasien Demam (Tropik Infeksi)

No	Prosedur/ Aspek Latihan	Umpan balik
ITEM INTERAKSI DOKTER-PASIEN		
1	Mengucapkan salam pada awal wawancara	
2	Mempersilakan duduk berhadapan	
3	Memperkenalkan diri	
4	<i>Informed</i> <ul style="list-style-type: none"> menjelaskan kepentingan penggalian informasi yang benar tentang sakit pasien 	
5	<i>Consent</i> <ul style="list-style-type: none"> Meminta waktu & ijin untuk melakukan alloanamnesis jika diperlukan 	
ITEM PROSEDURAL		
6	Menanyakan identitas pasien : Nama , Umur , jenis kelamin (dicatat saja tidak perlu ditanyakan), alamat lengkap, pekerjaan, agama dan suku bangsa Pastikan menggali identitas tidak terkesan interogasi tidak harus berurutan dicari lengkap, boleh diselang-seling saat anamnesis berlangsung	
Menanyakan Riwayat Penyakit Sekarang		
7	a. Menanyakan keluhan utama Cross cek, dan Pastikan Keluhan Utama	
8	a. Menanyakan keluhan lain/ tambahan	
9	b. Menggali informasi tentang riwayat penyakit sekarang <ul style="list-style-type: none"> waktu dan lama sifat lokalisasi dan penyebaran hubungan dengan waktu dan aktifitas keluhan yang mendahului dan menyertai serangan keluhan muncul pertama kali/ sudah berulang faktor resiko dan pencetus serangan riwayat keluarga dengan keluhan yang 	

	<p>sama</p> <ul style="list-style-type: none"> • riwayat perjalanan ke daerah endemis untuk penyakit tertentu • perkembangan penyakit • upaya pengobatan & hasilnya 	
10	Menanyakan riwayat penyakit dahulu (menanyakan riwayat penyakit yang pernah diderita sebelumnya, adanya riwayat operasi, riwayat alergi obat dan makanan, riwayat obat-obatan yang pernah diminum, riwayat transfusi, riwayat imunisasi, dan riwayat pemeriksaan medis yang pernah dilakukan sebelumnya).	
11	Menanyakan riwayat penyakit dalam keluarga (riwayat penyakit herediter, familial, atau penyakit infeksi dalam keluarga)	
12	Menggali informasi tentang riwayat Pribadi (riwayat merokok, minuman alkohol, dan penyalahgunaan obat-obat terlarang, pola diet, aktifitas, anamnesis mengenai lingkungan tempat tinggal pasien, termasuk keadaan rumahnya, sanitasi, sumber air minum, ventilasi, tempat pembuangan sampah, anamnesis kebiasaan makan dan minum, serta kebiasaan memelihara binatang peliharaan, dan sebagainya)	
ITEM PENALARAN KLINIS		
13	Melakukan <i>cross check</i> (paraphrase atau pengulangan terhadap apa yang dikatakan pasien)	
14	Melakukan <i>umpan balik</i> (menanyakan hal-hal yang kurang jelas, atau pertanyaan yang kurang jelas).	
15	Mencatat semua hasil anamnesis	
16	Menyimpulkan dan menginterpretasikan hasil anamnesis	
ITEM PROFESIONALISME		
17	Percaya diri, bersikap empati, tidak menginterogasi	
18	Mengakhiri anamnesis dengan sikap yang baik	

FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN

(area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism

Bandar Lampung, ..., 20...

Paraf Instruktur

(.....)

