

Lima Komponen Penting dalam Perencanaan OSCE *Five Essential Keys in OSCE Planning*

Indri Kurniasih¹

¹Dental Education Unit, School of Dentistry, Faculty Medicine and Health Sciences Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Korespondensi : indri.kurniasih@umy.ac.id

Abstrak

Pendahuluan : Kompleksitas dalam persiapan dan pelaksanaan kegiatan *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) dapat mempengaruhi kualitas dan kehandalan OSCE sebagai alat penilaian performa suatu keterampilan klinik. Berbagai faktor dapat membuat penilaian OSCE menjadi kurang reliabel. Perencanaan kegiatan OSCE yang baik merupakan faktor penting dalam mendukung kehandalan OSCE. Tujuan dari penulisan ini adalah menguraikan dari berbagai sumber tentang prinsip dasar lima komponen penting dalam perencanaan OSCE. Diskusi : Pelaksanaan OSCE membutuhkan langkah-langkah yang terencana secara baik. Terdapat lima komponen penting dalam perencanaan suatu OSCE yaitu disain OSCE, pasien standar, penguji, sarana prasarana, dan *standar setting*. Disain OSCE meliputi penyusunan *blue print* OSCE, penyusunan kasus/*station* dan penyusunan form *checklist/rating scale*. Penyusunan *blue print* merupakan langkah awal dalam mendisain OSCE. *Blue print* disusun untuk memastikan bahwa berbagai kompetensi individual akan diujikan beberapa kali pada beberapa *station*, dan setiap *station* berkontribusi melengkapi ujian dengan menilai beberapa jenis kompetensi. Kesimpulan : Persiapan berbagai komponen penting penyusun OSCE harus dilakukan secara terencana oleh komite ujian agar penilaian menjadi objektif, valid dan reliabel serta menghasilkan informasi yang dapat dipercaya.

Keywords : Perencanaan OSCE, 5 komponen penting.

Abstract

Background : The complexity of planning and implementation of OSCE (Objective Structured Clinical Examination) activity may influence the quality and reliability of OSCE as a tool to assess the clinical performance. Many factors can make OSCE assesment becomes less realible. A good OSCE activity plan is an important factor in supporting the reliability of OSCE. The purpose of this study was to describe five essential keys in OSCE planning from many resources and researches. Discussion: The implementation of OSCE needs good structured steps. There are five essential keys in OSCE planning, those are OSCE design, standardiced patient, examiner, infrastucture, and standard setting. OSCE design includes composing blue print of OSCE, composing case stations and rating scale form. Composing blue print is the first step in designing the OSCE. Blue print is composed to ensures that various individual competencies will be examined several times in some station and each station contributes to complete the exam by assessing some kind of compencies. Conclusion : Preparation some kind of essential keys in OSCE planning has to be done in a structured plan by the exam committee in order the assessment becomes objective, valid, reliable, and resulting trusted information.

Keywords : OSCE planning, five essential keys.

Pendahuluan

Objective Structured Clinical Examination (OSCE) adalah salah satu metode penilaian performa/kinerja mahasiswa kedokteran yang diperkenalkan pertama kali oleh Harden dan Gleeson tahun 1975. OSCE adalah suatu penilaian kompetensi klinis secara terencana dan terstruktur sehingga didapat objektivitas dalam penilaian¹. OSCE menyediakan suatu format yang sesuai untuk menilai berbagai komponen dari kompetensi klinis, khususnya keterampilan-keterampilan klinis praktis dengan derajat ketepatan yang tinggi². Dalam kegiatan OSCE, kandidat/peserta ujian berpindah dari satu *station* ke lainnya pada waktu yang telah ditentukan. Pada setiap *station* kandidat akan diberi suatu skenario klinis dan harus menunjukkan kemampuan keterampilan klinis tertentu. Pada perkembangannya, lamanya *station* OSCE dapat bervariasi antara 5-30 menit, tergantung pada kompleksitas keterampilan yang akan dinilai³. Setiap *station* telah dipisah untuk mengevaluasi satu bagian dari kompetensi. Kandidat akan dinilai performanya dalam melakukan suatu tugas pada setiap *station* yang dilaluinya. *Station-station* tersebut akan menilai berbagai keterampilan klinis seperti keterampilan komunikasi, keterampilan interpretasi data dan ada suatu keputusan predeterminasi pada kompetensi yang diujikan. Kandidat harus mengikuti putaran *station-station* secara lengkap. Performa dari setiap kandidat dievaluasi secara independen pada setiap *station* menggunakan *checklist* yang terstandar. Dengan kata lain setiap mahasiswa yang menjadi kandidat dalam kegiatan OSCE akan melalui tes yang sama,

dan dinilai oleh penguji-penguji yang sama atau yang ekuivalen⁴.

