

KUMPULAN LATIHAN SOAL UKOM DIII KEPERAWATAN

Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.

Dr. Betty Suprapti SKp.Mkes | Dr. Neny Triana, S.Kep, Ns., M.Pd., M.Kep
Eva Oktaviani, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An | Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J
Ns. Suryani Hartati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat | Ns. Titi Astuti,M.Kep., Sp.Mat
Saptiah Hasnawati, SKp.,MKeP.Sp.Kep.J | Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes
Ns. Chatrina M. A. Bajak, S.Kep,MAN | Ns. Christien Angreni Rambi, S.Kep, M.Kes
Ns. Dwi Ambarwati, S.Kep., MARS., FISQ | Ns. Faisal Sangadjie, M.Kep
Ns. Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., M.Kep | Ns. Lydia Moji Lautan, M.Kep
Ns. Mukhammad Toha, SKep. M.Kep. | Ns. Nina Sunarti, M.Kep
Ns. Novita Amri, M.Kep | Ns. Rohmayanti, M.Kep
Ns. Siti Munawaroh, M. Kep | Ns. Syafirina Arbaani Djuria, S.Kep, M.Kep
Ns. Tuti Elyta, S.Kep., M.Bmd | Ns. Usu Sius, S.Kep, M.Biomed.
Ns. Yuanita Panma, M.Kep,Sp.Kep.M.B | Shinta Arini Ayu, Ns., M. Kes
Siti Rukayah, SKp., M.Kep | Sulastri, SKp, M.Kep
Suryanti, S.Kep., Ners.MSc | Suyamto A.Kep MPH., Ns
Wiwi Kustio Priliana, SSiT., SPd., MPH | Hilma Yasni, SST., M.Kes
Ida Farida, APPd, M.Kes | Indriatie., SKp., M.Kkes
Nabilah Siregar, S.Kep., Ns., M.Kep | Wahyu Riniasih, S.Kep,Ns., M.Kep
Trimar Handayani, S.Kep., Ns., M.Biomed



BONUS VOUCHER DISKON BIMBEL SEPANJANG TAHUN

KUMPULAN LATIHAN SOAL UKOM DIII KEPERAWATAN

Penulis Utama:

Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat

Penulis:

Dr. Betty Suprapti SKp.Mkes

Dr. Neny Triana, S.Kep, Ns., M.Pd., M.Kep

Eva Oktaviani, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An

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

Ns. Suryani Hartati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat

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

Saptiah Hasnawati, SKp.,MKep.Sp.Kep.J

Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes

Ns. Chatrina M. A. Bajak, S.Kep,MAN

Ns. Christien Angreni Rambi, S.Kep, M.Kes

Ns. Dwi Ambarwati, S.Kep., MARS., FISQua

Ns. Faisal Sangadji, M.Kep

Ns. Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., M.Kep

Ns. Lydia Moji Lautan, M.Kep

Ns. Mukhammad Toha, SKep. M.Kep.

Ns. Nina Sunarti, M.Kep

Ns. Novita Amri, M.Kep

Ns. Rohmayanti, M.Kep

Ns. Siti Munawaroh, M. Kep

Ns. Syafrina Arbaani Djuria, S.Kep, M.Kep

Ns. Tuti Elyta, S.Kep., M.Bmd

Ns. Usu Sius, S.Kep, M.Biomed.

Ns. Yuanita Panma, M.Kep,Sp.Kep.M.B

Shinta Arini Ayu, Ns., M. Kes

Siti Rukayah, SKp, M.Kep

Sulastri, SKp, M.Kep

Suryanti, S.Kep.,Ners.MSc

Suyamto A.Kep MPH.,Ns

Wiwi Kustio Priliana, SSiT., SPd., MPH

Hilma Yasni, SST, M.Kes

Ida Farida, APPd, M.Kes

Indriatie.,SKp.,M.Mkes

Nabilah Siregar, S.Kep,Ns.,M.Kep

Wahyu Riniasih, S.Kep,Ns.,M.Kep

Trimar Handayani, S.Kep,Ns, M.Biomed



KUMPULAN LATIHAN SOAL UKOM DIII KEPERAWATAN

Penulis Utama:

Ulty Desmarnita, S.Kp, Ns, M.Kep, Sp.Mat

Penulis:

Dr. Betty Suprapti SKp.Mkes
Dr. Neny Triana, S.Kep, Ns., M.Pd., M.Kep
Eva Oktaviani, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An
Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J
Ns. Suryani Hartati, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
Ns. Titi Astuti,M.Kep., Sp.Mat
Saptiah Hasnawati, SKp,.MKep.Sp.Kep.J
Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes
Ns. Chatrina M. A. Bajak, S.Kep,MAN
Ns. Christien Angreni Rambi, S.Kep, M.Kes
Ns. Dwi Ambarwati, S.Kep., MARS., FISQua
Ns. Faisal Sangadji, M.Kep
Ns. Jelita Siska Herlina Hinonaung, S.Kep., M.Kep
Ns. Lydia Moji Lautan, M.Kep
Ns. Mukhammad Toha, SKep. M.Kep.
Ns. Nina Sunarti, M.Kep
Ns. Novita Amri, M.Kep
Ns. Rohmayanti, M.Kep
Ns. Siti Munawaroh, M. Kep
Ns. Syafrina Arbaani Djuria, S.Kep, M.Kep
Ns. Tuti Elyta, S.Kep., M.Bmd
Ns. Usu Sius, S.Kep, M.Biomed.
Ns. Yuanita Panma, M.Kep,Sp.Kep.M.B
Shinta Arini Ayu, Ns., M. Kes
Siti Rukayah, SKp, M.Kep
Sulastri, SKp, M.Kep
Suryanti, S.Kep.,Ners.MSc
Suyamto A.Kep MPH.,Ns
Wiwi Kustio Priliana, SSiT., SPd., MPH
Hilma Yasni, SST, M.Kes
Ida Farida, APPd, M.Kes
Indriatie.,SKp.,M.Mkes
Nabilah Siregar, S.Kep,Ns.,M.Kep
Wahyu Riniasih, S.Kep,Ns.,M.Kep
Trimar Handayani, S.Kep,Ns, M.Biomed

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Siti Hartina Fatimah

Achmad Faisal

ISBN: **978-623-8411-13-9**

Cetakan Pertama:

Oktober, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

Tiktok : Bimbel Optimal

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Rahim-Nya sehingga penyusunan Buku Kumpulan Latihan Soal UKOM DIII Keperawatan untuk mahasiswa Diploma III Keperawatan di Indonesia ini dapat diselesaikan dengan baik.

Buku ini disusun berdasarkan capaian pembelajaran mahasiswa Diploma III Keperawatan dilevel 5 yang dapat menerapkan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan pada bidang ilmu keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan jiwa, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan manajemen keperawatan yang komprehensif dan professional. Disamping itu berlandaskan praktik professional, etik, legal dan peka budaya yang mampu berkolaborasi dengan keluarga, tenaga kesehatan serta berpikir kritis. Buku ini berisikan soal-soal yang disusun baik oleh tim dosen yang sesuai dengan rambu-rambu soal UKOM Nasional Keperawatan. Tujuan buku ini disusun dari agar mahasiswa dapat belajar, berlatih dalam menjawab soal dengan berpikir kritis, dilengkapi dengan kunci jawaban, dan pembahasan soal.

Pada kesempatan ini, terimakasih kami kepada:

1. Direktur Optimal Rizky Al Gibran, selalu memberikan kesempatan pengembangan bagi dosen dalam peningkatan potensi dan kompetensi
2. Seluruh Tim Optimal yang telah memberikan dorongan dan kesempatan kepada penulis
3. Bapak/Ibu Dosen Tim Penulis, telah banyak berkarya melalui inspirasi dan kerjasama yang baik

Penulis menyadari masih ada kekurangan dalam penyusunannya, sehingga kritik dan saran sangat dibutuhkan sebagai evaluasi dan perbaikan selanjutnya. Harapannya, semoga buku ini bermanfaat bagi mahasiswa, dosen, perawat maupun yang lainnya. Khususnya mahasiswa dapat lulus dengan hasil **KOMPETEN**.

SAMBUTAN



Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Puji syukur marilah kita panjatkan atas kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala. Sholawat serta salam kita hantarkan kepada baginda Muhammad Shalallahu Alaihi Wassalam.

Melalui kesempatan ini, saya mewakili OPTIMAL mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada para penulis buku UKOM Perawat. Kami mendampingi dan merasakan sekali perjuangan Bapak Ibu dalam menyelesaikan buku ini.

Semoga dapat memberikan manfaat bagi para pembaca di seluruh Indonesia dan mahasiswa Indonesia yang berada di luar negeri.

Pesan kami, teruskan perjuangan Bapak Ibu dalam mengabdi kepada bangsa dan negara melalui karya-karya yang dapat bermanfaat bagi orang banyak. Mari kita saling bergandengan tangan untuk mewujudkan pendidikan kesehatan Indonesia yang lebih baik lagi.

Teruntuk teman-teman mahasiswa dimanapun berada, Imam Syafi'i berkata: "Jika kamu tidak sanggup menahan lelahnya belajar maka kamu harus sanggup menahan perihnya kebodohan". Tetap semangat meraih cita-cita, yakinlah bahwa, masa depan yang cerah milik mereka yang berjuang.

Salam hormat dan sehat selalu untuk kita semua.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Direktur

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Rizky Al Gibran

instagram: algibb

DAFTAR ISI

PRAKATA	iv
SAMBUTAN	v
DAFTAR ISI.....	vi
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH	1
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH	23
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN ANAK	67
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KEPERAWATAN ANAK	80
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	105
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	111
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK.....	123
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK.....	131
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN JIWA	149
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN JIWA	157
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN KELUARGA	169
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KELUARGA	175
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS	183
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS	197
LATIHAN SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN	225
PEMBAHASAN SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN	231
SINOPSIS	243



VOUCHER DISKON BIMBEL

Nama :

Kampus :

Nomor Whatsapp :

Doa dan Harapan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Selamat, Anda mendapatkan Diskon 10% untuk Bimbel UKOM
selama satu tahun kedepan (dapat digunakan setiap bulan)**

**Dengan cara foto lembar ini dan kirimkan ke Whatsapp
Mas Koko 0813-8656-5646**

(Promo tidak dapat digabung dengan diskon dari buku OPTIMAL lainnya)

LATIHAN SOAL KEPERAWATAN

MEDIKAL BEDAH

SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

1. Laki-laki, 24 tahun, dirawat dengan post-op fraktur. Hasil pengkajian: TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 65 x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,5°C. Perawat sedang memasangkan kateterisasi urine. Slang kateter sudah dimasukkan sampai cabang slang, kemudian memfiksasi dengan menggunakan aqua 10 ml. Apakah langkah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Melepaskan Duk bolong
 - b. Memfiksasi dengan plaster
 - c. Menarik kateter hingga tertahan
 - d. Mengangkat penis pada posisi tegak lurus
 - e. Mengambil specimen untuk pemeriksaan laboratorium
2. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di RS dengan pre-operasi pembedahan abdomen. Hasil pengkajian: TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C. Perawat melakukan huknah tinggi, dengan mengatur ketinggian tabung huknah 30-45cm, kemudian menyiapkan kanul rekti dan mengolesi dengan jelly. Apakah langkah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Mencuci tangan
 - b. Mengatur posisi klien sim kiri
 - c. Memasang perlak dan pengalas
 - d. Memasukkan kanule kedalam rektum melalui anus
 - e. Mengisi irigasi dengan cairan yang sudah disediakan
3. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: lemah pada ekstremitas bawah, terpasang *folley kateter*, dan sudah dilakukan *bladder training*. Saat ini perawat sudah menyiapkan alat untuk melakukan tindakan pelepasan kateter. Apakah tindakan awal yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Mencabut selang perlahan
 - b. Melepas selang dari kantong urine
 - c. Mengaspirasi cairan yang ada di balon
 - d. Meminta pasien menarik napas dalam
 - e. Menarik kateter walaupun ada tahanan
4. Laki-laki, 59 tahun, *Post-op Transurethral Resection of the Prostate* (TURP) 6 jam yang lalu, dirawat di ruang bedah. Hasil pengkajian: nyeri skala 1, terpasang irigasi kandung kemih, urin berwarna merah dan bercampur trombus, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, suhu 36,8°C. Apakah tindakan prioritas yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Mempertahankan kelancaran irigasi kateter
 - b. Melakukan perawatan selang kateter
 - c. Memberikan terapi nonfarmakologi
 - d. Memenuhi kebutuhan sehari-hari
 - e. Membatasi aktivitas pasien