6. Cek List Latihan Prosedur Injeksi dan Vena Puncture

No	Item Penilaian	Umpan Balik
Interpersonal		
1	Senyum, salam, sapa dan membina sambung rasa	
2	Melakukan <i>informed consent</i>	
Item Prosedural		
3	Persiapkan alat-alat yang diperlukan : jarum/ needle, manekin lengan-kulit-otot, syring, kapas alkohol 70%, tali pembendung (turniket), plester, dan tabung. Untuk pemilihan syring, pilihlah ukuran/volume sesuai dengan jumlah sampel yang akan diambil, pilih ukuran jarum yang sesuai, dan pastikan jarum terpasang dengan erat	
4	Lakukan pendekatan pasien dengan tenang dan ramah; usahakan pasien nyaman mungkin	
5	Identifikasi pasien dengan benar sesuai dengan data di lembar permintaan.	
6	Verifikasi keadaan pasien, misalnya puasa atau konsumsi obat. Catat bila pasien minum obat tertentu, tidak puasa dsb.	
7	Cuci tangan WHO dan pakai sarung tangan steril	
INJEKSI INTRAVENA		
8	Pasang torniket hingga vena terlihat	
9	Sterilisasi dengan kapas alkohol 70% daerah yang akan dilakukan injeksi	
10	Pastikan spuit yang telah berisi obat tidak ada gelembung udara	
11	Pegang spuit dengan tangan dominan, arah jarum searah dengan posisi vena, posisi ujung jarum tajam di bawah	
12	Suntikan dengan posisi sudut antara jarum dan kulit 10-20 derajat	
13	Lepaskan torniket perlahan kemudian suntikan obat	
14	Setelah menyuntik tekan dengan kapas alkohol	
15	Lepaskan spuit, tutup kembali (<i>one hand</i>) dan buang pada tempat yang telah disediakan	
INJEKSI INTRAMUSKULAR		
16	Sterilkan daerah gluteus yang akan diinjeksi	

17	Cari daerah aman untuk injeksi	
18	Pastikan spuit yang telah berisi obat tidak ada gelembung udara	
19	Pegang spuit dengan tangan dominan	
20	Lebarkan kulit yang akan disuntik dengan ibu jari dan telunjuk, suntikkan dengan sudut 90 derajat antara jarum dan kulit sedalam kira-kira 2,5 cm	
21	Aspirasi spuit → apabila tidak ada darah yang teraspirasi maka suntikan obat tersebut	
22	Setelah menyuntik tekan dengan kapas alkohol	
23	Lepaskan spuit, tutup kembali (<i>one hand</i>) dan buang pada tempat yang telah disediakan	
	INJEKSI SUBCUTAN	
24	Cari daerah yang bebas scarring dan bebas infeksi.	
25	Pegang spuit dengan tangan dominan, pastikan spuit yang berisi obat tidak ada gelembung udara	
26	Sterilisasi dengan kapas alkohol, kemudian kulit yang akan disuntik dengan ibu jari dan telunjuk dicubit, sehingga jaringan subkutan bebas dari otot.	
27	suntikkan dengan sudut 45 derajat antara jarum, kemudian cubitan dilepaskan	
28	Aspirasi spuit → apabila tidak ada darah yang teraspirasi maka suntikan obat tersebut	
29	Setelah menyuntik tekan dengan kapas alkohol	
30	Lepaskan spuit, tutup kembali (<i>one hand</i>) dan buang pada tempat yang telah disediakan	
	VENA PUNCTURE	
31	Minta pasien meluruskan lengannya, pilih lengan yang banyak melakukan aktifitas.	
32	Minta pasien mengepalkan tangan	
33	Pasang tali pembendung (turniket) kira-kira 10 cm di atas lipat siku.	
34	Pilih bagian vena <i>median cubital</i> atau <i>cephalic</i> . Lakukan perabaan (palpasi) untuk memastikan posisi vena; vena teraba seperti sebuah pipa kecil, elastis dan memiliki dinding tebal. Jika vena tidak teraba, lakukan pengurutan dari arah pergelangan ke siku, atau kompres hangat selama 5 menit daerah lengan.	
35	Bersihkan kulit pada bagian yang akan diambil dengan kapas alcohol 70% dan biarkan kering. Kulit yang sudah dibersihkan jangan dipegang lagi.	

36	Tusuk bagian vena dengan posisi lubang jarum menghadap ke atas. Jika jarum telah masuk ke dalam vena, akan terlihat darah masuk ke dalam sempit (<i>dinamakan flash</i>). Usahakan sekali tusuk kena.	
37	Setelah volume darah dianggap cukup, lepas turniket dan minta pasien membuka kepalan tangannya. Volume darah yang diambil kira-kira 3 kali jumlah serum atau plasma yang diperlukan untuk pemeriksaan	
38	Letakkan kapas di tempat suntikan lalu segera lepaskan/tarik jarum. Tekan kapas beberapa saat lalu plester selama kira-kira 15 menit. Jangan menarik jarum sebelum turniket dibuka	
Item Penalaran Klinik dan Profesionalisme		
29	Percaya diri, minimal error	

<p>FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN (area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism)</p>
<p>Bandar Lampung, ..., 20...</p> <p>Paraf Instruktur</p> <p>(.....)</p>