Kekuatan dan keuntungan dari penilaian OSCE adalah memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk menunjukkan kemampuan dalam melakukan keterampilan klinis yang spesifik. OSCE adalah format yang sangat baik untuk mengevaluasi berbagai macam kompetensi, khususnya yang berkaitan dengan diagnosis dan pengobatan. Penggunaan OSCE memungkinkan untuk pengujian simultan tentang pengetahuan dan keterampilan-keterampilan yang berhubungan dengan kompetensi klinis dari sejumlah besar siswa⁵. OSCE dapat menguji berbagai dimensi dari kompetensi klinis, yang meliputi: *history taking, physical examination, interpersonal and communication skills, professionalism, technical skills, problem solving, decision making, management and documentation*⁶. OSCE merupakan bentuk ujian yang aman, karena tidak akan menimbulkan cedera pada pasien, sehingga tidak berisiko dan memungkinkan untuk diulang. OSCE juga memungkinkan terjadinya umpan balik dari pemeran pasien standar (PS) yang terlibat. *Station* OSCE dapat disesuaikan dengan tingkat keterampilan yang akan dinilai. Dalam kegiatan OSCE demonstrasi keterampilan kegawatdaruratan juga dimungkinkan untuk dilakukan. Selain yang sudah disebutkan, OSCE dapat digunakan untuk mengaudit proses pembelajaran yang telah dilakukan⁷.

OSCE bukan tidak memiliki kelemahan. Keterbatasan jumlah *station* dapat menjadi masalah dalam mengumpulkan informasi yang reliabel terhadap suatu performa/kemampuan. Skenario yang disiapkan mungkin tidak bisa meniru situasi klinik yang sebenarnya secara ideal. OSCE meru-

pakan suatu bentuk penilaian yang membutuhkan biaya besar. Penyediaan logistik dalam pengembangan dan pelaksanaan bentuk penilaian OSCE sulit dan memakan waktu⁷. OSCE merupakan metode penilaian yang paling mencemaskan bagi mahasiswa dibandingkan dengan tes tertulis ataupun tes persiapan preklinik. Tingkat kecemasan OSCE berhubungan dengan tingkat persiapan dan harapan akan keberhasilan dalam OSCE, tetapi tidak berkaitan dengan skor tes yang diperoleh⁸.

Sebagai suatu metode penilaian, OSCE harus memenuhi kriteria penilaian yang baik. Kriteria tersebut adalah (1) *validity* atau *coherence*; (2) *reproducibility* atau *consistency*; (3) *equivalence*; (4) *feasibility*; (5) *educational effect*; (6) *catalytic effect*; dan (7) *acceptability*^{9,10}. Sejumlah penelitian men-deskripsikan OSCE sebagai suatu alat penilaian kompetensi klinis yang objektif, valid dan reliabel serta menghasilkan informasi yang dapat diandalkan mengenai kemampuan kinerja individu^{11, 12}. Berbagai faktor dapat membuat hasil-hasil dari OSCE kurang reliabel seperti jumlah *station* yang terlalu sedikit, *sampling* yang buruk, pendangkalan tugas, *checklist* yang tidak sesuai, kendala waktu, kekurangan pasien standar, pelatih yang inkonsisten, kelelahan mahasiswa karena OSCE yang panjang, kebocoran *checklist* dan kurangnya integritas dari pengujian serta mahasiswa⁴.

Sampling berkaitan dengan cara menentukan jumlah dan jenis *station* yang akan diujikan. Pemilihan sampel terhadap materi yang diujikan harus dilakukan dengan tepat agar semua kemampuan yang akan dinilai dapat terwakili dalam *station-station* OSCE. Untuk mengukur satu kompetensi klinis terkadang diperlukan beberapa *station* dengan beberapa variasi

tugas. Jenis keterampilan yang akan dinilai harus tercakup dalam *station-station* yang diujikan. Item analisis dari *station-station* OSCE dan eksklusi dari *station-station* bermasalah berguna secara praktis untuk meningkatkan realibilitas OSCE¹³.