5. Perempuan, 45 tahun, dirawat di RS dengan retensi urine. Hasil pengkajian: tidak dapat BAK, terdapat distensi kandung kemih, nyeri tekan pada suprapubik, tampak gelisah dan berkeringat dingin, TD 130/80mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C. Apakah tindakan prioritas yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Mengatur posisi semi fowler
 - b. Mengobservasi urine output pasien
 - c. Memberikan minum air putih hangat
 - d. Memberikan teknik relaksasi napas
 - e. Melakukan kolaborasi pemasangan kateter
6. Perempuan, 50 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: tidak dapat BAB selama 5 hari dan perut terasa kembung. Perawat merencanakan tindakan huknah rendah untuk membantu mengosongkan faeses. Saat ini, perawat sudah selesai memasukkan kanul dan cairan pada rektum pasien. Apakah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Melepas *handscoen* dan mencuci tangan
 - b. Mengolesi irrigator dengan menggunakan jelly
 - c. Membereskan alat-alat dan dokumentasi tindakan
 - d. Membantu pasien BAB di tempat tidur atau dikamar mandi
 - e. Meminta pasien menahan cairan sampai benar-benar ingin BAB
7. Laki – laki, 49 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: sesak napas dan dada terasa nyeri, berkeringat dingin, terdapat retraksi dinding dada, riwayat Tuberculosis paru dengan pengobatan terhenti 4 bulan yang lalu, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 89x/menit, frekuensi napas 30x/menit, suhu 37,2°C. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - a. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - b. Pola napas tidak efektif
 - c. Risiko tinggi infeksi
 - d. Intoleransi aktifitas
 - e. Nyeri akut
8. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: sakit saat melakukan aktivitas berjalan ataupun bergerak sejak 3 hari yang lalu, persendian pada lutut dan jari kaki tampak Bengkak, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 81 kali/menit, frekuensi napas 19 x/menit, suhu 36,7°C. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - a. Gangguan integritas kulit
 - b. Gangguan mobilitas fisik
 - c. Gangguan rasa nyaman
 - d. Intoleransi aktifitas
 - e. Risiko jatuh
9. Perempuan, 40 tahun, dirawat di RS dengan gangguan respirasi. Hasil pengkajian: sesak napas dan cepat lelah, mual, nafsu makan menurun, serta batuk berdahak kental yang susah dikeluarkan, terdapat suara *ronchi* basah. TD 150/100mmHg,

frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 28x/menit, suhu: 37,4°C. Hasil rontgen thorak TBC paru. Apakah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - b. Gangguan pertukaran gas
 - c. Intoleransi aktifitas
 - d. Defisit nutrisi
 - e. Hipertermia
10. Laki-laki, 50 tahun, dirawat dengan penyakit jantung. Hasil pengkajian: nyeri dada, cepat lelah jika beraktifitas, terdapat edema di ektemitas bawah, serta batuk berdahak kental yang sulit dikeluarkan. TD 150/95 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 23 x/menit, suhu: 37,4°C. Saat ini akan dilakukan pemeriksaan TD di arteri untuk mengetahui kecukupan aliran darah pada semua organ tubuh. Berapakah nilai *Mean Arterial Pressure* (MAP) pada kasus tersebut?
- a. 112,1 mmHg
 - b. 112,3 mmHg
 - c. 113,1 mmHg
 - d. 113,3 mmHg
 - e. 114,1 mmHg
11. Laki-laki, 27 tahun dirawat di ruang bedah dengan pasca pembedahan TUR hari kedua. Hasil pengkajian: nyeri daerah supra pubis, wajah meringis, skala nyeri 6, terpasang kateter, kurang fokus saat ditanya, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 26x/menit, suhu 37,4°C. Apakah intervensi keperawatan kategori observasi untuk masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- a. Rawat luka secara steril
 - b. Jelaskan teknik meredakan nyeri
 - c. Berikan teknik imajinasi terbimbing
 - d. Evaluasi karakteristik dan skala nyeri
 - e. Berikan obat analgetik sesuai program
12. Laki-laki, 58 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis pneumonia. Hasil pengkajian: sesak napas, terdengar ronchi, napas cuping hidung, ujung jari sianosis, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 112x/menit, frekuensi napas 32x/menit. suhu 38°C, kadar PaCO₂: 31 mmHg dan PaO₂: 70 mmHg. Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - b. Gangguan ventilasi spontan
 - c. Gangguan pertukaran gas
 - d. Pola napas tidak efektif
 - e. Risiko aspirasi
13. Laki-laki, 43 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis CHF. Hasil pengkajian: cepat lelah dan lemas, tampak pucat, edema kedua tungkai (++) , TD 125/85 mmHg, frekuensi nadi meningkat dari 84x/menit menjadi 110x/menit setelah beraktivitas,

- frekuensi napas 22x/menit. Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- Intoleransi aktivitas
 - Pola napas tidak efektif
 - Gangguan sirkulasi spontan
 - Risiko ketidakseimbangan cairan
 - Perfusi jaringan perifer tidak efektif
14. Laki-laki, 26 tahun, datang ke RS karena muntah dan diare. Hasil pengkajian: kesadaran somnolen, turgor kulit menurun, bibir kering, TD 80/palpasi mmHg, frekuensi nadi 112x/menit, frekuensi napas 26x/menit, suhu 35°C. Apakah tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- Berikan oralit
 - Berikan obat diare peroral
 - Monitor tanda-tanda dehidrasi
 - Kolaborasi pemberian cairan parenteral
 - Kolaborasi pemberian obat anti emetika
15. Perempuan, 46 tahun, dibawa ke Poli Jantung karena dadanya berdebar-debar. Hasil pengkajian: pasien mempunyai riwayat penyakit jantung, mengeluh cepat lelah, wajah pucat, akral dingin, TD 150/100 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 24x/ menit. Perawat sedang melakukan pemeriksaan EKG dan telah memasang elektroda V2 pada dada. Apakah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?
- Memasang elektroda V1
 - Memasang elektroda V3
 - Memasang elektroda V4
 - Memasang elektroda V5
 - Memasang elektroda V6
16. Laki-laki, 49 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis CKD. Hasil pengkajian: badannya lemah dan sulit menggerakkan kaki, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 25x/menit, suhu 36,5°C, ekstremitas bawah tampak mengkilat, ketika ditekan tampak adanya cekungan pada area dorsal pedis sedalam 4 mm dan tidak kembali dalam waktu 10 detik. Berapakah derajat edema pada kasus tersebut?
- Derajat 1
 - Derajat 2
 - Derajat 3
 - Derajat 4
 - Derajat 5
17. Perempuan, 50 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis Stroke hari ke-5. Hasil pengkajian: tangan kanan sulit digerakkan, hanya mampu bergeser saja dan tidak mampu mengangkat, TD 135/85 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37,0 °C. Berapakah nilai kekuatan otot pada kasus tersebut?

- a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5
18. Laki-laki, 17 tahun, dibawa ke RS, dengan keluhan demam sejak 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: tempat tinggal pasien endemic DBD, tampak lemah, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi napas 23x/menit, suhu 38,5°C. Perawat akan melakukan pemeriksaan *rumple lead*. Apakah tujuan pemeriksaan pada kasus tersebut?
- a. Mengidentifikasi perdarahan di bawah kulit
 - b. Mendeteksi dampak kekurangan cairan
 - c. Mendeteksi dampak perdarahan
 - d. Mendeteksi tanda-tanda syok
 - e. Mengidentifikasi turgor kulit
19. Perempuan, 50 tahun dirawat di RS dengan diagnosis DM. Hasil pengkajian: sering kencing, mual dan ngantuk, TD 100/65 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 29x/menit, dan berbau aseton, suhu 37,0°C. Dokter mengatakan pasien mengalami suspect ketoacidosis. Apakah pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Widal
 - b. Faal hati
 - c. Feses lengkap
 - d. Gas darah arteri
 - e. Kadar kolesterol
20. Perempuan, 35 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis gagal ginjal akut. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan pasien sudah sakit 1 minggu di rumah, kesadaran pasien apatis, TD 180/100 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, suhu 37,5°C, frekuensi napas 28x/menit, tampak edema dan output urine 450 ml/24 jam. Perawat sedang memberikan terapi lasik melalui injeksi intravena dan telah memasukkan jarum ke vena pasien. Apa tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. Mencabut jarum
 - b. Melakukan aspirasi
 - c. Membuka torniquet
 - d. Mendorong obat masuk
 - e. Mengusap kapas alkohol
21. Laki-laki, 54 tahun, dirawat di RS dengan Diabetes Melitus dan ganggren di pedis dekstra. Hasil pengkajian: mengeluh nyeri pada luka, balutan luka tampak rembes dan menimbulkan bau tidak sedap. Perawat akan melakukan perawatan luka, dan telah membuka balutan sehingga tampak jaringan luka berwarna kuning kehitaman. Apa tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. Mengkaji kondisi luka

- b. Mengangkat jaringan nekrotik
 - c. Mendokumentasikan kondisi luka
 - d. Menutup luka dengan kasa lembab
 - e. Mencuci luka dengan sabun luka dan NaCl 0,9%
22. Perempuan, 40 tahun, dirawat di Ruang Bedah dengan luka bakar. Hasil pengkajian: nyeri, tampak luka bakar area dada, abdomen dan kedua paha. Luka tampak melepuh, TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37°C. Berapa luas luka bakar pada kasus tersebut?
- a. 45%
 - b. 54%
 - c. 36%
 - d. 27%
 - e. 63%
23. Perempuan, 43 tahun, dirawat karena mengalami cedera kepala. Hasil pengkajian: kesadaran menurun, tidak berespon dengan rangsangan nyeri, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 102 x/m, frekuensi napas 28 x/m, suhu 37,5°C dan hasil CT scan kepala subdural hematoma. Apa tingkat kesadaran pasien pada kasus tersebut?
- a. *Coma*
 - b. *Apatis*
 - c. *Somnolen*
 - d. *Soporocoma*
 - e. *Composmentis*
24. Laki-laki, 30 tahun, dirawat dengan stroke. Hasil pengkajian: pasien mengatakan sulit menggerakan tangan dan kaki kanan, pasien mengatakan bahwa: "saya malu, saya tidak bisa berjalan normal". Pada saat latihan fisioterapi, pergerakan pasien selalu membalikkan badan dan tidak mau melihat ke perawat. Apa masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- a. Gangguan Mobilisasi fisik
 - b. Gangguan citra tubuh
 - c. Gangguan ideal diri
 - d. Gangguan peran
 - e. Cemas
25. Laki-laki, 50 tahun, sudah seminggu dirawat dengan diabetes melitus dan ganggren di pedis dekstra. Hasil pengkajian: pasien mengeluh kesakitan, tampak bengkak pada falangeus 1 dan 2. Hasil USG menunjukkan komplikasi osteomyelitis pada tulang falangeus 1 dan 2 dan direncanakan dilakukan pembedahan. Apa tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- a. Memberikan *informed consent*
 - b. Menyiapkan hasil laboratorium
 - c. Meminta tanda tangan persetujuan pasien
 - d. Menyiapkan obat-obatan yang dibutuhkan
 - e. Menghubungi ruang operasi untuk penjadwalan

26. Perempuan, 60 tahun, dirawat di RS dengan dehidrasi. Hasil pengkajian: pasien mengeluh lemas, keringat dingin dan sering BAK, TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 120x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 37°C, glukosa darah 650 mg/dL. Sesuai program terapi, perawat memberikan cairan parenteral RL 35 tetes permenit. Apa tujuan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- Kebutuhan cairan terpenuhi
 - Nilai hematokrit menurun
 - Intake nutrisi meningkat
 - Berat badan meningkat
 - Nilai glukosa menurun
27. Laki-laki, 52 tahun, dirawat dengan diagnosis insufisiensi katup trikuspid. Hasil pengkajian: sesak napas, mudah lelah, nyeri dada, ditemukan mur-mur sistolik, fibrilasi atrial. Perawat sedang melakukan pemberian O₂ dan telah memasang nasal kanul pada hidung pasien. Apa tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- Memasang humudifier
 - Mengajarkan napas dalam
 - Menghitung frekuensi napas
 - Melepaskan selang nasal kanul
 - Mengatur dosis dan mengalirkan O₂
28. Laki-laki, 40 tahun, dirawat di RS karena sesak napas. Hasil pengkajian: pasien mengeluh batuk disertai demam 5 hari. Medis akan melakukan pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Perawat memberikan konseling kepada pasien dan keluarganya untuk dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Apa prinsip etik keperawatan pada kasus tersebut?
- Fidelity*
 - Justice*
 - Autonomy*
 - Beneficence*
 - Confidentiality*
29. Laki-laki, 55 tahun, dirawat dengan diagnosis gagal jantung. Hasil pengkajian: cepat lelah. TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, frekuensi napas 22 x/menit, Suhu 37°C, dan produksi urin 240 mL/ 42 jam. Apa efek gagal jantung dari data-data pada kasus tersebut?
- Efek ke depan gagal jantung kiri
 - Efek samping pemberian diuretik
 - Efek ke depan gagal jantung kanan
 - Efek ke belakang gagal jantung kiri
 - Efek ke belakang gagal jantung kanan
30. Laki-laki, 51 tahun, dirawat di rumah sakit. Hasil pengkajian: mengeluh sesak napas dan batuk. Edema (+2), distensi vena jugularis (+), *central venous pressure* 9 mmHg, *capillary refill time* 7 detik, volume urin 290 mL/24 jam, dan warna kulit

- pucat, dan terdengar suara jantung S3 dan S4. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Hipervolemia
 - Pola napas tidak efektif
 - Penurunan curah jantung
 - Gangguan pertukaran gas
 - Perfusi perifer tidak efektif
31. Laki-laki, 55 tahun, dirawat di rumah sakit. Hasil pengkajian: nyeri dada, skala nyeri 8, kulit teraba lembab, dingin, dan pucat, frekuensi nadi 100 x/ menit, TD 140/90 mmHg, frekuensi pernapas 25 x/ menit, dan hasil EKG menunjukkan ST elevasi pada lead II, III, dan aVF. Dimana lokasi infark yang dialami oleh pasien tersebut?
- Septal jantung
 - Lateral jantung
 - Inferior jantung
 - Anterior jantung
 - Posterior jantung
32. Laki-laki, 55 tahun, dirawat di rumah sakit dengan diagnosis gagal jantung. Hasil pengkajian: jantung berdebar-debar, frekuensi nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* 7 detik, hepatomegali, dan hasil EKG menunjukkan *left ventricular hypertrophy*. Mendapat terapi obat digitalis. Apa indikator keberhasilan tindakan kolaborasi pemberian obat digitalis pada kasus tersebut?
- Menurunnya volume plasma
 - Berkurangnya kebutuhan jantung
 - Menurunnya afterload dan preload
 - Berkurangnya afterload dan preload
 - Meningkatnya kontraktilitas jantung
33. Laki-laki, 52 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis DM. hasil pengkajian: kelelahan, mulutnya kering, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 100 x/ menit, GD puasa 180 mg/dl dan jumlah urin 2000 ml/24 jam. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Keletihan
 - Risiko syok
 - Hipovolemia
 - Intoleransi aktivitas
 - Ketidakstabilan kadar glukosa darah
34. Laki-laki, 53 tahun, dirawat dengan diagnosis diabetes melitus. Hasil pengkajian: haus, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 106 x/ menit, GD sewaktu 300 mg/dl, dan jumlah urin 2100 ml/24 jam. Apa pengkajian selanjutnya yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- Frekuensi nadi teraba lemah
 - Status mental berubah
 - Suhu tubuh meningkat
 - Pengisian vena menurun