7. Cek List Latihan *Finger prick test* dan pembuatan preparat apusan darah tepi

No	Aspek yang dinilai	Umpan Balik
INTERPERSONAL		
1	Membina sambung rasa (senyum, Salam, sapa serta tunjukkan bahwa kesediaan meluangkan waktu untuk berbicara dengannya, kesejajaran)	
2	Informed Consent	
CONTENT		
Finger Prick		
3	Persiapan alat dan bahan	
4	Pilih dan identifikasi ujung jari yang akan dilakukan tusukan, pegang pada bagian proksimal tempat tusukan	
5	Bersihkan ujung jari pasien dengan kapas alcohol (sekali usap) → tunggu hingga kering	
6	Tusuk dengan blood lancet (manual/pakai applicator) secara cepat	
7	Hapus tetesan darah pertama dengan kapas atau tissue kering	
8	Teteskan darah berikutnya (untuk darah kapiler) atau darah vena yang sudah ditambah antikoagulan (untuk darah vena) digelas objek ±1 cm dari ujung kaca	
Apusan Darah Tepi (Tipis)		
9	Letakkan kaca penghapus dengan sudut 30-45° terhadap kaca obyek, di depan tetesan darah	
10	Dorong kaca penghapus ke belakang menyentuh tetesan darah, sehingga tetesan darah melebar mengikuti kaca penghapus	
11	Dengan gerakan mantap tarik kaca penghapus kearah depan Hapusan darah (3-4 cm) atau Panjang = $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ kaca obyek dan apusan tidak boleh sampai tepi kaca obyek	
Apusan Darah Tebal		
12	Pengambilan darah sama dengan pembuatan apus darah	
13	Teteskan 1-2 tetes darah pada sebuah gelas obyek	
14	Lebarkan tetesan darah membentuk lingkaran dengan diameter 1-1,5 cm	
15	Keringkan dan jaga jangan kena debu atau serangga	

16	Lakukan pewarnaan Giemsa	
	Pewarnaan Giemsa	
17	Fiksasi sediaan apusan dengan methyl alcohol 3-5 menit (pada apusan darah tebal, fiksasi ini tidak dilakukan)	
18	Warnai sediaan apusan dengan standar Giemsa selama 45 menit (simulasi)	
19	Cuci dengan air kran secara perlahan	
20	Keringkan dan periksa sediaan apusan dibawah mikroskop	
	PROFESIONALISME	
21	Mampu menginterpretasikan hasil pemeriksaan apusan darah baik tebal maupun tipis (<i>Clinical Reasoning</i>)	
22	Melakukan pemeriksaan dengan percaya diri dan memberi label pada objek gelas pemeriksaan	
23	Melakukan dengan tepat waktu dan minimal error	

FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN

(area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism)

Bandar Lampung, ..., 20...

Paraf Instruktur

(.....)