Pasien standar merupakan individu-individu yang terlibat dalam OSCE, yang memperagakan/menggambarkan suatu kasus klinis tertentu secara konsisten pada suatu *station*. Pasien standar bukanlah orang yang sesungguhnya menderita kasus klinis yang digambarkan tetapi mereka hanya mensimulasi masalah klinis semata-mata untuk tujuan pelatihan dan penilaian. Persiapan pasien standar merupakan hal yang penting dalam persiapan kegiatan OSCE. Komite ujian harus melakukan rekrutment dan pelatihan khusus terkait persiapan pasien standar. Kelelahan pasien standar dalam pelaksanaan OSCE seharusnya dihindari dengan menyiapkan jumlah pasien standar yang cukup, karena hal itu dapat mengganggu konsistensi sikap dan tindakan pasien standar dalam memerankan suatu kasus¹⁴.

Menurut Zabar *et. al* (2013), ada 10 langkah dalam melakukan pengaturan seluruh kegiatan OSCE yaitu: (1) identifikasi sarana prasarana yang tersedia, (2) kesepakatan tentang tujuan dan batas waktu, (3) penyusunan *blueprint*, (4) pengembangan kasus dan *station*, (5) pembuatan *checklist* penilaian, (6) rekrutmen dan pelatihan pasien standar, (7) rekrutmen dan pelatihan pengujian, (8) implementasi OSCE: pengaturan sesi ujian, (9) pengaturan, analisis, pelaporan data dan hasil, (10) pengembangan perpustakaan kasus dan organisasi OSCE¹³.

Perencanaan merupakan kunci suksesnya penyelenggaraan ujian OSCE. Ada 4 hal penting yang perlu diperhatikan oleh komite

ujian dalam perencanaan OSCE yaitu penyusunan *blue print* untuk memastikan validitas konten, seleksi dari bentuk-bentuk tes terbaik, aplikasi strategi untuk mencapai level realibilitas yang kuat dan penetapan *standard setting* yang sesuai untuk prosedur pengambilan keputusan¹⁵.

Diskusi

Perencanaan dan persiapan OSCE meliputi identifikasi kompetensi-kompetensi yang akan dievaluasi di akhir suatu pelatihan/pembelajaran, kriteria performa dan penentuan skor minimal pada setiap *station* untuk memastikan pencapaian kompetensi. Penggunaan pakar-pakar klinis untuk menilai pencapaian kompetensi-kompetensi siswa/peserta didik dapat meningkatkan validitas dan reliabilitas dari suatu prosedur penilaian¹⁴. Terdapat lima komponen penting yang harus dipersiapkan dengan sangat baik dalam merencanakan kegiatan OSCE, yaitu:

1. Disain OSCE

Disain OSCE meliputi penyusunan *blue print*, penyusunan soal kasus/*station* dan penyusunan *checklist* penilaian/*rating scale*

a. Penyusunan *blue print*

Elemen kunci dalam merancang suatu OSCE adalah dengan mengembangkan suatu *blue print*. *Blue print* merupakan suatu matrik yang menghubungkan suatu daftar deskripsi singkat dari seluruh *station* yang diujikan dengan kompetensi yang dinilai. Hal ini memastikan bahwa kompetensi individu akan dinilai beberapa kali dan setiap *station* berkontribusi terhadap kelengkapan keseluruhan ujian atau

latihan dengan menilai beberapa kompetensi. Sebuah pendekatan yang terorganisir dalam penyusunan *blueprint* memperkuat validitas sebuah OSCE. Hal ini dapat mencakup tinjauan pustaka, survei kurikulum, dan diskusi membangun konsensus¹³. Sangat penting untuk menggunakan *blue print* untuk merencanakan konten dari OSCE, karena hal ini membantu untuk memastikan bahwa domain yang berbeda dari keterampilan diuji secara adil dan keseimbangan bidang studi yang diuji diputuskan secara adil¹⁶.