- e. Konsentrasi urin meningkat
35. Perempuan 47 tahun, dirawat di rumah sakit dengan diagnosis asma. Hasil pengkajian: bunyi paru ronchi, warna kulit dan membran mukosa sianosis. Pasien mengalami masalah keperawatan gangguan pertukaran gas. Perawat telah melakukan tindakan keperawatan berupa pemantauan respirasi dan pemberian terapi oksigen. Apakah indikator keberhasilan implementasi pada kasus tersebut?
- a. pH 7,50
 - b. PaO₂ 60 mmHg
 - c. PaCO₂ 40 mmHg
 - d. Berkurangnya mengi saat inspirasi
 - e. Berkurangnya batuk kering yang produktif
36. Laki-laki, 60 tahun, dirawat di rumah sakit dengan riwayat penyakit sindrom koroner akut. Hasil pengkajian: berat badan 75 kg, tinggi badan 140 cm, TD 140/90 mmHg, kadar kolesterol total 245 mg/dl, dan glukosa darah sewaktu 210 mg/dl. Punya Riwayat hipertensi, diabetes melitus, merokok, dan kurang gerak. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Berat badan lebih
 - b. Penurunan curah jantung
 - c. Perfusi perifer tidak efektif
 - d. Ketidakstabilan glukosa darah
 - e. Risiko perfusi miokard tidak efektif
37. Laki-laki, 31 tahun, dirawat di rumah sakit dengan diagnosis Asma. Hasil pengkajian: sesak napas, pasien tampak gelisah, penggunaan otot bantu napas meningkat, frekuensi nadi 120 x/menit, volume tidal 550 ml, PCO₂ 55 mmHg, saturasi O₂ 90%. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Gangguan pertukaran gas
 - b. Gangguan ventilasi spontan
 - c. Gangguan penyapian ventilator
 - d. Bersihkan jalan napas tidak efektif
 - e. Risiko perfusi cerebral tidak efektif
38. Laki-laki, 45 tahun, datang ke poliklinik dengan diagnosis Diabetes Mellitus. Hasil pengkajian: mual dan sering muntah, turgor kulit kering, tonus otot lemah, caillary refill >2 detik, Suhu 38°C, hasil pemeriksaan GD puasa 380 mg/dl, Hb 10 mg/dl. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Risiko tinggi nutrisi : kurang dari kebutuhan
 - b. Perubahan perfusi jaringan perifer
 - c. Kekurangan volume cairan
 - d. Gangguan integritas kulit
 - e. Intoleransi aktifitas
39. Laki-laki, 45 tahun, datang ke poliklinik dengan diagnosis Diabetes Mellitus. Hasil pengkajian: lemas, berat badan turun terus, padahal sehari makan bisa 4 – 5 kali,

- porsi makan banyak, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 94 x/mnt, suhu 37°C, GDS = 320 mg/dl. Apa gejala yang sedang dialami pada kasus tersebut?
- Malaise
 - Poliuria
 - Polidipsi
 - Polipagia
 - Hiperglikemi
40. Laki-laki, 55 tahun, datang ke poliklinik dengan diagnosis Diabetes Mellitus. Hasil pengkajian: mual dan kurang nafsu makan, sering merasa haus, ada luka lecet di kaki kanan, hasil GDS 360 mg/dl. Dalam perencanaan, perawat melakukan kolaborasi pemberian insulin. Tindakan tersebut untuk mengatasi masalah apa ?
- Risiko perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan
 - Gangguan rasa nyaman : mual
 - Kekurangan volume cairan
 - Gangguan integritas kulit
 - Hiperglikemi
41. Perempuan, 60 tahun, datang ke poliklinik dengan diagnosis Diabetes Mellitus. Hasil pengkajian: malas berolahraga, makan hanya satu kali, supaya GDnya tidak naik, GDS : 270 mg/dl, mendapat terapi oral/obat anti diabetes, glimepiride 3 x 1 tablet. Apa Tindakan keperawatan utama yang harus dilakukan perawat?
- Cek GDS tiap 6 jam
 - Ajarkan cara minum obat oral
 - Monitor tanda-tanda vital tiap jam
 - Anjurkan klien berolahraga tiap hari
 - Edukasi tentang pola makan klien DM
42. Laki-laki, 30 tahun, datang ke IGD dengan kondisi luka bakar. Hasil pengkajian: siku sampai pergelangan tangan kiri dan seluruh bagian dada tersiram air panas, kesadaran CM, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/mnt, frekuensi napas 20 x/mnt, BB 60 g, TB 160cm. Berapa presentase luas luka bakar pada kasus tersebut?
- 4,5 %
 - 9 %
 - 13,5 %
 - 18 %
 - 22,5 %
43. Perempuan, 40 tahun, datang ke IGD dengan Luka Bakar 25%. Hasil pengkajian: kesadaran CM, TD100/60 mmHg, frekuensi nadi 60x/mnt, frekuensi napas 20 x/mnt, BB 50 kg, TB 160cm. Perawat akan memberikan resusitasi cairan sesuai instruksi dengan metode Baxter, berapa jumlah cairan yang harus diberikan dalam 8 jam pertama?
- 1500 cc
 - 1750 cc

- c. 2000 cc
d. 2250 cc
e. 2500 cc
44. Perempuan, 20 tahun, datang ke poliklinik dengan keluhan bagian ulu hati terasa sakit, apalagi setelah makan. Hasil pengkajian : Klien mengakui bekerja sebagai foto model, pernah muntah darah 1 bulan yang lalu, TD 110/70 mmHg, TB 160 cm, BB 35 kg. Apa data utama yang harus dikaji pada kasus tersebut?
- a. Kaji pola makan
 - b. Kaji tingkat nyeri
 - c. Ukur tingkat stres
 - d. Observasi aktifitas
 - e. Periksa tekanan darah
45. Perempuan, 25 tahun bekerja sebagai foto model, datang ke poliklinik dengan keluhan bagian ulu hati terasa sakit, terutama setelah makan. Hasil pengkajian : Klien mengakui jarang makan supaya tetap langsing, TD 110/70 mmHg, TB 170 cm, BB 40 kg. Perawat merencanakan untuk memberikan pendidikan kesehatan. Apakah pokok bahasan yang paling tepat?
- a. Pola makan yang sehat
 - b. Cara mengurangi nyeri
 - c. Diet dengan obat-obatan
 - d. Fisiologi sistem pencernaan
 - e. Cara mengukur berat badan ideal
46. Perempuan, 45 tahun, dirawat di ruang bedah RS dengan diagnosis medis post op appendiktomi. Hasil pengkajian: klien mengeluh nyeri di bagian jahitan post operasi, skala nyeri 7, klien tampak gelisah, meringis dan memegang area nyeri, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37,0°C. Apakah masalah keperawatan utama yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Ansietas
 - b. Nyeri akut
 - c. Risiko infeksi
 - d. Hambatan mobilitas fisik
 - e. Kerusakan integritas kulit
47. Perempuan, umur 33 tahun, dirawat di rumah sakit dengan diagnosis gastritis. Pasien mengeluh mual dan muntah, tidak nafsu makan, porsi makan tidak pernah habis, merasa lemas dan nyeri di ulu hati. Saat ini BB pasien 45 kg, BB menurun 10% dari BB sebelumnya. Apakah rencana tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- a. Manajemen mual
 - b. Manajemen nyeri
 - c. Manajemen energi
 - d. Manajemen nutrisi
 - e. Manajemen hipovolemia

48. Perempuan, umur 48 tahun dirawat dengan PPOK, di ruang penyakit dalam. Pasien mengeluh susah mengeluarkan dahak sehingga perawat akan melakukan tindakan melatih batuk efektif. Perawat menyiapkan alat dan bahan tindakan, mencuci tangan dengan 6 langkah, mengidentifikasi kemampuan batuk. Apakah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut ?
- Mengatur posisi semi fowler/fowler
 - Menganjurkan tarik napas dalam selama 4 detik
 - Menyampaikan pasien tahan napas selama 3 detik
 - Melakukan kolaborasi pemberian mukolitik dan ekspektoran
 - Mengajarkan pasien batuk dengan kuat setelah tarik napas dalam yang ke-3
49. Laki-laki, 40 tahun di rawat di ruang rawat RS dengan Appendiksitis. Hasil pengkajian: klien tampak gelisah, tegang, palpitasi, bingung, selalu menanyakan penyakit, obat anti nyeri dan prosedur operasinya, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi napas 22x/menit, Suhu 36,50C. Apakah evaluasi keperawatan prioritas pada kasus tersebut ?
- Pola napas
 - Skala nyeri
 - Status hidrasi
 - Perilaku gelisah
 - Karakteristik aktivitas
50. Laki-laki, umur 54 tahun, dirawat di ruang rawat RS dengan GGK. Hasil pengkajian: kesadaran CM, tampak lemas, pucat, dispnea, menggunakan otot bantu napas, suara napas ronchi, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 37,5°C, irama napas cepat dan dangkal. Apakah tindakan keperawatan mandiri yang utama pada kasus tersebut?
- Memonitor frekuensi napas
 - Membatasi aktivitas pasien
 - Mengatur posisi semi fowler
 - Kolaborasi pemberian terapi oksigen
 - Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam
51. Perempuan, umur 42 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis kanker payudara. Pasien tampak bingung. Saat pasien menanyakan perihal sakit pasien, perawat menyampaikan dengan jelas kondisi yang sebenarnya. Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat tersebut?
- Justice*
 - Fidelity*
 - Veracity*
 - Otonomy*
 - Non-maleficence*
52. Laki-laki umur 38 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis *Acute Miocard Infark* (AMI). Pasien mengeluh nyeri pada dada sebelah kiri yang menjalar ke bahu kiri dan punggung bagian atas. Perawat menyampaikan akan melakukan tindakan

perekaman EKG dan menanyakan persetujuan tindakan EKG yang akan dilakukan pada pasien. Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat tersebut?

- a. *Justice*
 - b. *Fidelity*
 - c. *Veracity*
 - d. *Autonomy*
 - e. *Non-maleficence*
53. Perempuan, 45 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam RS dengan diagnosis medis asma bronkial. Hasil pengkajian: kesadaran CM, klien tampak gelisah, dispnea, suara napas wheezing, batuk berdahak sulit dikeluarkan, TD 150/100 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 28x/menit, suhu 37,8°C. Apakah masalah keperawatan utama yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Hipertermi
 - b. Intoleransi aktivitas
 - c. Pola napas tidak efektif
 - d. Gangguan pertukaran gas
 - e. Bersihan jalan napas tidak efektif
54. Perempuan, umur 48 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis medis pneumonia. Perawat akan melakukan tindakan pemasangan oksigen dengan nasal kanul. Perawat mengecek oksigen dalam tabung oksigen, *humidifier* diisi dengan air steril, nasal kanul disambungkan ke *flowmeter*. Apakah langkah selanjutnya yang dilakukan oleh perawat tersebut ?
- a. Mengecek aliran oksigen
 - b. Memakai sarung tangan bersih
 - c. Memposisikan pasien semi fowler
 - d. Mencuci tangan dengan 6 langkah
 - e. Memasang nasal kanul langsung ke pasien
55. Laki-laki, umur 50 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam RS dengan diagnosis medis efusi pleura. Hasil pengkajian: kesadaran CM, tampak lemas, batuk berdahak sejak 7 bulan yang lalu, dispnea, penggunaan otot bantu napas, sesak napas saat posisi telentang, nyeri dada, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 28x/menit, suhu 37,0°C. Apakah tindakan keperawatan mandiri yang pertama dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Memasang bronkodilator
 - b. Memposisikan semi fowler
 - c. Mengajarkan teknis napas dalam
 - d. Memberikan terapi oksigen dengan masker oksigen
 - e. Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan analisa gas darah
56. Laki-laki, 60 tahun, dirawat di RS dengan gangguan respirasi. Hasil pengkajian: pasien mengatakan batuk berdahak kental dan sulit dikeluarkan, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C, ronchi, hasil rontgen thorak TBC paru. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Terapi inhalasi
 - b. Fisioterapi dada.
 - c. Posisi semifowler.
 - d. Pemberian oksigen.
 - e. Pemberian nebulizer.
57. Perempuan, 53 tahun, dirawat di RS hari ketiga. Hasil pengkajian: Pasien mengeluh batuk yang disertai sesak napas. tampak ada retraksi dinding dada, suara wheezing, terpasang oksigen nasal 3 lt/menit, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas28x/menit, suhu 37°C. Apakah tindakan kolaborasi yang paling tepat untuk dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Memberikan terapi suction.
 - b. Memberikan fisioterapi dada.
 - c. Memberikan terapi nebulizer.
 - d. Memberikan posisi semifowler.
 - e. Memberikan terapi napas dalam
58. Perempuan, 35 tahun, di rawat diruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: pasien merasa lelah saat beraktifitas, nyeri otot dan tirah baring selama 8 hari, nafsu makan menurun. TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas18x/menit, suhu 37,5°C,widal titer S.Typhi O positif 1/160, S. Typhi H positif 1/80. Apa masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?
- a. Keletihan
 - b. Defisit nutrisi
 - c. Intoleransi aktifitas
 - d. Risiko defisit nutrisi
 - e. Gangguan mobilitas fisik
59. Laki-laki, 34 tahun, dirawat di ruang isolasi dengan HIV/AIDS. Hasil pengkajian: pasien merasa badan lemas dan mudah lelah, mual, batuk, lesi di rongga mulut, riwayat prilaku seks bebas dan penggunaan obat terlarang. TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas20 x/menit, suhu 37°C. Laboratorium B20 reaktif. Apakah masalah utama keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Defisit nutrisi
 - b. Gangguan citra tubuh
 - c. Gangguan identitas diri
 - d. Risiko tinggi terhadap infeksi
 - e. Bersihkan jalan napas tidak efektif
60. Perempuan, 57 tahun, dirawat di ruang isolasi dengan tetanus. Hasil pengkajian: mulut tertutup rapat tidak bisa dibuka dan mencuci, tampak meringis, dan kejang bila mendapatkan rangsangan. TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas18 x/menit, suhu 36,5°C. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Mengatur ruangan redup dan tenang
 - b. Mengatur ruangan terang dan tenang
 - c. Memberikan oksigen dengan nasal 5 liter per menit