8. Cek List Latihan Anamnesis Penyakit yang Berhubungan dengan Keluhan Sistem Oftalmologi dan Rhinootolaringologi

No	Prosedur/ Aspek Latihan	Umpan Balik
ITEM INTERAKSI DOKTER-PASIEN		
1	Mengucapkan salam pada awal wawancara	
2	Mempersilakan duduk berhadapan	
3	Memperkenalkan diri	
4	<i>Informed</i> <ul style="list-style-type: none"> menjelaskan kepentingan penggalian informasi yang benar tentang sakit pasien 	
5	<i>Consent</i> <ul style="list-style-type: none"> Meminta waktu & ijin untuk melakukan alloanamnesis jika diperlukan 	
ITEM PROSEDURAL		
6	Menanyakan identitas pasien : Nama , Umur , jenis kelamin (dicatat saja tidak perlu ditanyakan), alamat lengkap, pekerjaan, agama dan suku bangsa Pastikan menggali identitas tidak terkesan interogasi tidak harus berurutan dicari lengkap, boleh diselang-seling saat anamnesis berlangsung	
Menanyakan Riwayat Penyakit Sekarang		
7	Menanyakan keluhan utama Cross cek, dan Pastikan Keluhan Utama	
8	Menanyakan keluhan lain/tambahan	
Sistem penglihatan		
	Menanyakan keluhan lain/ tambahan <ul style="list-style-type: none"> Gangguan penglihatan jarak jauh atau dekat Adakah gangguan lapang pandang? Apakah terdapat titik buta (skotoma) Perbakhkah pasien merasakan adanya flash light Apakah terdapat rasa nyeri Apakah terdapat penglihatan ganda 	
Sistem pendengaran		
	Menanyakan keluhan lain/ tambahan <ul style="list-style-type: none"> Apakah terdapat gangguan pendengaran? Satu sisi atau kedua sisi? Gali keterangan apakah karena gangguan konduksi atau gagguan sensori neural? 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Adakah nyeri pada telinga? Gali apakah nyeri berasal dari telinga luar atau telinga dalam, atau hanya merupakan referred pain • Adakah cairan yang keluar dari telinga? • Apakah terdapat keluhan tinnitus ? • Apakah terdapat keluhan vertigo? Gali apakah berasal dari telinga dalam, lasi saraf perifer, atau lesi susunan saraf pusat. 	
	Sistem rongga hidung dan sinus	
	Menanyakan keluhan lain/ tambahan <ul style="list-style-type: none"> • Apakah terjadi rhinorea? • Apakah terdapat nyeri pada area sinus? • Apakah terdapat keluhan hidung tersumbat..? • Apakah terdapat epitaksis..? 	
	Sistem mulut dan tenggorokan	
	Menanyakan keluhan lain/ tambahan <ul style="list-style-type: none"> • Apakah terdapat nyeri tenggorokan? • Apakah terdapat nyeri pada lidah? • Apakah terdapat perdarahan gusi? • Apakah terdapat suara serak? • Apakah terdapat pembesaran kelenjar atau organ pada daerah leher? 	
9	Menggali informasi tentang riwayat penyakit sekarang <ul style="list-style-type: none"> • (waktu dan lama, sifat, lokalisasi dan penyebaran, hubungan dengan waktu dan aktifitas, keluhan yang mendahului dan menyertai, pertama kali/ tidak, faktor resiko dan pencetus, upaya pengobatan & hasilnya) 	
10	Menanyakan riwayat penyakit yang pernah diderita (Penyakit-penyakit yang meningkatkan prevalensi penyakit pada mata Hipertensi, diabetes mellitus)	
11	Menanyakan riwayat penyakit dalam keluarga (riwayat orang tua dengan DM, Hipertensi)	
12	Menggali informasi tentang riwayat Pribadi (riwayat merokok, minuman alcohol, dan penyalahgunaan obat-obat terlarang (Narkoba), pola diet, aktifitas)	
	ITEM PENALARAN KLINIS	
13	Melakukan <i>cross check</i> (paraphrase atau pengulangan terhadap apa yang dikatakan pasien)	
14	Melakukan <i>umpan balik</i> (menanyakan hal-hal yang kurang jelas, atau pertanyaan yang kurang jelas).	

15	Mencatat semua hasil anamnesis	
16	Menyimpulkan dan menginterpretasikan hasil anamnesis	
ITEM PROFESIONALISME		
17	Percaya diri, bersikap empati, tidak menginterogasi	
18	Mengakhiri anamnesis dengan sikap yang baik	

FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN

(area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism)

Bandar Lampung, ..., 20...

Paraf Instruktur

(.....)

9. Cek List Latihan Pemeriksaan Oftalmologi

No	Aspek	Umpan Balik
INTERPERSONAL		
1	Membina sambung rasa <ul style="list-style-type: none"> • Salam, Perkenalan diri. 	
2	Mempersilahkan pasien untuk duduk	
3	Inform consent dan meminta persetujuan tindakan	
CONTENT		
Menilai Tajam Penglihatan		
4	Persilahkan pasien duduk menghadap <i>snellen chart</i> dengan jarak 6 meter.	
5	Tunjuk huruf/ angka mulai dari yang paling besar sampai terkecil yang bisa disebutkan pasien	
6	Suruh pasien menyebutkan huruf/ angka yang ditunjuk pemeriksa.	
7	Catat dan simpulkan tajam penglihatan pasien. Visus normal 6/6. Bila tidak maka 6/60 maka lakukan tes hitung jari, lambaian tangan, dan sinar.	
Pemeriksaan Penglihatan Warna		
8	Minta pasien duduk berhadapan dengan buku tes isihara di depan	
9	Meminta pasien menyebutkan angka, bentuk, pola dll yang ada dalam buku	
10	Catat dan simpulkan hasil: NORMAL, buta warna parsial, buta warna total	
Pemeriksaan Lapang Pandang Metode Konfrontasi Donders		
11	Pinta pasien untuk duduk berhadapan	
12	Suruh pasien untuk menutup mata kanan dengan tangan kanan. Pemeriksa menutup mata pada sisi yang sama (mata kiri dengan tangan kiri).	
13	Suruh pasien memfiksasi matanya (fokus melihat ke mata pemeriksa)	
14	Gerakkan jari tangannya di bidang pertengahan antara pemeriksa dan pasien. Gerakan dari luar ke dalam dan.	
15	Gerakan dari semua arah	
16	Pinta pasien untuk memberikan tanda bila ia mulai melihat jari pemeriksa. Hasilnya adalah dengan membandingkan antara pemeriksa yang dianggap normal dan orang yang diperiksa.	
17	Nilai apakah ada defek pada lapang pandang pasien.	