b. Kasus dan *station*

Penting untuk menulis materi *station* dengan baik sebelum tanggal penilaian sehingga *station* dapat ditinjau dan diujicobakan sebelum penilaian yang sebenarnya. Kadang-kadang *station* yang tampaknya berawal dari ide yang baik, pada saat penulisan dapat berubah menjadi tidak layak dalam pelaksanaannya. Pada tahap penyusunan, suatu *station* sebaiknya memiliki instruksi yang jelas terkait dengan tugas kandidat, tugas penguji, daftar peralatan yang dibutuhkan, daftar kebutuhan pasien nyata atau pasien simulasi, skenario yang harus diperagakan pasien simulasi, *checklist* terkait dengan semua aspek penting yang diujikan, serta lama waktu *station*¹⁶. Panjang Ujian umumnya bervariasi antara 10 dan 20 stasiun³. Kasus pada *station* OSCE merupakan suatu masalah klinis, yang disusun dengan melibatkan serangkaian tugas tertentu yang akan dinilai. *Station* OSCE yang didasari pada kasus pasien

yang nyata akan menambah validitas OSCE¹³.

c. Penyusunan *checklist/rating form*

Kualitas sebuah *form* penilaian ditentukan oleh sejauh mana penilai (baik pasien standar maupun penguji) dapat menggunakan *form* tersebut secara konsisten. Reliabilitasnya terlihat dari sejauh mana *form* penilaian tersebut akan menghasilkan hasil yang sama jika digunakan oleh penilai yang berbeda atau pada kesempatan yang berbeda, sedangkan validitas *form* penilaian ditentukan dari sejauh mana komponen-komponen penilaian secara akurat mencerminkan keterampilan/kinerja yang akan dinilai. Kunci untuk dapat mengembangkan item-item *form* penilaian yang reliabel dan valid adalah: (a) identifikasi domain secara spesifik; (b) menuliskan item-item yang dapat dimengerti; dan (c) menyediakan panduan atau instruksi yang membimbing penilai dalam melakukan penilaian. Dengan menyusun *blue print* untuk menentukan keterampilan serta konten OSCE yang dinilai, dan menetapkan kontribusi setiap *station* terhadap tujuan yang akan dicapai, tahapan penyusunan *form* penilaian yang efektif sebenarnya sudah dilakukan. Dua format untuk *form* penilaian item-item yang biasanya digunakan yaitu item perilaku spesifik dan peringkat penampilan keseluruhan (*global rating*). Dalam OSCE, yang paling populer digunakan untuk menilai item perilaku spesifik adalah *checklist* karena sederhana. *Checklist* hanya mencatat iya atau

tidak perilaku atau tindakan tertentu yang dilakukan dapat meningkatkan akurasi dan kehandalan penilaian. *Global rating* merujuk pada kesan umum tentang kinerja pembelajar dalam domain tertentu (misalnya, keterampilan komunikasi, pengetahuan medis, profesionalisme). Dengan kata lain, merujuk pada tingkat kepuasan penguji terhadap keseluruhan tindakan kandidat¹³. Item *checklist* berisi item-item penilaian terhadap tindakan yang harus dilakukan dalam menanggapi informasi dalam skenario kasus (*stem*) yang diberikan. Item-item dalam *checklist* harus ditinjau ulang dan diedit untuk memastikan bahwa: (a) item sesuai untuk tingkat pelatihan yang dinilai; (b) item berbasis tugas; dan (c) item bisa teramati. Panjang *checklist* tergantung pada tugas klinis, waktu yang diberikan, dan orang yang menilai. Sebuah *checklist* untuk sebuah *station* 5 menit yang menguji anamnesis dapat memiliki hingga 25 item jika penguji dari fakultas (dosen) yang memberi skor nilai. Jika pasien standar yang melakukan pemberian skor nilai, maka item *checklist* harus lebih sedikit dan lebih rinci untuk memandu pemberian skor nilai. Suatu skor harus dinilai untuk setiap item. Skor item dapat berupa nilai 1 atau 0, atau bobot relatif dengan item yang lebih penting akan bernilai lebih. Bobot tidak dapat mengubah tingkat lulus-gagal dari OSCE keseluruhan, tetapi dapat meningkatkan validitas *checklist* dan dapat mempengaruhi peserta yang lulus atau gagal¹⁷.