- d. Meminta keluarga yang menunggu untuk memonitor kejang
e. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penyebab kejang
61. Laki-laki, 34 tahun, dirawat di RS dengan post operasi hari 4 fraktur terbuka tibia sinistra. Hasil pengkajian: ektermitas bawah susah digerakkan, terasa panas dan gatal pada daerah operasi, luka jahitan masih tampak basah dan kemerahan. TD 110/80 mmHg, frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 88x/menit, suhu 37,4°C. Apakah prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Risiko Infeksi
 - b. Gangguan citra tubuh
 - c. Gangguan rasa nyaman
 - d. Gangguan mobilitas fisik
 - e. Risiko intoleransi aktifitas
62. Laki-laki, 25 tahun, dirawat di RS hari ketiga dengan hepatitis. Hasil pengkajian: pasien mengeluh mual dan muntah, nafsu makan kurang, perut terasa kembung, sklera dan kulit tampak kuning. TD 120/70 mmHG, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36°C. Lab SGOT 50 µ/l, SGPT 45 µ/l. Apakah istilah untuk warna kuning pada kulit pasien tersebut?
- a. Ikterus
 - b. Anemis
 - c. Sianosis
 - d. Nekrosis
 - e. Iskhemik
63. Perempuan, 34 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: kesadaran menurun, nilai GCS 8, TD 90/70mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 26 x/menit, Suhu 36,7°C. Perawat akan melakukan pemasangan NGT dengan terlebih dahulu memberikan penjelasan tujuan dari pemasangan NGT kepada keluarga pasien. Apakah tujuan dilakukan prosedur NGT tersebut?
- a. Mengeluarkan perdarahan lambung
 - b. Memberikan nutrisi parenteral
 - c. Melakukan bilas lambung
 - d. Sebagai terapi profilaksis
 - e. Dekompreksi lambung
64. Laki-laki, 45 tahun, datang ke Puskesmas. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan pasien habis makan kerang dara tiba-tiba sakit kepala, kulit terasa gatal dan panas, eritema pada kulit, bengkak, dan kesadaran mulai menurun. TD 80/50 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 30x/menit, suhu 36°C. Apakah masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?
- a. Risiko syok
 - b. Risiko alergi
 - c. Risiko infeksi
 - d. Risiko perdarahan
 - e. Risiko hipovolemia

65. Perempuan, 37 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis Encephalitis. Hasil pengkajian: pasien mengeluh sakit kepala, tidak nafsu makan dan tidak dapat tidur, tampak memegangi kepala, ekspresi meringis dan gelisah, TD 140/90mmHg, frekuensi nadi 96 x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37°C. Apakah masalah keperawatan utama yang tepat pada kasus tersebut?
- Nyeri akut
 - Hipertermi
 - Defisit nutrisi
 - Intoleransi aktivitas
 - Gangguan rasa nyaman
66. Perempuan, 56 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis asma bronkial. Hasil Pengkajian: Pasien mengeluh sesak, batuk berdahak sulit dikeluarkan, tampak gelisah dan suara napas whezing, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 25x/menit, suhu 37°C. Apakah masalah keperawatan utama yang tepat pada kasus tersebut?
- Defisit nutrisi
 - Intoleransi aktivitas
 - Pola napas tidak efektif
 - Gangguan pertukaran gas
 - Bersihan jalan napas tidak efektif
67. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis meningitis. Hasil Pengkajian: pasien mengeluh demam tinggi sudah 3 hari, sakit kepala hebat disertai sesak napas. Perawat memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga mengenai pengambilan keputusan untuk dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium dan CT Scan kepala sesuai dengan anjuran dokter. Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat pada kasus tersebut?
- Justice*
 - Fidelity*
 - Autonomy*
 - Beneficence*
 - Confidentiality*
68. Perempuan, 47 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis HNP. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri pinggang saat bergerak, tampak gelisah dan memegang area nyeri, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 23 x/menit dan suhu 36°C. Perawat melakukan tindakan kolaborasi pemberian terapi injeksi analgetik melalui intravena. Perawat telah menentukan vena yang akan disuntik dan menusukkan jarum ke pembuluh darah vena. Apakah langkah tindakan selanjutnya yang dilakukan pada kasus tersebut?
- Membuka torniket
 - Melakukan aspirasi
 - Mencabut jarum suntik
 - Mendesinfeksi area vena
 - Memasukkan obat ke dalam vena

69. Perempuan, 47 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis HNP. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri pinggang saat bergerak, tampak gelisah dan memegang area nyeri, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 23 x/menit dan suhu 36°C. Apakah kriteria hasil prioritas pada kasus tersebut?
- Skala nyeri berkurang
 - Pasien tampak tenang
 - Pasien dapat beristirahat dan tidur
 - Pasien tidak memegang area nyeri lagi
 - Pasien mampu bergerak secara nyaman
70. Perempuan, 52 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis stroke hemoragik. Hasil Pengkajian: pasien mengeluh lemah, sulit mengerakkan kaki dan tangan kiri, aktivitas perlu bantuan keluarga, kekuatan otot menurun, TD : 150/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37°C. Apakah intervensi yang tepat pada kasus tersebut?
- Berikan posisi semi fowler
 - Identifikasi aktifitas pasien
 - Latih rentang pergerakan sendi pasif
 - Anjurkan pasien untuk beraktifitas ringan
 - Mengajak pasien untuk melakukan aktivitas sebelum tidur
71. Laki-laki, 40 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis medis meningitis. Pasien akan diberikan terapi obat antibiotik ceftriaxone sehingga perawat akan melakukan skin test pada pasien. Perawat datang ke pasien menjelaskan tujuan tindakan dan telah melakukan penyuntikan dan mencabut jarum suntik. Apakah langkah tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- Merapikan alat
 - Melakukan aspirasi
 - Menanyakan reaksi obat
 - Memberi tanda pada area penyuntikan
 - Menunggu reaksi obat yang disuntikkan
72. Perempuan, 40 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis medis sirosis hepatis. Hasil pengkajian: pasien mengeluh sesak karena perutnya membesar, mual, muntah, tidak nafsu makan, tampak gelisah, irama napas tidak teratur, tampak adanya penggunaan otot napas, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 25x/menit, suhu 36,5°C. Hasil lab: SGOT& SGPT meningkat, Hb menurun, albumin menurun, terdapat acites. Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- Defisit nutrisi
 - Risiko defisit cairan
 - Intoleransi aktivitas
 - Pola napas tidak efektif
 - Kelebihan volume cairan

73. Perempuan, umur 42 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam terdiagnosis gagal napas. Pasien mengeluh sesak napas sehingga perawat akan melakukan pemeriksaan TTV pada pasien. Sebelum melakukan tindakan, perawat mencuci tangan dan menggunakan *handsoon*. Apakah prinsip etik yang telah diterapkan perawat pada kasus di atas?
- Justice*
 - Fidelity*
 - Veracity*
 - Beneficience*
 - Confidentiality*
74. Laki-laki, 39 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosis fraktur humerus dextra. Pasien mengeluh bingung, belum paham dengan kondisi yang di alaminya. Perawat datang ke pasien menjelaskan dengan jujur kondisi yang dialami pasien. Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat pada kasus tersebut?
- Veracity*
 - Autonomy*
 - Beneficience*
 - Confidentiality*
 - Non-Maleficence*
75. Laki-laki, 56 tahun, dirawat di ruangan penyakit dalam. Hasil pengkajian: mengeluh pusing, nyeri sendi lutut kanan, merasa lemas, mengantuk, TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 64x/menit, capillary refill 4 detik. Apa masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?
- Nyeri Akut
 - Intoleransi Aktifitas
 - Penurunan Curah Jantung
 - Perfusi Perifer Tidak Efektif
 - Gangguan istirahat dan tidur
76. Perempuan, 61 tahun, sudah dua hari dirawat di ruangan penyakit dalam. Hasil pengkajian: terlihat kebiruan dan bengkak di tangan kanan, mengeluh nyeri pada tangan kanannya, skala nyeri 6, tampak meringis, merasa lemas, pusing, susah tidur, dan kurang nafsu makan, TD 150/100 mmHg, frekuensi nadi 140 x/menit, Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Nyeri Akut
 - Defisit Nutrisi
 - Intoleransi Aktifitas
 - Perfusi Perifer Tidak Efektif
 - Gangguan istirahat dan tidur
77. Laki-laki, 48 tahun, dirawat di ruang penyakit bedah dengan keluhan perut nyeri seperti diremas-remas. Pasien mengatakan mual-mual, muntah 2 kali warna hijau kehitaman dan tidak bisa BAB 5 hari. Hasil pemeriksaan: TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37°C, distensi

abdomen, peristaltik 3 x/menit, dan hasil USG menunjukkan illeus obstruktif. Apa tindakan utama yang dikakukan pada kasus tersebut?

- a. Berikan kompres hangat
- b. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
- c. Dekompreksi usus dengan pemasangan *Naso Gastrik Tube* (NGT)
- d. Berikan makanan lunak dan cairan yang cukup supaya tidak dehidrasi
- e. Lakukan lavement atau huknah dengan menggunakan air hangat dan gliserin

78. Laki-laki, 35 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan nyeri pada tempat penusukan jarum infus di hari ke 4 pemasangan. Hasil pengkajian: TD 130 mmHg, frekuensi nadi 82 x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 38°C, tampak bengkak dan merah di area pemasangan kateter infus, cairan infus tidak menetes. Pasien mendapatkan terapi cairan D5% dan RL 2:1. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Mencabut kateter infus
- b. Memberikan salep antiinflamasi
- c. Memberikan kompres dingin dan massase
- d. Menghentikan tetesan infus untuk sementara
- e. Membatasi aktifitas tangan yang terpasang infus

79. Laki- laki, 46 tahun, dirawat di ruang saraf dengan diagnosis stroke non hemoragik. Menurut keluarga, pasien muntah 2 kali saat di rumah dan memiliki riwayat hipercolesterolemia 1 tahun yang lalu. Hasil pemeriksaan: kesadaran koma, TD 190/110 mmHg, frekuensi nadi 59 x/menit, suhu 37°C, SPO₂ 85%, pola napas ireguler, dan respon pupil melambat. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Defisit nutrisi
- b. Gangguan rasa nyaman
- c. Gangguan mobilitas fisik
- d. Gangguan pertukaran gas
- e. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

80. Perempuan, 50 tahun, dengan stroke sudah 5 hari dirawat di rumah sakit. Pasien mengeluh lemas pada kaki dan tangan kanan. Hasil pengkajian: kesadaran CM, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah kanan 0, kiri atas dan bawah 5, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 22x/menit, dan suhu 38°C. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- a. Risiko cedera
- b. Defisit perawatan diri
- c. Gangguan mobilitas fisik
- d. Gangguan komunikasi verbal
- e. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

81. Laki-laki, 60 tahun, dengan AMI dirawat di rumah sakit. Pasien mengeluh nyeri dada dan menjalar sampai ke leher, punggung, dan lengan. Hasil pengkajian: TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 24 x/menit, dan suhu 36,8°C. Apa tindakan mandiri perawat pada kasus tersebut?

- a. Istirahat cukup
 - b. Memasang oksigen 2 liter/menit
 - c. Mengajari teknik napas dalam
 - d. Memberikan obat analgesik oral
 - e. Memberikan obat emetik pada pasien.
82. Laki-laki, 35 tahun, diagnosis Encephalitis. Pasien dirawat di rumah sakit dengan keluhan pusing dan terasa nyeri dengan skala 8. Hasil pemeriksaan: meringis dan gelisah, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 125 x/menit, frekuensi napas 26 x/menit, dan suhu 39°C. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Nyeri akut
 - b. Hipertermi
 - c. Nyeri kronis
 - d. Gangguan perfusi perifer
 - e. Risiko perfusi serebral tidak efektif
83. Perempuan, 38 tahun, hari pertama postoperasi histerektomy, dirawat di ruang bedah. Pasien terbangun jam 03.00 pagi dan tidak bisa tidur lagi. Pasien mengeluh sakit pada jahitan dan takut untuk bergerak miring kiri/kanan. Pasien mendapatkan obat anti nyeri terakhir jam 10 malam. Hasil pemeriksaan: TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 16x/menit, dan suhu 37,5°C. Manakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Memberikan obat anti nyeri agar cepat tidur
 - b. Mengajak ngobrol cerita tentang perjalanan operasinya.
 - c. Membantu merubah posisi, memijat punggung dan memberikan obat anti nyeri
 - d. Memberikan minum susu hangat dan makanan ringan untuk merangsang kantuk
 - e. Menjelaskan keadaan luka operasi, mendiskusikan cara mengurangi nyeri pada jahitan operasi
84. Laki-laki, 34 tahun, dirawat di ruang bedah untuk persiapan operasi pemasangan *plate and screw tibia dextra*. Pada pasien dilakukan pemasangan kateter urine (*Foley chateter*) dengan status urinarius normal. Setelah pelumasan slang kateter dengan *jelly*, kateter dimasukan dengan mudah dan tanpa hambatan, urin terlihat keluar di dalam selang *urine bag*. Apakah tindakan yang dilakukan perawat selanjutnya?
- a. Menekan pubis pasien dengan lembut
 - b. Menyambungkan kateter ke kantung urin
 - c. Menggembungkan balon dengan NaCl 0,9 %
 - d. Memfiksasi kateter dengan penis menghadap keatas
 - e. Meneruskan pemasukan kateter sampai percabangannya
85. Laki-laki, 55 tahun, datang ke rumah sakit dengan keluhan badan lemas sejak 2 hari yang lalu. Pasien mengatakan nafsu makannya meningkat, sering merasa haus, dan sering kencing di malam hari. Hasil pemeriksaan: Berat Badan sebelum

sakit 65 kg dan sesudah sakit 45 kg, mukosa mulut kering, turgor kulit: kembali dalam waktu 5 detik, wajah meringis, punya riwayat DM, TD 130/85 mmHg, frekuensi nadi 60 x/menit, suhu 38°C, dan glukosa darah sesaat 90 mg/dl. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- a. Nyeri akut
 - b. Intoleransi aktivitas
 - c. Kerusakan intergritas kulit
 - d. Gangguan pola tidur
 - e. Risiko ketidakseimbangan cairan
86. Laki-laki, 32 tahun, dirawat di rumah sakit dengan luka bakar. Hasil pemeriksaan: luka bakar di perut, alat kelamin, kedua paha sampai lutut. Perawat menghitung luas luka bakar dengan menggunakan *rules of nine*. Berapa persen luas luka bakar pada kasus tersebut?
- a. 20%
 - b. 23,5%
 - c. 26%
 - d. 28%
 - e. 37%

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

1. C. Menarik kateter hingga tertahan

Fokus pada tindakan terakhir yang sudah dilakukan yaitu melakukan fiksasi dengan menggunakan aqua 10 ml.