18	Lakukan untuk mata yang satunya.	
Pemeriksaan Gerakan Mata		
19	Suruh pasien melihat lurus ke depan. Perhatikan adanya arah yang abnormal pada salah satu mata	
20	Kemudian suruh mata pasien untuk mengikuti gerakan jari pemeriksa yang digerakkan ke arah lateral-medial, lateral-medial atas, lateral-medial bawah, bergantian jari tangan kanan dan kiri.	
21	Tanyakan adanya penglihatan ganda pada pasien.	
22	Perhatikan apakah mata pasien mengikuti gerakan tangan pemeriksa dan perhatikan gerakannya apakah mulus atau kaku	
23	Kemudian lakukan tes gerak konvergensi dengan meletakkan jari pemeriksa/pensil/pena di depan wajah pasien. Pinta pasien fokus menatap jari pemeriksa/pensil.	
24	Perlahan-lahan dekatkan jari/pensil mendekati wajah pasien (di depan batang hidung). Perhatikan apakah kedua bola mata pasien menyilang sama baik. Normal mata akan konvergensi menatap objek 5-8 cm di depan batang hidung.	
Penilaian eksternal Mata		
25	Inspeksi kelopak mata	
26	Inspeksi kelopak mata dengan eversi ke atas	
27	Inspeksi bulu mata	
28	Inspeksi konjuntiva	
29	Inspeksi sklera	
30	Inspeksi orifisium duktus lakrimalis	
31	Palpasi limfonodi pre aurikuler (depan tragus)	
Penilaian Kornea		
32	Inspeksi kornea	
33	Tes sensitivitas kornea	
Penilaian pupil		
34	Inspeksi Pupil	
Menilai Reflek Pupil		
35	Pinta pasien untuk fokus melihat mata pemeriksa.	
36	Dengan menggunakan lampu senter, senter mata kanan pasien, lihat adanya reaksi pada pupil dan ukuran pupil. Normal pupil akan mengecil disebut refleksi cahaya langsung	
37	Kemudian lihat pupil mata kiri pasien, lihat reaksi yang terjadi. Normal pupil juga akan mengecil yang disebut dengan refleksi konsensual.	
38	Suruh pasien melihat jari pemeriksa yang berjarak 10 cm dari	

	mata yang diperiksa.	
39	Gerakkan jari pemeriksa mendekati mata kanan pasien. Normal pupil akan mengecil yang disebut akomodasi.	
40	Lakukan untuk mata yang satunya.	
Menilai BMD dan Iris		
41	Inspeksi BMD	
42	Inspeksi Iris	
Menilai lensa Mata		
43	Inspeksi lensa mata	
Menilai tekanan intra okular		
44	Pinta pasien untuk memejamkan mata atau mata melihat ke bawah	
45	Gunakan kedua jari telunjuk dan tengah kedua tangan pemeriksa, letakkan pada kedua bola mata.	
46	Tekan bola mata pasien dengan kedua jari secara bergantian	
47	Catat dan nilai tekanan intra okular mata pasien. Tekanan dapat diperkirakan dengan pengalaman dan dinilai dengan N, N-1, N-2, N+1, N+2	
Pemeriksaan Funduskopi dengan Oftalmoskopi direk		
48	Buat pasien nyaman mungkin dengan menjelaskan prosedur kerja.	
49	Pasien diminta untuk melihat lurus ke depan pada satu objek jauh.	
50	Lihat pengaturan oftalmoskop (cahaya dan kekuatan).	
51	Pemeriksa berada di sebelah kanan pasien, pegang oftalmoskop dengan tangan kanan untuk memeriksa mata kanan pasien.	
52	Letakkan oftalmoskop pada jarak 30 cm dari mata, perhatikan refleks fundus yang dapat dilihat melalui pupil.	
53	Atur kekuatan lensa oftalmoskop. Kekuatan lensa oftalmoskop yang tepat menghasilkan bayangan yang jelas dengan memutar turun dari koreksi hipermetropik (plus) tinggi ke rendah.	
54	Kemudian pegang kelopak mata atas pasien dengan ibu jari tangan kiri, jari-jari lainnya memegang dahi pasien.	
55	Mata kemudian didekati hingga jarak beberapa sentimeter dan kekuatan lensa disesuaikan dalam arah miopik (minus) untuk mendapatkan fokus retina.	
56	Pertama temukan lempeng optik, nilailah batasnya (jelas?),	
57	nilailah warna lempeng (apakah pucat?),	
58	nilailah mangkuk optic	