Tabel 1. Contoh *blue print* OSCE

	History taking	Physical examination	Interpretation skills	Procedural skills	Management patient	Counseling
Oral Surgery				1	1	
Paediatric Dentistry	1					1
Orthodontic		1	1	1		
Prostodontic		1		1		
Dental Radiology			1			1
Periodontic	1			1		1
Oral Medicine	1				1	1
Conservative dentistry				1		

2. Pasien standar

Pasien standar adalah individu terlatih yang hadir dalam situasi klinis dengan gejala standar mirip dengan yang mungkin dihadapi oleh pasien yang sebenarnya. Pada 1980-an istilah "pasien simulasi" menjadi populer. Dengan meningkatnya penggunaan dalam penilaian dan kebutuhan yang sesuai untuk mengendalikan stimulus tes, istilah "pasien standar" sering kali lebih disukai, terutama di Amerika Utara¹⁵. Penggunaan simulasi pasien pada kegiatan OSCE membentuk suatu bagian penting dari penilaian. Penilaian oleh pasien standar dapat meningkatkan proses *standard setting*. Penambahan data hasil penilaian pasien standar ke dalam penilaian global oleh penguji memiliki efek penting pada hasil tes individual kandidat. Pada *standard setting* metode *borderline* regresi, penambahan penilaian oleh simulasi pasien/pasien standar pada *checklist* penilaian tampaknya mengarah pada peningkatan reliabilitas penilaian¹⁸.

Untuk membuat suatu kasus pasien yang nyata, pasien standar perlu memenuhi 3 aspek berikut: 1) Pasien standar harus tahu semua detil fisik, psikologis, dan sosial yang terkait dengan kasus yang akan diperagakan; (2) Pasien standar harus mampu secara konsisten melukiskan nada emosional dalam jumlah yang tepat yang sesuai dengan kasus; (3) tindakan dan respon pasien standar harus diatur dengan benar. Ada banyak opini tentang seberapa banyak pelatihan yang dibutuhkan oleh pasien standar agar dapat memerankan kasus mereka secara adekuat. Jumlah total waktu pelatihan tergantung pada kebutuhan kasus, biaya, dan batasan waktu. Jika OSCE merupakan penilaian formatif, maka 2 jam waktu pelatihan mungkin cukup, terutama dengan pasien standar yang memiliki pengalaman. Jika OSCE merupakan penilaian sumatif, pelatihan harus lebih lama dan lebih luas yaitu 10-20 jam pelatihan¹³. Penggunaan bahasa untuk pasien, penentuan

persepsi pasien terhadap masalah, pemberian informasi yang relevan penting diperhatikan saat memberikan arahan untuk pasien standar. Tanggapan untuk semua item *checklist* harus dimasukkan. Perilaku pasien yang mempengaruhi kasus harus dijelaskan dalam bahasa tubuh, nada bicara, dan kecepatan. Gejala yang akan disimulasikan juga harus dijelaskan kepada pasien standar¹⁷. Pelatihan pasien standar memberikan kontribusi besar terhadap kehandalan ujian, penampilan pasien standar yang konsisten memastikan bahwa semua kandidat mendapatkan tantangan yang sama¹⁶.

3. Penguji

Keputusan penting saat merencanakan suatu OSCE salah satunya adalah pada perencanaan orang yang akan menjadi penilai kandidat. Tugas sebagai penilai adalah tugas yang sulit karena ada begitu banyak faktor yang dapat mengganggu penilaian kinerja yang akurat. Penguji sebaiknya kelompok penilai yang sudah terlatih. Lamanya waktu pelatihan bervariasi tergantung pada orang yang menjadi penilai, banyaknya peringkat yang dinilai dan pengalaman OSCE yang telah mereka miliki, ketat tidaknya penilaian dan jumlah waktu yang tersedia secara signifikan. Tidak semua orang bisa terlibat dalam pengembangan ujian, sehingga penilai setidaknya harus memahami dasar pemikiran yang mendasari penyusunan OSCE yang dilaksanakan dan merasa yakin bahwa kategori tidak dipilih secara sewenang-wenang. Sikap dan emosi tak diragukan lagi memainkan peran sentral dalam proses penilaian. Penting bagi pelatih

penguji untuk menyadarkan penguji tentang tugas mereka. Seringkali dalam banyak OSCE, penguji juga diminta untuk segera memberikan umpan balik. Biasanya ada keterbatasan waktu (5-10 menit) dan umpan balik harus singkat¹³. OSCE memerlukan sejumlah besar penguji. Hal ini bisa menjadi sebuah kekuatan, karena kandidat diamati dan dinilai oleh beberapa dokter, tetapi juga bisa menjadi salah satu kelemahan, seperti ketidaksesuaian antara penilai akan mengurangi keadilan dan kehandalan dari OSCE. Pelatihan penguji adalah investasi yang sangat berharga¹⁶.