- a. Duk bokong seharusnya sudah terpasang di awal.
- b. Memfiksasi dengan plester dilakukan jika pemasangan kateter fix sudah selesai.
- c. Opsi C merupakan jawaban yang tepat. Menarik kateter dilakukan untuk memastikan bahwa kateter yang dipasang sudah terfiksasi pada posisi yang benar.
- d. Penis diangkat tegak lurus dilakukan diawal, pada saat akan memasukan kateter urin yang bertujuan untuk meluruskan lubang uretra.
- e. Mengambil specimen dilakukan setelah urin keluar dari kateter.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP pemasangan kateter.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI

2. D. Memasukkan kanul kedalam rectum melalui anus

Fokus pada tindakan terakhir yang sudah dilakukan yaitu meninggikan tabung huknah, memasang kanul rekti dan mengolesi dengan jelly.

- a. Mencuci tangan merupakan tindakan yang harus dilakukan sebelum dan sesudah bekerja
- b. Mengatur posisi klien sim dilakukan setelah menjaga privasi pasien
- c. Memasang perlak dan pengalas dilakukan setelah mengatur posisi berbaring pasien dengan posisi sim.
- d. Opsi D adalah jawaban yang tepat karena setelah diolesi jelly maka tindakan selanjutnya yang dilakukan adalah memasukkan kanul ke dalam rektum melalui lubang anus sedalam 7,5 cm-10 cm setelah itu baru memasukkan cairan enema/huknah.
- e. Mengisi irigasi dengan cairan dilakukan sebelum mengatur ketinggan tabung huknah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP pemberian huknah/Enema.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI

3. C. Mengaspirasi cairan yang ada di balon

Fokus pada tindakan pelepasan kateter dan prosedur pertama yang harus dilakukan perawat.

- a. Mencabut selang perlahan dilakukan setelah cairan penahan yang ada di balon kateter dikeluarkan.
- b. Melepas selang dari kantung urin dapat dilakukan setelah kateter dilepaskan dari penis dan akan dibuang. Jika dilepas lebih awal maka urin akan keluar dan tidak tertampung pada kantung urin.
- c. Opsi C merupakan jawaban yang benar. Mengaspirasi cairan yang ada di balon merupakan tindakan pertama yang harus dilakukan untuk menghilangkan tahanan pada selang kateter agar bisa dicabut keluar.
- d. Meminta pasien menarik napas dalam dilakukan pada saat kateter akan ditarik keluar dari penis untuk mengurangi sensasi nyeri di sepanjang uretra.
- e. Menarik kateter walaupun masih ada tahanan bukanlah tindakan yang tepat karena jika dipaksakan untuk dilepas ketika masih ada tahanan maka akan mengakibatkan rupture pada uretra.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP pelepasan kateter urine.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

4. A. Mempertahankan kelancaran irigasi kateter

Fokus pada Post-op Transurethral Resection of the Prostate (TURP) 6 jam yang lalu dengan irigasi kandung kemih.

- a. Pasien post-op TURP pada hari pertama dengan irigasi kandung kemih, luaran urin masih warna merah dan masih ada thrombus maka harus selalu diperhatikan kelancaran selang kateternya untuk menghindari sumbatan karena thrombus.
- b. Bukan jawaban yang tepat, rasional post op 6 jam yang lalu kateter sudah di bersihkan di ruang operasi (OK).
- c. Pemberian terapi non farmakologis dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri, akan tetapi pasien post operasi 6 jam dengan skala nyerinya minimal masih dapat dipengaruhi dengan obat-obatan yang diberikan post operasi.
- d. Memenuhi kebutuhan sehari hari dapat dilakukan dengan bantuan keluarga karena pasien masih dalam tahap pemulihan, jadi ini bukan tindakan prioritas.
- e. Membatasi aktivitas hanya perlu dilakukan jika pasien masih belum sadar penuh sesaat setelah operasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep post operasi TURP pada pasien BPH dengan irigasi kandung kemih.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

5. E. Melakukan kolaborasi pemasangan kateter

Fokus pada retensio urine, tidak dapat bak, distensi kandung kemih, nyeri tekan suprapubik, tampak gelisah dan berkeringat dingin.

- a. Mengatur semifowler merupakan tindakan untuk mengatasi masalah napas bukan masalah saluran kemih.
- b. Mengobservasi urine output dapat dilakukan pada kasus ini tapi untuk pengkajian tanpa menghilangkan penyebab timbulnya gejala pada kasus tersebut, sehingga ini bukan merupakan prioritas tindakan utama.
- c. Memberikan minum air putih hanya akan menambah luaran dari urine yang akan ditampung di kandung kemih sehingga akan menambah distensi kandung kemih pada pasien tersebut.
- d. Memberikan teknik relaksasi hanya akan membantu sementara tapi tidak menghilangkan penyebab dan akan memperparah keadaan jika distensi kandung kemih tidak ditangani segera, sehingga ini bukan merupakan tindakan prioritas.
- e. Opsi merupakan jawaban yang tepat. Dengan mengkolaborasikan pemasangan kateter maka dapat membantu mengeluarkan urine sehingga menghilangkan distensi kandung kemih dan nyeri tekan pada suprapubic. Hal ini akan membantu pasien menjadi lebih tenang.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep pasien dengan.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

6. E. Meminta pasien menahan cairan sampai benar-benar ingin BAB

Fokus pada data: Saat ini perawat sudah selesai memasukkan kanul dan cairan pada rektum pasien.

- a. Memakai handscoon dan mencuci tangan dilakukan jika tindakan sudah benar-benar selesai.
- b. Bukan irrigator yang diolesi jeli tetapi kanulnya dan ini dilakukan diawal tindakan tepatnya sebelum memasukkan kanul dan cairan kedalam rektum.
- c. Memberseskan alat-alat dan dokumentasi hasil dilakukan terakhir sekali, setelah semua rangkaian SOP selesai dengan mencatat BAB yang dikeluarkan.
- d. Membantu pasien BAB di tempat tidur atau dikamar mandi dilakukan setelah pasien benar-benar mulas dan timbul keinginan untuk BAB
- e. Opsi E merupakan jawaban yang tepat, untuk membuat cairan bekerja dengan maksimal maka dibutuhkan waktu beberapa menit agar faeses menjadi benar-benar lunak dan bisa dikeluarkan secara maksimal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP pemberian huknah rendah.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

7. B. Pola napas tidak efektif

Focus pada hasil pengkajian sesak napas, dada terasa nyeri, terdapat retraksi dinding dada, frekuensi napas 30x/menit.

- a. Opsi a bukan jawaban yang tepat meskipun frekuensi napas meningkat namun data terkait bersihan jalan napas tidak mendukung seperti luaran sputum.
- b. Opsi b merupakan jawaban yang tepat karena adanya sesak akan membuat napas pasien mengkompensasi melalui perubahan pola napasnya ditandai dengan ada retraksi dinding dada yang menunjukkan bahwa pasien sudah menggunakan otot bantu napas.
- c. Risiko tinggi infeksi bukan jawaban yang tepat.
- d. Intoleransi aktivitas bukan jawaban yang tepat.
- e. Opsi e bukan jawaban yang tepat, meskipun ada data nyeri namun nyeri yang terjadi pada pasien tersebut akibat kerja dari otot napas pasien yang bertambah untuk mengatasi penurunan asupan oksigen yang ditandai dengan gejala sesak napas, dan retraksi dinding dada. Jika sesak teratasi maka nyeri dadanya pun dapat teratasi secara perlahan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penegakan diagnosis untuk askep TB paru, jika 80% data mayor ada maka diagnosis dapat ditegakkan.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

8. B. Gangguan mobilitas fisik

Fokus pada data sakit saat melakukan aktifitas berjalan dan bergerak sejak 3 hari yang lalu. Persendian pada lutut dan jari kaki tampak bengkak.

- a. Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis danae atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi atau ligament). Data mayor dan minor untuk kerusakan integritas kulit tidak mendukung pada kasus tersebut.
- b. Opsi B merupakan jawaban yang tepat. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Dari hasil pengkajian terdapat beberapa data mayor dan minor seperti sakit saat berjalan dan bergerak, persendian lutut dan jari kaki tampak bengkak. Hal ini mengakibatkan keterbatasan pergerakan dari pasien.
- c. Gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social. Data mayor dan minor tidak ada untuk diagnosis ini pada kasus tersebut.
- d. Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari, diagnosis ini ditegakkan jika berkaitan dengan kekurangan asupan ATP dalam tubuh sehingga energy tidak mencukupi untuk melakukan aktifitas.

- e. Risiko jatuh merupakan keadaan yang berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh, meskipun faktor risiko ada, tetapi opsi B lebih mendukung pada data mayor dan minornya untuk menjadi diagnosis utama.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penegakan diagnosis gangguan mobilitas fisik untuk sistem muskuloskletal, jika 80% data mayor ada maka diagnosis dapat ditegakkan.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.

9. A. Bersihan jalan napas tidak efektif

Fokus pada data sesak napas, batuk berdahak kental dan susah dikeluarkan, ada suara ronchi, frekuensi napas 28x/menit.

- a. Opsi A merupakan jawaban yang tepat. Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidak mampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas paten. Pada kasus tersebut untuk data mayor dan minor mendukung penegakan diagnosis karena peningkatan frekuensi napas dan sesak yang dirasakan pasien akibat ada sumbatan jalan napas berupa dahak kental. Jika sirkulasi napas terhambat maka pertukaran CO₂ dan O₂ pun terhambat sehingga terjadi penumpukan karbondioksida di jaringan yang akan menyebabkan pasien merasa cepat lelah.
- b. Gangguan pertukaran gas merupakan kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus. Untuk menegakkan diagnosis ini dibutuhkan data yang lebih spesifik lagi seperti pemeriksaan PCO₂ dan PO₂ serta tanda-tanda kekurangan O₂ di jaringan perifer sehingga diagnosis tidak tepat untuk kasus tersebut.
- c. Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Diagnosis ini dapat ditegakkan pada kasus tersebut, tetapi bukan merupakan diagnosis utama karena kebutuhan yang lebih prioritas adalah mencukupi respirasinya terlebih dahulu sehingga dapat mengatasi intoleransi pada aktifitas.
- d. Defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Pada kasus tersebut data yang mendukung untuk menegakkan diagnosis ini tidak terpenuhi (BB dan porsi makan sehari). Kemungkinan yang menyebabkan mual dan nafsu makan menurun adalah penumpukan dahak di saluran napas sehingga membuat saluran bersama dalam menelan tidak bersih dan membuat pasien merasa mual.
- e. Hipertemia merupakan peningkatan suhu tubuh diatas rentang normal. Suhu pasien tersebut sudah diatas rentang normal 37°C tetapi ini belum masuk kedalam febris atau demam sehingga diagnosis hipertermi masih belum bisa di tegakkan sebagai diagnosis utama.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penegakan diagnosis pada sistem respirasi dengan TBC, jika 80% data mayor ada maka diagnosis dapat ditegakkan.

Referensi: PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI

10. D. 113,3 mmHg

Fokus untuk penghitungan TD di arteri menggunakan hasil pengukuran TD yaitu TD 150/95 mmHg.

- a. Opsi a tidak sesuai dengan rumus.
- b. Opsi b tidak sesuai dengan rumus.
- c. Opsi c tidak sesuai dengan rumus.
- d. Opsi D pilihan yang tepat, rumus perhitungan MAP adalah $(2 \times \text{Diastolik}) + \text{sistolik}$ kemudian dibagi 3. Dari perhitungan didapatkan $(2 \times 95) + 150$ kemudian bagi 3 adalah 113,3 mmHg.
- e. Opsi E tidak sesuai dengan rumus.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus penghitungan *Mean Arterial Pressure (MAP)*.

Referensi: Brunner & Suddarth. (2015). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12 volume 1. Jakarta: EGC

11. D. Evaluasi karakteristik dan skala nyeri

Intervensi keperawatan kategori observasi menurut SIKI

Menurut SIKI, manajemen nyeri akut, tindakan yang diberikan dikelompokkan dalam kategori observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi, Maka kategori masing-masing option sebagai berikut:

- a. Rawat luka secara steril (kategori terapeutik)
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri (kategori edukasi)
- c. Berikan obat analgetik sesuai program (kategori terapeutik)
- d. Evaluasi karakteristik dan skala nyeri (kategori observasi)
- e. Berikan teknik imajinasi terbimbing (kategori terapeutik)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan nyeri akut dan tindakan pada intervensi keperawatan utama *manajemen nyeri*.

Referensi: PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

12. C. Gangguan pertukaran gas

Terdapat PaO₂ yang menurun dan PCO₂ yang meningkat

Pertanyaan soal adalah masalah keperawatan prioritas yang terjadi pada kasus.

- a. Bersihkan jalan napas tidak efektif, masalah terjadi tapi bukan masalah prioritas
- b. Gangguan ventilasi spontan, masalah kurang didukung oleh data, pasien masih bernapas secara spontan
- c. Gangguan pertukaran gas, masalah terjadi, didukung oleh data dan prioritas untuk ditangani segera
- d. Pola napas tidak efektif, masalah terjadi namun bukan masalah prioritas pada kasus
- e. Risiko aspirasi, masalah tidak didukung oleh data pada kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan respirasi beserta kriteria mayor dan minor berdasarkan SDKI.

Referensi: PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

13. A. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas akibat penurunan curah jantung dan suplai oksigen

Pertanyaan soal adalah masalah keperawatan prioritas pada kasus.