59	Periksa daerah makula, apakah refleks fovea normal (pada orang muda lekukan fovea tampak sebagai cahaya pinpoint terang di tengah retina).	
60	Kemudian cek apakah terdapat lesi abnormal seperti perdarahan, eksudat atau <i>cotton wool spot</i> ?	
61	Kembalilah ke lempeng optik dan ikuti tiap cabang pembuluh darah utama hingga perifer. (Perhatikan apakah diameter pembuluh darah normal, apakah arteri menekan vena di tempat mereka bersilangan (A/V nipping), apakah terdapat emboli di arteriol?)	
62	Periksa retina perifer dengan gerakan menyapu 360°, lihat adakah kelainan yang tampak.	
63	Periksa mata yang satunya.	
PROFESSIONALISM		
64	Melakukan dengan penuh percaya diri	
65	Melakukan dengan kesalahan minimal	

<p>FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN (area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism)</p>
<p>Bandar Lampung, ..., 20...</p> <p>Paraf Instruktur</p> <p>(.....)</p>

10. Cek List Latihan Pemeriksaan Rhinootolaringologi

No	Aspek	Umpan Balik	
INTERPERSONAL			
1	Membina sambung rasa <ul style="list-style-type: none"> • Salam dan perkenalan diri, kontak mata yang sewajarnya 		
2	Mempersilahkan pasien untuk duduk		
3	Inform consent dan meminta persetujuan tindakan		
CONTENT			
Pemeriksaan Hidung			
4	Inspeksi dan palpasi permukaan depan.		
5	Inspeksi dan palpasi permukaan samping hidung.		
6	Inspeksi dan palpasi bagian bawah hidung.		
7	Pegang spekulum hidung dengan ibu jari, telunjuk dan jari tengah tangan yang berlawanan dengan hidung yang diperiksa. Jari kelingking untuk menjaga kenyamanan dengan pasien.		
8	Tengadahkan kepala pasien ke belakang dan masukkan spekulum melalui lubang hidung, jangan terkena septum nasal.		
9	Lakukan pemeriksaan bagian dalam hidung dengan panduan spekulum melalui lubang hidung depan (nares anterior) sehingga tampak septum nasii, konka inferior dan media.		
10	Observasi mukosa hidung dan septum apakah ada kelainan.		
11	Lakukan palpasi sinus frontalis dengan menekan daerah sinus di bawah kedua alis dengan menggunakan kedua ibu jari.		
12	Lakukan palpasi sinus maksilaris dengan menekan daerah sinus di bawah prosesus zigomatikus.		
Pemeriksaan Telinga			
13	Inspeksi dan palpasi daun telinga kanan dan jaringan sekitarnya apakah terlihat deformitas, benjolan atau lesi kulit.		
14	Pegang daun telinga ke atas atau ke bawah atau tekan tragus atau tekan perlahan tepat di belakang telinga. Perhatikan jika tampak cairan atau ada tidaknya nyeri telinga,		
15	Tegakkan kepala pasien, pegang daun telinga dan tarik ke atas dan ke bawah dengan lembut menjauhi kepala sehingga liang telinga terlihat jelas.		
16	Pegang otoskop dengan tangan kanan antara ibu jari dan jari telunjuk, jari lainnya menahan wajah pasien.		
17	Masukkan spekulum perlahan ke liang telinga arahkan keatas dan kebawah, perhatikan adakah cairan, benda asing,		