4. Sarana-prasarana

Dalam suatu kegiatan yang melibatkan sejumlah besar orang seperti OSCE, diperlukan organisasi kegiatan yang sangat baik. Bukan hanya sarana pada *station* tertentu yang dipersiapkan, tetapi juga bentuk-bentuk dan sumber daya lain yang membantu organisasi OSCE secara keseluruhan. Hal yang perlu disadari adalah kesalahan pada saat pelaksanaan kegiatan OSCE sangat mungkin terjadi, namun dengan perencanaan yang baik dan sumber daya yang memadai, hal tersebut dapat diatasi. Hal hal yang bisa menjadi sumber permasalahan di antaranya terkait dengan kehadiran, standarisasi, manajemen waktu dan manajemen emosi¹³. Dalam segi biaya, OSCE membutuhkan biaya yang sangat bervariasi karena jumlah stasiun menentukan jumlah pasien standar, penguji, dan staf yang diperlukan. Faktor signifikan lain yang mempengaruhi biaya OSCE adalah ada atau tidaknya anggota fakultas yang mempersiapkan

penulisan kasus, menetapkan standar dan menganalisis hasil OSCE¹⁷.

5. *Standard setting* pada OSCE

Standard setting merupakan prosedur yang diterapkan pada penilaian untuk menetapkan batas antara siswa yang lulus atau dianggap kompeten, dan mereka yang harus gagal atau dianggap tidak kompeten. Ada 2 tipe standar, yaitu relatif dan absolut. Standar relatif dinyatakan sebagai suatu nilai atau persentase kandidat. Standar absolut dinyatakan sebagai suatu nilai atau persentase dari item tes. Standar absolut lebih sesuai untuk tes kompetensi yang tujuannya adalah untuk meyakinkan bahwa kandidat cukup mengetahui tujuan tes tersebut¹⁹. Untuk penilaian resiko tinggi, banyak ahli psikometri dan ahli pendidikan medis menganjurkan *absolute or criterion-referenced standard setting* (yaitu, nilai yang mencerminkan kemampuan untuk kompeten melakukan keterampilan dan perilaku tertentu). Pada OSCE, jika para pakar dari fakultas mengobservasi dan memberi penilaian terhadap performa para kandidat, maka metode *borderline group* ataupun metode *contrasting group* dapat digunakan sebagai metode *standard setting*. Metode ini mudah dan sederhana dalam penerapannya. Namun, apabila para pakar tidak memberikan penilaian saat ujian OSCE, contohnya jika pasien standar yang memberikan nilai pada *checklist*, maka metode yang melibatkan penilaian terhadap item tes atau item konten seperti metode Angoff, Ebel, atau metode Hofstee dapat digunakan²⁰. *Borderline Regression Method* (BRM) merupakan

salah satu metode *standard setting* dalam OSCE²¹. Metode ini banyak dipilih oleh institusi karena metode regresi memberikan beberapa indikasi hubungan antara nilai global dan nilai *checklist*, juga dapat menunjukkan tingkat diskriminasi antara mahasiswa yang lebih lemah dan lebih kuat. Namun, metode ini sangat sensitif terhadap *outlier* dan dapat mengganggu hasil dari *standard setting*. Adapun kelompok *outlier* tersebut adalah :

- a) Kandidat yang memiliki performa sangat buruk dan mendapatkan nilai *checklist* hampir nol.
- b) Kandidat yang mencapai nilai *checklist* yang baik tetapi gagal mengesankan pengujian secara keseluruhan.
- c) Pengujian yang memberikan nilai keseluruhan yang salah.

BRM menggunakan semua interaksi penilaian yang nyata antara pengujian dan kandidat²².

Unsur validitas dan reliabilitas OSCE sangat dipengaruhi oleh kelima komponen penting yang telah diuraikan sebelumnya. Disain OSCE yang baik akan mempengaruhi tercapainya nilai validitas yang tinggi. Persiapan dan perencanaan yang baik pada komponen pengujian, pasien standar dan sarana prasarana dapat mempengaruhi tercapainya reliabilitas OSCE yang baik. Komponen *standard setting* OSCE dilakukan untuk memastikan bahwa penetapan hasil ujian terpercaya. Setiap komponen memiliki tingkat kerumitan masing-masing dalam persiapan dan pelaksanaannya. Ketelitian dalam persiapan detil dan perencanaan OSCE

mutlak dilakukan oleh panitia penyelenggara OSCE.