- a. Intoleransi aktivitas, masalah terjadi akibat penurunan curah jantung sehingga suplai oksigen menurun, didukung oleh data dan merupakan masalah keperawatan prioritas dan mengganggu aktivitas pasien
- b. Pola napas tidak efektif, masalah tidak terjadi pada kasus dan tidak ada data pendukung
- c. Gangguan sirkulasi spontan, masalah tidak terjadi pada kasus, sirkulasi pasien masih spontan.
- d. Risiko ketidakseimbangan cairan, masalah terjadi, namun data pendukung kurang lengkap dan bukan masalah keperawatan prioritas
- e. Perfusi jaringan perifer tidak efektif, masalah tidak didukung oleh data yang lengkap sehingga tidak dapat ditegakkan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan yang berhubungan dengan gagal jantung beserta kriteria mayor dan minor berdasarkan SDKI.

Referensi: PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Leonard, S.L. (2010). Patofisiologi Penyakit Jantung: Kolaborasi Mahasiswa dan Dosen. Jakarta: Medik

14. D. Kolaborasi pemberian cairan parenteral

Intervensi keperawatan manajemen hipovolemia pada masalah keperawatan hypovolemia

Pertanyaan soal adalah intervensi keperawatan prioritas. Maka intervensi keperawatan harus mengacu pada masalah keperawatan prioritas. Masalah

keperawatan prioritas pada kasus adalah hypovolemia. Sehingga intervensinya adalah manajemen hypovolemia menurut SIKI pada pasien penurunan kesadaran.

- a. Berikan oralit, tindakan ini tidak bisa dilakukan pada pasien penurunan kesadaran
- b. Berikan obat diare per oral, tindakan ini tidak bisa diberikan pada pasien penurunan kesadaran
- c. Monitor tanda-tanda dehidrasi, tindakan ini harus dilakukan pada pasien hipovolemia, namun bukan tindakan prioritas
- d. Kolaborasi pemberian cairan parenteral, merupakan tindakan prioritas pada pasien hipovolemia dengan penurunan kesadaran yang membutuhkan tindakan emergensi.
- e. Kolaborasi pemberian obat anti emetika, dapat dilakukan melalui parenteral, namun bukan tindakan prioritas pada kasus tersebut.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda-tanda hypovolemia dan intervensi manajemen cairan pada masalah keperawatan hipovolemia pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

Referensi: Morton, P.G et.al. (2017). Keperawatan Kritis. Jakarta: EGC.

Sue, E.H and S.E, Kathrin, J.M. (2019). Buku Ajar Patofisiologi, 6th ed. Jakarta: Elsivier

15. C. Memasang elektroda V4

Prosedur pemeriksaan EKG

Urutan pemasangan elektrode pada dada diawali dengan pemasangan electrode V1 dan V2. Selanjutnya pemasangan elektrode V4. Adapun pemasangan electrode V3 dilakukan setelah pemasangan elektrode V4 yaitu diantara V2 dan V4. Setelah itu baru dilanjutkan pemasangan elektrode V5 dan V6.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SPO pemeriksaan EKG.

Referensi: Malcom, S.T. (2022). Satu satunya Buku EKG yang anda perlukan. Jakarta: EGC

16. B. Derajat 2

Derajat *pitting* edema

Menentukan derajat edema berdasarkan kedalaman dan waktu kembali ke konsisi semula:

Derajat 1: kedalamannya 2 mm, dengan waktu kembali 3 detik

Derajat 2: kedalamannya 3-4 mm dengan waktu kembali kurang dari 15 detik

Derajat 3: kedalamannya 5-6 mm, dengan waktu kembali lebih 15-60 detik.

Derajat 4: kedalamannya 8 mm, dengan waktu kembali sampai 3 menit.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda oedema, derajat cirri dan tingkatannya

Referensi: Singh. A. (2023) Pitting Edema, What Is It, Causes, Grading, Diagnosis, Treatment, and More.
<https://www.osmosis.org/answers/pitting-edema>

17. B. Kekuatan otot 2

Skala kekuatan otot

0	0%	Kontraksi otot tidak terdeteksi (paralisis sempurna)
1	10%	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat
2	25%	Gerakan otot penuh melawan gravitasi, dengan topangan
3	50%	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75%	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100%	Kekuatan otot normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan penuh

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian skala kekuatan otot.

Referensi: Hartanto, Y. (2023). Skala Kekuatan Otot 1-5, Cara Mengukurnya dan Penilaiannya. <https://www.akarsari.com/pendidikan/2059509743/skala-kekuatan-otot-1-5-cara-mengukurnya-dan-penilaiannya>

18. A. Mengidentifikasi perdarahan di bawah kulit

Pemeriksaan *rumple leed* pada DBD

Rumble leed test adalah pemeriksaan klinis sederhana yang direkomendasikan WHO untuk skrining awal pasien DBD. Pemeriksaan digunakan sebagai prediktor aktivitas hemostasis platelet, mengukur tingkat kerapuhan kapiler, serta untuk mengevaluasi adanya penurunan jumlah platelet dan fungsinya. Jadi test ini merupakan upaya profokasi terhadap terjadinya perdarahan bawah kulit sebagai dampak dari rapuhnya pembuluh darah dan menurunnya fungsi trombosit akibat infeksi virus dengue. Bentuk perdarahannya adalah ptekie atau bercak perdarahan di bawah kulit.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tujuan pemeriksaan rumple leed pada DBD.

Referensi: Norlijah O, Khamisah AN, Kamarul A, Paeds M, Mangalam S. (2006). Repeated tourniquet testing as a diagnostic tool in dengue infection. Med J Malaysia. 61(1):22-7.

Varela D, Tran D, Ngamdu KS, Trullender B, Mukherjee D, Abbas A. (2016). Rumpel-Leede phenomenon presenting as a hypertensive urgency. Proc (Bayl Univ Med Cent). 29(2):200-1

19. D. Gas darah arteri**Pemeriksaan penunjang laboratorium pada ketoasidosis**

Pasien DM pada kasus mengalami komplikasi suspect ketoasidosis, sehingga dibutuh pemeriksaan untuk memastikannya kondisi asidosis yaitu melalui pemeriksaan gas darah arteri dari hasil PH, HCO₃-

Pada option:

- a. Test widal: untuk menegakkan diagnosis penyakit Thyroid
- b. Pemeriksaan faal hati: antara lain SGOT, SGPT, bilirubin untuk mengetahui fungsi hati.
- c. Feses lengkap: antara lain memeriksa adanya darah dalam feses, cacing, serat, biakan kuman dll.
- d. Gas darah arteri: untuk mengetahui keseimbangan asam basa dan penyebabnya, saturasi oksigen dan tekanannya.
- e. Kadar cholesterol: untuk mengetahui kadar lemak darah yang terdiri LDL, HDL, kolesterol total.

20. B. Melakukan aspirasi**Injeksi intravena, perawat telah memasukkan jarum ke vena pasien**

- a. tidak sesuai SOP
- b. Karena sebelum memasukan obat, harus dipastikan jarum masuk ke pembuluh darah vena dengan cara melakukan aspirasi dengan sputit.
- c. tidak sesuai SOP
- d. tidak sesuai SOP
- e. tidak sesuai SOP

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SPO pemberian obat intravena.

Referensi: PPNI (2021) Pedoman SPO Keperawatan, Jakarta; PPNI

21. E. Mencuci luka dengan sabun luka dan NaCl 0.9%**Perawatan luka diabetic, tindakan setelah membuka balutan.**

- a. *tidak sesuai SOP*
- b. *tidak sesuai SOP*
- c. *tidak sesuai SOP*
- d. *tidak sesuai SOP*
- e. Tahap awal perawatan luka adalah mencuci luka sampai bersih menggunakan sabun pencuci luka dan dilanjutkan dengan NaCl 0.9%, setelah itu baru dilakukan tindakan debridemen

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SPO perawatan luka diabetik.

Referensi: PPNI (2021) Pedoman SPO Keperawatan, Jakarta; PPNI

22. C. 36%

Luas luka bakar berdasarkan *the rule of nine*.

- a. *Tidak sesuai hasil penghitungan*
- b. *Tidak sesuai hasil penghitungan*
- c. Perhitungan luas luka bakar; pada area dada 9%, abdomen 9%, kedua paha 18% total berjumlah 36%.
- d. *Tidak sesuai hasil penghitungan*
- e. *Tidak sesuai hasil penghitungan*

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali cara pengkajian luas luka bakar berdasarkan the rule of nine.

Referensi: Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2001). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC

23. A.Coma

Tingkat kesadaran, tidak berespon terhadap stimulus nyeri

- a. Pasien tidak berespon terhadap stimulus nyeri, skor GCS 3, tingkat kesadaran coma.
- b. *Skor GCS 12-13*
- c. *Skor GCS 10-11*
- d. *Skor GCS 7-9*
- e. *Skor GCS 4-6*

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali cara pengkajian tingkat kesadaran.

Referensi: Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2001). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC

24. A. Gangguan mobilitas fisik

Masalah keperawatan mobilisasi fisik

- a. Keluhan utamanya adalah tidak bisa berjalan dan hal ini membuat pasien tidak percaya diri dan mengalami gangguan citra tubuh, Jadi solusi utamanya bagaimana bisa memperbaiki kemampuan
- b. *Menjadi prioritas kedua, ketika gangguan mobilitas fisik teratasit citra tubuh akan eningkat*
- c. *Masalah ini tidak didukung hasil pengkajian*
- d. *Masalah ini tidak didukung hasil pengkajian*
- e. *Masalah ini tidak didukung hasil pengkajian*

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan mobilisasi fisik.

Referensi: DPP PPNI (2018) Standar Nasional Diagnosis Keperawatan, Jakarta: PPNI

25. A. Memberikan *informed consent*

***Informed consent* adalah tindakan utama yang harus dilakukan Ketika pasien akan dilakukan tindakan pembedahan.**

- a. Sebelum melakukan tindakan yang memerlukan keputusan dari pasien dan keluarga harus dilakukan pemberian informasi yang jelas sehingga pasien dan keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat. Namun perlu diingat bahwa *Informed consent* tindakan pembedahan adalah kewajiban operator bedah, bukan Perawat.
- b. *Bukan tindakan prioritas perawat dalam kasus tersebut*
- c. *Bukan tindakan prioritas perawat dalam kasus tersebut*
- d. *Bukan tindakan prioritas perawat dalam kasus tersebut*
- e. *Bukan tindakan prioritas perawat dalam kasus tersebut*

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali diagnosis keperawatan yang berkaitan dengan mobilisasi fisik.

Referensi: Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2001). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC

26. A. Kebutuhan cairan terpenuhi

Dehidrasi, hiperglikemia, tujuan pemberian cairan

- a. Pemberian cairan parenteral RL 35 tetes/menit bertujuan untuk mengatasi dehidrasi pada pasien akibat hiperglikemia yang menyebabkan kehilangan cairan melalui urine.
- b. *Nilai hematokrit sebagai prosentase sel darah terhadap pasma*
- c. *Dalam kasus tersebut pemberian cairan tidak terkait pemenuhan nutrisi*
- d. *Tidak terkait korelasi*
- e. *Tidak terkait rasional*

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tujuan pemberian cairan pada pasien diabetes yang mengalami dehidrasi.

Referensi: DPP PPNI (2018) Standar Luaran Keperawatn Indonesia. Jakarta: PPNI

27. E. Mengatur dosis dan mengalirkan O2

Prosedur pemberian oksigen, tindakan setelah memasng nasal kanul.

- a. *tidak sesuai SOP*
- b. *tidak sesuai SOP*
- c. *tidak sesuai SOP*
- d. *tidak sesuai SOP*

- e. Setelah memasang nasal kanul langkah selanjutnya adalah mengatur dosis dan mengalirkan oksigen ketubuh pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SPO pemberian oksigen memalui nasal kanul.

Referensi: PPNI. (2021) Pedoman SPO Keperawatan, Jakarta: PPNI

28. C. Autonomy

Prinsip etik, melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan

- a. *Prinsip selalu menepati janji*
- b. *Prinsip bersikap adil terhadap semua pasien*
- c. Konseling harus dilakukan dan keputusan tentang pemeriksaan yang dilakukan diambil oleh pasien dan keluarga atas dasar pemahaman yang benar sebagai hak otonomi pasien.
- d. *Melakukan yang terbaik untuk pasien*
- e. *Menjaga kerahasiaan pasien*

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik.

Referensi: Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2001). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Ediitor Monica Ester. Jakarta. EGC

29. A. Efek ke depan gagal jantung kiri

Lelah, TTV, dan Produksi urin, gagal jantung

Gambaran klinis gagal jantung sering dipisahkan menjadi efek ke depan (forward) atau efek ke belakang (backward), dengan sisi kanan atau kiri jantung sebagai titik awal serangan. Efek ke depan dianggap "hilir" dari miokardium yang melemah. Efek ke belakang dianggap "hulu" dari miokardium yang melemah.

Efek ke depan gagal jantung kiri

- Penurunan TD sistemik.
- Kelelahan.
- Peningkatan kecepatan denyut jantung.
- Penurunan pengeluaran urine.
- Ekspansi volume plasma.

Efek samping diuretik

- Pusing
- Sakit kepala
- Mulut kering
- Kram perut
- Kram otot
- Sembelit atau konstipasi
- Diare
- Peningkatan kadar asam urat
- Penyakit asam urat

- Peningkatan kadar GD (hiperglikemia)
- Peningkatan kadar kolesterol dalam darah
- Impotensi
- Ketidakseimbangan elektrolit, termasuk kalium, natrium, klorida, atau magnesium

Efek ke depan gagal jantung kanan

- Penurunan aliran darah paru.
- Penurunan oksigenasi darah.
- Kelelahan.
- Penurunan TD sistemik (akibat penurunan pengisian jantung kiri), dan semua tanda gagal gagal jantung kiri.

Efek ke belakang gagal jantung kiri

- Peningkatan kongesti paru, terutama sewaktu berbaring.
- Dispnu (sesak napas).
- Apabila keadaan memburuk, terjadi gagal jantung kanan.