	pembengkakan atau kemerahan pada kulitnya.	
18	Perhatikan gendang telinga, lihat warna dan permukaannya, perhatikan refleks cahaya, bagian <i>Pars tensa</i> dan <i>Pars flaccida</i> .	
19	Lanjutkan pemeriksaan untuk telinga yang sebelah.	
Laringoskopi Indirek		
20	Persilahkan pasien untuk duduk tegak dan agak membungkuk ke depan dengan posisi leher sedikit fleksi pada dada dan kepala ekstensi (seperti mendorong dagu ke arah pemeriksa).	
21	Pinta pasien untuk membuka mulut dan menjulurkan lidahnya.	
22	Pegang lidah pasien dan pertahankan dengan jari-jari tangan kiri (ibu jari di atas lidah, jari tengah di bawah lidah dan jari telunjuk menekan pipi/ bibir) menggunakan sepotong kasa dengan tenaga yang optimal.	
23	Punggung cermin laring no.4 dihangatkan di atas lampu alkohol atau menggunakan cairan anti kabut.	
24	Periksa suhu cermin laring dengan meletakkan punggung cermin pada punggung tangan pemeriksa sampai panas hilang.	
25	Cermin dipegang dengan tangan kanan seperti memegang pensil dengan arah cermin ke bawah	
26	Cermin dimasukkan ke dalam faring	
27	Posisikan cermin di depan uvula, menempel pada palatum molle	
28	Selanjutnya angkat cermin ke atas secara hati-hati, sehingga tampak hipofaring dan laring. Hindari menyentuh lidah dan faring posterior yang akan mengaktifkan reflex muntah.	
29	Pemeriksaan tidak boleh tergesa-gesa dan harus sistematis mulai pangkal lidah terus ke bawah dengan meminta pasien mengucapkan “eeee” sehingga gerakan pita suara dan tulang rawan aritenoid dapat dinilai.	
PROFESSIONALISM		
30	Melakukan dengan penuh percaya diri	
31	Melakukan dengan kesalahan minimal	

FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN

(area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism)

Bandar Lampung, ..., 20...

Paraf Instruktur

(.....)

11. Cek List Latihan Pemeriksaan Sensoris

No	Aspek	Umpan Balik
INTERPERSONAL		
1	Membina sambung rasa <ul style="list-style-type: none"> • Salam dan perkenalan diri. • Sikap terbuka dan ramah. • Kontak mata sewajarnya. 	
2	Persilahkan pasien untuk duduk di bed menghadap pemeriksa yang berada pada posisi berdiri.	
3	Jelaskan apa yang akan dilakukan dan apa respon yang harus pasien lakukan. Selama tes mata pasien dalam posisi tertutup, kecuali saat tertentu kita minta membuka mata.	
CONTENT		
Tes Sentuhan Halus		
4	Siapkan kapas kemudian sentuhkan secara halus kapas ke dorsum satu jari tangan dari distal ke proksimal.	
5	Pinta pasien menyebutkan di mana posisi sensasi yang dirasakan	
6	Kemudian sentuhkan secara halus ujung kapas ke permukaan salah satu jari kaki dari distal ke proksimal.	
7	Pinta pasien menyebutkan di mana posisi sensasi yang dirasakan	
8	Jika sensasi yang dirasakan normal, lanjutkan ke tes berikutnya.	
9	Jika sensasi tidak dirasakan, teruskan menyentuh ke arah proksimal sampai sensasi dirasakan. Catat sampai dermatom mana sensasi tersebut mulai dirasakan.	
Tes Rasa Nyeri		
10	Gunakan benda tajam dan tumpul, kali ini peniti. Sentuhkan ujung tajam dan tumpul secara acak pada punggung tangan secara halus, hindari melukai atau menyakiti pasien.	
11	Tanyakan apakah yang disentuhkan tajam atau tumpul. Orang normal bisa membedakan sensasi tajam-tumpul. Bila tidak dapat membedakan, teruskan tes ke arah proksimal tangan.	
12	Lakukan pada kedua tangan.	