Kesimpulan

OSCE merupakan penilaian yang mempunyai banyak kelebihan dalam menilai performa suatu keterampilan klinik. Sebagai metode penilaian OSCE harus memenuhi kriteria penilaian yang baik. Banyak faktor yang dapat menyebabkan penilaian OSCE menjadi tidak valid dan reliabel, diantaranya adalah kurangnya perencanaan yang baik terhadap komponen-komponen penyusun OSCE. Persiapan berbagai komponen penting penyusun OSCE harus dilakukan secara terencana oleh komite ujian dengan memperhatikan prinsip-prinsip dasar penyusunan OSCE.

Daftar Pustaka

1. Harden, R.M., 1988. What is an OSCE?. *Med. Teacher*, 10 (1): 19-22.
2. Newble, D.I., 2004. Techniques for Measuring Clinical Competence: Objective Structured Clinical Examinations. *Med Educ*, 35: 199-203.
3. Harden, R.M., *A Practical Guide for medical Teachers*, 3rd ed. Elsevier: p. 334, 2009
4. Gupta, P., Dewan, P., and Singh, T., 2010. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Revisited, *Indian Pediatrics*, 47: 911-920.
5. Brannick, M.T., Erol-Korkmaz, T.H., and Prewett, M., 2011. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. *J Med Educ*, 45: 1181-1189.
6. Casey, P.M., Goepfert A.R., Epsey E.L., 2009. To the point: Reviews in medical education-The Objective Structured Clinical Examination, *Am. J. Obstet Gynecol*, 200: 25-34.
7. Zayyan, M., 2011. Objective Structured Clinical Examination: The Assessment of Choice. *Oman Med J.*, 26(4): 219-222.
8. Brand, H.S., and Schoonheim-Klein, M., 2009. Is the OSCE more stressful? Examination anxiety and its consequences in different assessment methods in dental education. *Eur J Dent Educ*, 13: 147-153.
9. Norcini, J.J., *et al.* 2011. Criteria for Good Assessment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 conference. *Med. Teacher*, 33: 206-214.
10. Van der Vleuten, P.M.C. 1996. The Assessment of Professional Competence : Developments, Research and Practical Implications. *Adv Health Sci Educ*, (1): 41-67
11. Cohen, R., *et al.* 1990. Reliability and Validity of The Objective Structured Clinical Examination in Assessing Surgical Residents. *Am J surg*, 160 (3): 302-305.
12. Rekany, A.J., Al-dabbagh, S., and Phil, H.D. 2010. Validity and reliability of OSCE in evaluating practical performance skills of Interns in emergency medicine. *Duhok Med J.*, 4(2): 21-29.
13. Zabar, S., Kalet, A., Krajic, K.E., Hanley, K. (eds.) *Objective Structured Clinical Examinations, 10 Steps to Planning and Implementing OSCEs and Other Standardized Patient Exercises*. Sp-ringer Science+Business Media New York, 2013
14. McGaughey, J. 2004. Standardizing the assessment of clinical competence: an overview of intensive care course design. *British Association of Critical Care Nurses*, 9(5):
15. Roberts, C., *et al.* 2006. The quality of High-stakes undergraduate assessments of clinical competence. *Medical Teacher*, 28(6): 535-543.

-
16. Boursicot, K., and Roberts, T., 2005. How to set up an OSCE. *The Clinical Teacher*, 2(1): 16-20.
 17. Smee, S., 2003. ABC of learning and teaching in medicine: Skill based assessment. *BMJ*, 326: 703-706.
 18. Homer, M., and Pell, G., 2009. The impact of the inclusion of simulated patient ratings on the reliability of OSCE assessments under the borderline regression method, *Med Teacher*, 31: 420-425.
 19. Norcini, J.J. 2003. Setting standards on educational tests. *J. Med Educ*, 37: 464-469
 20. Yudkowsky, R., Standard Setting. In: Downing and Yudkowsky, ed., *Assessment In Health Professions Education*. New York, Routledge. p. 130, 2009
 21. Pell, G., and Roberts, T.E. 2006. Setting standards for student assessment. *International Journal of Research & Method in Education*, 29(1): 103.
 22. Pell, G., Fuller, R., Homer, M., and Trudie, R., 2010. How to Measure the Quality of the OSCE: A review of metriks-AMEE guide no 49. *Medical Teacher*, 32: 802-811.