Efek ke belakang gagal jantung kanan

- Peningkatan penimbunan darah dalam vena, edema pergelangan kaki dan tungkai.
- Distensi vena jugularis.
- Hepatomegali dan splenomegali.

Mahasiswa memahami tentang gagal jantung: pengertian, jenis dan tandanya, komplikasi gagal jantung.

Referensi: Corwin, E. J. (2009). Buku Saku Patofisiologi. Jakarta: EGC.

30. C. Penurunan curah jantung

Suara jantung, sirkulasi darah, sesak napas

Hipervolemia

Subjektif: Oropnea, dispnea, paroxysmal nocturnal dyspnea.

Objektif: Edema anasarca dan/ atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, jugular venous pressure (JVP) dan/ atau Central Venous Pressure meningkat, refleks hepatojugular positif, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/ Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output (balans cairan positif), kongesti paru.

Pola napas tidak efektif

Subjektif: Dispnea dan oropnea

Objektif: Penggunaan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang, dan pola napas abnormal.

Penurunan curah jantung

Subjektif: Palpitasi, Lelah, dispnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, oropnea, batuk, cemas, gelisah.

Objektif : Bradikardi/ takikardi, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi, edema, distensi vena jugularis, central venous pressure meningkat/ menurun, hepatomegali, TD meningkat/ menurun, frekuensi nadi perifer teraba lemah, capillary refill time > 3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan/ atau sianosis,

terdengar suara jantung S3 dan/ atau S4, ejection fraction menurun, murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun, systemic vascular resistance meningkat/ menurun, stroke volume index menurun.

Gangguan pertukaran gas

Subjektif: Dispnea, pusing, penglihatan kabur.

Objektif: PCO₂ meningkat/ menurun, PO₂ menurun, takikardi, pH arteri meningkat/ menurun, bunyi napas tambahan, sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/ lambat, reguler/ ireguler, dalam/ dangkal), warna kulit abnormal (mis., pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif: Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).

Objektif: Pengisian kapiler > 3detik, frekuensi nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Hipervolemia

Definisi: Hypervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstitial dan/atau intravaskuler

Penyebab: gangguan mekanisme regulasi, gangguan aliran balik vena, efek farmakologi

Tanda gejala

Subjektif: Orthopnea, dispnea, paroxysmal nocturnal dyspnea.

Objektif: Edema anasarca dan/ atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, jugular venous pressure (JVP) dan/ atau Central Venous Pressure meningkat, refleks hepatojugular positif, distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali, kadar Hb/ Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dari output (balans cairan positif), kongesti paru.

Pola napas tidak efektif

Definisi: Inspirasi dan / atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat, sehingga pasien mengalami kesulitan bernapas.

Penyebab: sindroma ventilasi, posisi tubuh menghambat ekspansi paru, depresi pusat penapasan, efek farmakologi

Tanda gejala

Subjektif: Dispnea dan orthopnea

Objektif: Penggunaan otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang, dan pola napas abnormal.

Penurunan curah jantung

Definisi: ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab: perubahan irama dan frekuensi jantung, perubahan kontraktilitas, perubahan preload dan afterload.

Tanda gejala

Subjektif: Palpitasi, Lelah, dispnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, orthopnea, batuk, cemas, gelisah.

Objektif : Bradikardi/ takikardi, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi, edema, distensi vena jugularis, central venous pressure meningkat/ menurun, hepatomegali, TD meningkat/ menurun, frekuensi nadi perifer teraba lemah, capillary refill time > 3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan/ atau sianosis, terdengar suara jantung S3 dan/ atau S4, ejection fraction menurun, murmur jantung, berat badan bertambah, pulmonary artery wedge pressure (PAWP) menurun, systemic vascular resistance meningkat/ menurun, stroke volume index menurun.

Gangguan pertukaran gas

Definisi: kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eleminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler

Penyebab: ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membrane alveolus-kapiler

Tanda gejala

Subjektif: Dispnea, pusing, penglihatan kabur.

Objektif: PCO₂ meningkat/ menurun, PO₂ menurun, takikardi, pH arteri meningkat/ menurun, bunyi napas tambahan, sianosis, diaforesis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/ lambat, reguler/ ireguler, dalam/ dangkal), warna kulit abnormal (mis., pucat, kebiruan), kesadaran menurun.

Perfusi perifer tidak efektif

Definisi: penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab: hiperglikemia, Hb turun, TD meningkat, kekurangan volume cairan, penurunan aliran arteri dan atau vena

Tanda gejala

Subjektif: Parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).

Objektif: Pengisian kapiler > 3detik, frekuensi nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Mahasiswa mampu membedakan tanda gejala, penyebab dan kriteria dari setiap masalah keperawatan di SKDI.

Referensi: PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

31. C. Inferior jantung

AMI, gambaran EKG

- Septal jantung, jika mengenai sadapan V1 dan V2
- Lateral jantung, jika mengenai sadapan I, aVL, V5 dan V6
- Inferior, jika mengenai sadapan II, III, dan aVF
- Anterior jantung, jika mengenai sadapan V2 s/d V4
- Posterior jantung, jika mengenai sadapan V1 s/d V4

Mahasiswa memahami pengertian, tanda gejala AMI, memahami EKG dasar.

Referensi: Black J.M., Hawks J.H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan (3-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.

32. E. Meningkatnya kontraktilitas jantung

Gagal jantung, obat digitalis

- a. Menurunnya volume plasma dengan golongan diuretik
- b. Berkurangnya kebutuhan jantung dengan mengurangi aktifitas fisik dan menurunkan penggunaan energi tubuh, atau dengan terapi oksigen
- c. Berkurangnya afterload dan preload dengan nitroglycerin
Umumnya bersifat vasodilatasi sehingga terjadi preload, namun bisa menyebabkan relaksasi arteole, sehingga menyebabkan afterload
- d. Menurunnya afterload dan preload (sama C)
- e. Meningkatnya kontraktilitas dengan Digitalis (digoksin) bekerja langsung pada serabut otot jantung untuk meningkatkan kekuatan setiap kontraksi tanpa bergantung panjang serabut otot. Hal ini akan menyebabkan peningkatan curah jantung sehingga volume dan peregangan ruang ventrikel berkurang. Obat digitalis adalah obat golongan yang mempunyai efek khusus terhadap otot jantung yaitu memperuat kontraksi oto jantung.

Mahasiswa memahami obat-obat emergensi digitalis.

Referensi: Black J.M., Hawks J.H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan (3-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.

33. E. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

GD puasa 180 mg/dl

- Keletihan. Jika terkait kondisi klinis anemia, kanker, hipotiroid/ hipertiroid, AIDS, depresi, menopause.
- Risiko syok. Tidak ada faktor risiko dan belum ada data balans cairan.
- Hipovolemia. TD dan frekuensi nadi masih dalam kategori normal.
- Intoleransi aktivitas. Tidak ada data terkait frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat.
- Gejala dan tanda mayor dan minor pada kasus tersebut, baik subjektif maupun obektif menunjukkan pasien mengalami masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SDKI ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Referensi: PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

34. A. Frekuensi nadi teraba lemah**Hypovolemia, DM**

Tanda dan gejala hypovolemia sesuai kriteria di SDKI baik mayor maupun minor
Hypovolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intravaskuler

Tanda: frekuensi nadi meningkat, frekuensi nadi teraba lemah, TD turun, turgor kulit menyempit, volume urin menurun, hematokrit meningkat.
Mahasiswa memahami tanda-tanda hipovolemia.

Referensi: PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

35. C. PaCO₂ 40 mmHg**Asma, harga normal Analisa gas darah, indicator oksigen tubuh terpenuhi**

Mahasiswa memahami harga normal Analisa gas darah

- pH 7,50. Normalnya antara 7,35 hingga 7,45 \Rightarrow alkalis
- PaO₂ 60 mmHg. Harusnya > 60 mmHg \Rightarrow <60 hipoksia, Normal 60-95
- Termasuk gejala dan tanda mayor gangguan pertukaran gas adalah PaCO₂ mengalami penurunan (PaCO₂ 40mmHg) \Rightarrow alkalis respiratorik (normal 35 – 45)
- Berkurangnya mengi saat inspirasi. Pada Asma terjadi pada saat ekspirasi (tidak homogen)
- Berkurangnya batuk kering yang produktif (tidak homogen)

Option jawaban tidak homogen sehingga membingungkan dalam menjawab dan kurang sesuai antara masalah kep, Tindakan, dan indicator yg diarahkan

Mahasiswa memahami konsep asma dan hasil Analisa gas darah.

Referensi: Black J.M., Hawks J.H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan (3-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.

36. E. Risiko perfusi miokard tidak efektif**Sindrom koroner akut, hipertensi, dan diabetes melitus, merokok, kurang gerak, berat badan 75 kg, tinggi badan 140 cm, TD 140/90 mmHg, kadar kolesterol total 245 mg/dl, glukosa darah sewaktu 210 mg/dl.**

- Berat badan lebih: ada data berat badan 75 kg, tinggi badan 140 cm tetapi tidak didukung data yang lain.
- Penurunan curah jantung: ada data TD 140/90 mmHg tetapi tidak didukung data yang lain.
- Perfusi perifer tidak efektif. Ada data kadar kolesterol total 245 mg/dl kadar kolesterol total 245 mg/dl tetapi tidak didukung data yang lain.
- Ketidakstabilan glukosa darah: ada data glukosa darah sewaktu 210 mg/dl tetapi tidak didukung data yang lain.

- Data yang terdapat pada kasus tersebut merupakan kumpulan faktor risiko perfusi miokard tidak efektif

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SDKI risiko perfusi miokard tidak efektif.

Referensi: Referensi: PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

37. B. Gangguan ventilasi spontan

Asma, gangguan ventilasi spontan

- Gangguan pertukaran gas. Belum ada data pH darah.
- Gejala dan tanda mayor serta minor baik subjektif maupun objektif menunjukkan pasien mengalami masalah keperawatan gangguan ventilasi spontan.
- Gangguan penyajian ventilator. Pasien tidak menggunakan ventilator mekanik.
- Bersihkan jalan napas tidak efektif. Tidak data batuk tidak efektif dan sputum yang berlebih.
- Risiko perfusi cerebral tidak efektif. Belum ada data yang memandai untuk adanya peningkatan tekanan intracranial

Mahasiswa memahami SDKI dan konsep Asma.

Referensi: PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

38. C. Kekurangan Volume Cairan

DM, turgor kering, cafillary refill > 2 detik

- a. Risiko tinggi nutrisi: kurang dari kebutuhan; bukan jawaban yang tepat, karena diperlukan data lain seperti penurunan berat badan, nilai IMT, dll
- b. Perubahan perfusi jaringan perifer; bukan jawaban yang tepat karena Hb 10 mg/dl masih dalam batas toleransi oksigenasi
- c. Kekurangan volume cairan; jawaban yang tepat karena didukung data: sering muntah, turgor kulit kering, suhu 38°C
- d. Gangguan integritas kulit; bukan jawaban yang tepat karena hanya ada data turgor kulit kering
- e. Intoleransi aktifitas; bukan jawaban yang tepat karena harus didukung data lain secara subjektif seperti mudah lelah/cepat capek, dll

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kebutuhan cairan pada klien DM.

Referensi: Lemone, P, Burke, M.K. (2019). Medical surgical nursing clincal reasoning in patient care. New Jersey: Prentice Hall-Inc Publishing.Inc;

Nuraini, dkk. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Sistem Endokrin. Jakarta: Nuansa Fajar Cemerlang.

**39. D. Polipagia
DM, polipagia**

- a. Malaise; bukan jawaban yang tepat karena hanya ada satu data tentang kelelahan
- b. Poliuria; bukan jawaban yang tepat karena tidak ada data pendukung lain, sering BAK, volume urin lebih banyak
- c. Polidipsia; bukan jawaban yang tepat karena tidak ada data pendukung lain untuk banyak minum, seperti frekuensi dan volume air minum
- d. Polipagia; jawaban yang tepat karena ada data pendukung lain, yaitu sehari makan bisa 4 – 5 kali, porsi makan banyak, berat badan turun terus
- e. Hiperglikemi; bukan jawaban yang tepat karena hanya ada data hasil GDS 320 mg/dl

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala Diabetes Mellitus.

Referensi: Lemone,P, Burke,M.K. (2019). Medical surgical nursing clinical reasoning in patient care. New Jersey:Prentice Hall-Inc Publishing.Inc;

Nuraini, dkk. (2023).Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Sistem Endokrin. Jakarta : Nuansa Fajar Cemerlang.

**40. A. Risiko perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan
DM , nutrisi, insulin**

- a. Risiko perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan; jawaban yang tepat karena insulin membantu nutrient menembus membran semipermeabel masuk ke dalam sel tubuh.
- b. Gangguan rasa nyaman : mual; bukan jawaban yang tepat karena insulin tidak menyebabkan mual
- c. Kekurangan volume cairan; bukan jawaban yang tepat karena dehidrasi tidak dapat diatasi dengan pemberian insulin
- d. Gangguan integritas kulit; bukan jawaban yang tepat karena tidak ada data pendukung lain seperti warna luka, kedalaman luka, dsb.
- e. e.Hiperglikemi; bukan jawaban yang tepat karena hanya ada data hasil GDS 360 mg/dl

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali fungsi insulin.

Referensi: Lemone,P, Burke,M.K. (2019). Medical surgical nursing clinical reasoning in patient care. New Jersey:Prentice Hall-Inc Publishing.Inc;

Nuraini, dkk. (2023).Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Sistem Endokrin. Jakarta : Nuansa Fajar Cemerlang.

**41. E. Edukasi tentang pola makan klien DM
DM, obat anti diabet, edukasi**

- a. Cek GDS tiap 6 jam; bukan jawaban yang tepat karena kondisi klien stabil, hasil GDS dibawah 300 mg/dl
- b. Ajarkan cara minum obat oral; bukan jawaban yang tepat karena ada hal lain yang lebih penting, yaitu pola makan klien DM yang menggunakan OAD
- c. Monitor tanda-tanda vital tiap jam ; bukan jawaban yang tepat karena tidak ada data kegawatan
- d. Anjurkan klien berolahraga tiap hari; bukan jawaban yang tepat karena tidak ada data pendukung lain.
- e. Edukasi tentang pola makan klien DM; jawaban yang tepat karena klien yang menggunakan OAD perlu dibekali pengetahuan ttg pola makan, apalagi klien tersebut memiliki persepsi yang kurang tepat tentang pola makan untuk menurunkan kadar GDnya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penatalaksanaan klien DM, khususnya pola makan klien DM.