13	Lanjutkan tes ke punggung kaki kanan dan kiri.	
Tes Vibrasi		
14	Gunakan garpu tala 128 Hz, getarkan dengan memukulkannya ke tumit tangan.	
15	Letakkan garpu tala diatas sendi interfalanx distal jari telunjuk pasien.	
16	Tanyakan apa yang dirasakan pasien. Normal akan merasakan getaran, bila tidak teruskan tes ke sendi yang lebih proksimal.	
17	Lakukan pada kedua tangan	
18	Kemudian getarkan lagi garpu tala, letakkan di atas sendi interfalanx distal jempol kaki.	
19	Tanyakan apa yang dirasakan pasien. Normal akan merasakan getaran, bila tidak teruskan tes ke sendi yang lebih proksimal.	
20	Lakukan pada kedua kaki.	
Tes Posisi		
21	Pegang lateral palanx distal jari tengah tangan pasien dengan jempol dan telunjuk tangan pemeriksa , jempol dan telunjuk tangan lain memegang palanx intermedia.	
22	Gerakkan palanx distal pasien ke atas dan ke bawah sambil diberitahu kepada pasien bahwa ini ke atas, ini ke bawah (mata pasien terbuka)	
23	Kemudian suruh pasien memejamkan mata kembali.	
24	Gerakkan palanx distal sambil tanyakan ke pasien kemana palanx tersebut kita gerakkan. Normal bisa mengetahui kemana gerakan, bila tidak lanjutkan ke sendi yang lebih proksimal.	
25	Lakukan pada kedua tangan.	
26	Lanjutkan pada jempol kedua kaki.	
Tes Sensasi Diskriminasi		
Stereognosis		
27	Letakkan objek yang sudah dikenal oleh pasien seperti koin 500, peniti, pensil dan korek kuping. Taruh salah satu objek ke tangan pasien.	
28	Dengan mata terpejam minta pasien merasakan objek, minta dia menyebutkan objek yang dirasakan.	
29	Minta pasien menyebutkan dan menyebutkan bagian spesifik (misal, bagian angka dan bagian garuda pada koin	

	500; kepala dan batang korek kuping, kepala dan ekor peniti dll)			
Identifikasi Nomor				
30	Dalam keadaan mata tertutup, tuliskan dengan ujung pensil yang tumpul sebuah angka paada telapak tangan pasien			
31	Minta pasien menyebutkan angka yang dituliskan.			
Diskriminasi 2 titik				
32	Gunakan 2 peniti, pegang dengan rapat. Sentuhkan kedua ujung tajam peniti pada ujung jari jari tengah tangan pasien pada satu titik lokasi.			
33	Minta pasien menyebutkan apakah yang dirasakan satu atau dua titik sentuhan. Perlebar jarak kedua titik sentuhan sampai pasien bisa merasakan.			
PROFESSIONALISM				
39	Melakukan dengan penuh percaya diri			
40	Melakukan dengan kesalahan minimal			
	TOTAL			

FEEDBACK INSTRUKTUR SECARA KESELURUHAN (area kompetensi : skills komunikasi (sambung rasa, percaya diri), knowledge (clinical reasoning), professionalism)	
Bandar Lampung, ..., 20... Paraf Instruktur (.....)	

BUKTI PENILAIAN FORMATIF LATIHAN CSL

CSL ke-	Keterampilan Medik	Paraf Instruktur
1	Anamnesis penyakit yang berhubungan dengan keluhan sistem endokrin	
2	Anamnesis pediatrik (alloanamnesis)	
3	Pemeriksaan perkembangan anak (metode KPSP)	
4	Rekam Medis dan Rujukan	
5	Anamnesis penyakit yang berhubungan dengan keluhan pasien demam (tropik infeksi)	
6	Prosedur injeksi dan <i>vena puncture</i>	
7	<i>Finger prick test</i> dan pembuatan preparat apusan darah tepi	
8	Anamnesis penyakit yang berhubungan dengan sistem oftalmologi dan rhinootolaringologi (spesial sense)	
9	Pemeriksaan oftalmologi	
10	Pemeriksaan rhinootolaringologi	
11	Pemeriksaan sistem sensoris	

Telah diperiksa pada :

- Hari/ Tanggal :/.....20
- Pemeriksa :

Nilai Attitude : *Sufficient/ Unsufficient**

1. Lembar untuk Mahasiswa

Dinyatakan **MEMENUHI SYARAT/ TIDAK MEMENUHI SYARAT*** untuk mengikuti ujian OSCE Skills Lab Semester 3

Catatan:

Bandar Lampung,,, 20

Pemeriksa,

(_____)

NIP.

* = Coret yang tidak perlu

----- POTONG DISINI-----

2. Lembar Rekomendasi Ujian OSCE

Dinyatakan **MEMENUHI SYARAT/ TIDAK MEMENUHI SYARAT*** untuk mengikuti ujian OSCE Skills Lab Semester 3

Catatan:

Bandar Lampung,,, 20

Pemeriksa,

(_____)

NIP.

* = Coret yang tidak perlu