Referensi: Lemone,P, Burke,M.K. (2019). Medical surgical nursing clincal reasoning in patient care. New Jersey:Prentice Hall-Inc Publishing.Inc;

Nuraini, dkk. (2023).Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Sistem Endokrin. Jakarta : Nuansa Fajar Cemerlang.

42. C. 13,5%

Presentase Luka Bakar, Rule of Nine

- a. 4,5 %; bukan jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%
- b. 9 % ; bukan jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%
- c. 13,5 %; jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%
- d. 18 % ; bukan jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%
- e. 22,5 % ; bukan jawaban yang tepat karena prosentase luka bakar dari siku sampai pergelangan tangan = 4,5 % ditambah seluruh bagian dada = 9 % sehingga totalnya 13,5%

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penghitungan prosentase luka bakar berdasarkan rumus Rule of Nine.

Referensi: Lemone,P, Burke,M.K. (2019). Medical surgical nursing clincal reasoning in patient care. New Jersey:Prentice Hall-Inc Publishing.Inc;

43. E. 2500 cc**Luka Bakar, resusitasi cairan, metode Baxter**

- Metode baxter : RL 4 cc x Kg BB x % luka bakar. Pemberian dihitung sejak kejadian
- $4 \text{ cc} \times 50 \text{ kg} \times 25 \% = 5000 \text{ cc}$ (abaikan satuan); untuk 24 jam pertama
- Pemberian :
 - 8 jam pertama = $50 \% = 1/2 \times 5000 = 2500 \text{ cc}$
 - 8 jam kedua = $25 \% = 1/4 \times 5000 = 1250 \text{ cc}$
- $8 \text{ jam ketiga} = 25 \% = 1/4 \times 5000 = 1250 \text{ cc}$

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penghitungan resusitasi cairan dengan metode BAXTER.

Lemone,P, Burke,M.K. (2019). Medical surgical nursing clincal reasoning in patient care. New Jersey:Prentice Hall-Inc Publishing.Inc;

44. A. Kaji pola makan**Nyeri ulu hati, pola makan**

- a. Kaji pola makan; jawaban yang tepat karena nyeri ulu hati setelah makan berkaitan erat dengan pola makan.
- b. Kaji tingkat nyeri; jawaban kurang tepat karena yang lebih utama adalah menggali data tentang penyebab masalah, yaitu pola makan
- c. Ukur tingkat stres; jawaban kurang tepat karena yang lebih utama adalah menggali data tentang penyebab masalah, yaitu pola makan
- d. Observasi aktifitas; jawaban kurang tepat karena yang lebih utama adalah menggali data tentang penyebab masalah, yaitu pola makan
- e. Periksa TD; jawaban kurang tepat karena TD klien masih dalam batas normal

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian pada gangguan sistem pencernaan.

Referensi: Lemone,P, Burke,M.K. (2019). Medical surgical nursing clincal reasoning in patient care. New Jersey: Prentice Hall-Inc Publishing.Inc;

Ida Farida, dkk. (2023). Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Jakarta; Nuasa Fajar Cemerlang.

45. A. Pola makan yang sehat

Pada Soal “Bagian ulu hati terasa sakit, sebaiknya disamakan dengan kata kunci Nyeri ulu hati.

- a. Pola makan yang sehat; ; jawaban yang tepat karena nyeriuluhati setelah makan berkaitan erat dengan pola makan
- b. Cara mengurangi nyeri; ; jawaban yang kurang tepat karenanyeri ulu hati setelah makan berkaitan erat dengan pola makan
- c. Diet dengan obat-obatan; jawaban yang kurang tepat karena tidak ada

- data pendukung lain seperti riwayat konsumsi obat diet
- Fisiologi sistem pencernaan; jawaban yang kurang tepat karena fisiologi sistem pencernaan terlalu luas materinya, sedangkan nyeri ulu hati setelah makan berkaitan erat dengan pola makan
 - Cara mengukur berat badan ideal; jawaban yang kurang tepat karena berat badan bukan prioritas masalah

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian pada gangguan sistem pencernaan.

Referensi: Lemone,P, Burke,M.K. (2019). Medical surgical nursing clinical reasoning in patient care. New Jersey: Prentice Hall-Inc Publishing.Inc;

Ida Farida, dkk. (2023). Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Jakarta; Nuasa Fajar Cemerlang.

46. B. Nyeri akut

Nyeri di bagian jahitan post operasi, skala 7, tampak gelisah, meringis dan memegang area nyeri, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit.

- tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai ansietas
- tepat, karena pasien mengalami nyeri, banyak data yang berkaitan dengan nyeri
- tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai risiko infeksi
- tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai hambatan mobilitas fisik
- tidak tepat, karena tidak ada data mengenai kerusakan integritas kulit

Pada kasus terdapat data mayor dan minor untuk masalah nyeri akut, yaitu: nyeri di bagian jahitan post operasi, skala 7, tampak gelisah, meringis dan memegang area nyeri

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala mayor dan minor masalah keperawatan nyeri akut.

Referensi: PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI

47. D. Manajemen nutrisi

Pasien mengeluh mual dan muntah, tidak nafsu makan, porsi makan tidak pernah habis, serta BB menurun 20% dari sebelumnya, ditegakkan diagnosis defisit nutrisi sehingga rencana tindakan yaitu manajemen nutrisi.

- tidak tepat, karena tidak ada data mengenai masalah keperawatan fatique
- tidak tepat, karena data mengenai mual hanya 1 data
- tidak tepat, karena bukan masalah keperawatan nyeri
- sangat tepat, karena masalah keperawatan yang dialami pasien yaitu defisit nutrisi
- tidak tepat, karena tidak ada data mengenai hipovolemia

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rencana tindakan pada masalah keperawatan defisit nutrisi.

Referensi: PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.

48. A. Mengatur posisi semi fowler/fowler

Perawat menyiapkan alat dan bahan tindakan, mencuci tangan dengan 6 langkah, mengidentifikasi kemampuan batuk.

- a. tepat, karena setelah identifikasi kemampuan batuk
- b. tidak tepat, karena dilakukan setelah mengatur posisi
- c. tidak tepat, karena dilakukan selama 2 detik
- d. tidak tepat, karena dilakukan setelah dilakukan tarik napas
- e. tidak tepat, karena dilakukan setelah menghembuskan napas

Tambahkan pembahasan tahapan dari prosedur melatih batuk efektif

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur melatih batuk efektif pada pasien.

Referensi: PPNI. (2021). Standar Operasional Prosedur. Jakarta: PPNI.

49. D. Perilaku gelisah

Hasil pengkajian : tampak gelisah, tegang, palpitas, bingung, selalu menanyakan penyakit, obat anti nyeri dan prosedur operasinya, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi napas22x/menit.

- a. tidak tepat, karena bukan masalah keperawatan pola napas tidak efektif
- b. tidak tepat, karena bukan masalah keperawatan nyeri
- c. tidak tepat, karena bukan masalah keperawatan defisit cairan
- d. tepat, karena pasien memiliki masalah keperawatan ansietas
- e. tidak tepat, karena bukan masalah keperawatan inteloransi aktivitas

Pada kasus terdapat tanda mayor dan minor dari ansietas yaitu: tampak gelisah, tegang, palpitas, bingung, selalu menanyakan penyakit, obat anti nyeri dan prosedur operasinya, terdapat peningkatan TD dan frekuensi napas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala mayor dan minor masalah keperawatan ansietas.

Referensi: PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.

50. C. Mengatur posisi semi fowler

Dispnea, penggunaan otot bantu napas, suara napas ronchi, frekuensi napas24x/menit, irama cepat dan dangkal sehingga masalah keperawatan yang ditegakkan pola napas tidak efektif.

- a. tidak tepat, karena tindakan sudah dilakukan
- b. tidak tepat, karena tindakan yang tidak sesuai dengan kondisi pasien
- c. tepat, karena tindakan mandiri keperawatan sesuai dengan kondisi pasien
- d. tidak tepat, karena tindakan kolaborasi keperawatan sesuai dengan kondisi pasien
- e. tidak tepat, karena tindakan mandiri keperawatan namun tidak sesuai dengan kondisi pasien

Masalah keperawatan utama yang ditegakkan pada kasus yaitu pola napas tidak efektif. Tindakan keperawatan mandiri yang dapat dilakukan yaitu memonitor frekuensi napas dan memberikan posisi semi fowler.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang implementasi mandiri pada masalah keperawatan pola napas tidak efektif.

Referensi: PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.

51. C. Veracity

Perawat menyampaikan dengan jelas kondisi yang sebenarnya.

- a. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- b. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- c. tepat, karena perawat menyampaikan dengan jelas yang merupakan prinsip etik veracity
- d. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- e. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus

Justice: bersikap adil kepada semua pasien

Fidelity: selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga

Veracity: jujur kepada pasien dan keluarga

Autonomy: menghormati hak pasien

Non-maleficence: tidak merugikan pasien dan keluarga

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi: Amelia, Nindy. 2013. Prinsip Etika Keperawatan. Yogyakarta: D-Medika

52. D. Autonomy

Menanyakan persetujuan tindakan EKG yang akan dilakukan pada pasien.

- a. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- b. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- c. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- d. tepat, karena sesuai dengan prinsip etik otonomy
- e. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus

Justice: bersikap adil kepada semua pasien

Fidelity: selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga

Veracity: jujur kepada pasien dan keluarga

Autonomy: menghormati hak pasien

Non-maleficence: tidak merugikan pasien dan keluarga

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etika keperawatan.

Referensi: Amelia, Nindy. 2013. Prinsip Etika Keperawatan. Yogyakarta: D-Medika

53. E. Bersihkan jalan napas tidak efektif

Frekuensi napasmeningkat, suara napas wheezing, batuk berdahak sulit dikeluarkan sehingga pasien mengalami sputum berlebihan yang menyebabkan jalan napas tidak efektif.

- a. tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai masalah hipertermi
- b. tidak tepat, karena tidak ada data masalah intoleransi aktifitas
- c. tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai pola napas tidak efektif
- d. tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai gangguan pertukaran gas
- e. tepat, karena pasien mengalami sumbatan pada jalan napas, banyak data yang berkaitan dengan bersihkan jalan napas tidak efektif

Pada kasus terdapat data mayor dan minor untuk masalah keperawatan bersihkan jalan napas tidak efektif yaitu frekuensi napasmeningkat, suara napas wheezing, batuk berdahak sulit dikeluarkan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala mayor dan minor masalah keperawatan bersihkan jalan napas tidak efektif.

Referensi: PPNI.2017.Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta : PPNI

54. A. Mengecek aliran oksigen

Nasal kanul disambungkan ke flowmeter

- a. tepat, karena setelah nasal kanul disambungkan ke flowmeter
- b. tidak tepat, karena dilakukan saat sesudah mencuci tangan
- c. tidak tepat, karena peralatan belum selesai
- d. tidak tepat, karena dilakukan saat awal tindakan
- e. tidak tepat, karena dilakukan jika aliran oksigen sudah ada

Tambahkan langkah prosedur pemasangan oksigen nasal kanul

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur pemasangan oksigenasi dengan nasal kanul.

Referensi: PPNI. (2021). Standar Operasional Prosedur. Jakarta: PPNI

55. B. Memposisikan semi fowler

Dispnea, penggunaan otot bantu napas, suara napas vesikuler, sesak napas saat posisi telentang, frekuensi napas 28x/menit.

- a. tepat, karena merupakan tindakan mandiri perawat yang tepat dan utama dilakukan pada pasien dispnea agar dapat meningkatkan ekspansi dada pasien sehingga dapat mengurangi dispnea pasien
- b. tidak tepat, karena merupakan tindakan kolaborasi
- c. tidak tepat, karena bukan tindakan yang sesuai dengan kasus
- d. tidak tepat, karena merupakan tindakan kolaborasi
- e. tidak tepat, karena merupakan tindakan lanjutan

Pada kasus terdapat data mayor dan data minor untuk masalah keperawatan pola napas tidak efektif yaitu dispnea, penggunaan otot bantu napas, suara napas vesikuler, sesak napas saat posisi telentang, frekuensi napas meningkat. Tindakan keperawatan mandiri yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu memberikan posisi semi fowler.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan keperawatan mandiri pada pasien yang mengalami gangguan napas.

Referensi: PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.

56. B. Fisiotherapi dada

Fokus pada data batuk berdahak kental dan sulit dikeluarkan, suara ronchi serta tindakan mandiri keperawatan.

- a. Terapi inhalasi adalah pemberian obat yang dilakukan secara inhalasi (hirupan) kedalam saluran respiratorik atau saluran napas. Tindakan ini bukan tindakan mandiri keperawatan.
- b. Fisioterapi dada merupakan tindakan mandiri perawat yang bertujuan untuk memudahkan pengeluaran secret dari jalan napas dengan melakukan teknik clapping (menepuk-nepuk), vibrasi dan postural drainage.
- c. Posisi semifowler adalah posisi tidur 45 derajat untuk mengurangi sesak pada pasien respirasi, dari keluhan pasien tidak mengatakan sesak.
- d. Pemberian oksigen bukan merupakan tindakan mandiri keperawatan karena harus berdasarkan kolaborasi dengan tim medis, pasien tidak mengatakan sesak jadi pemberian oksigen masih belum dibutuhkan.
- e. Pemberian nebulizer, nebulizer merupakan alat yang digunakan untuk tindakan inhalasi. tindakan ini bukan tindakan mandiri keperawatan karena membutuhkan komposisi obat yang akan digunakan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan respirasi.

Referensi: Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2005), Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott.

57. C. Memberikan terapi nebulizer

Fokus pada data sesak napas, retraksi dinding dada, suara wheezing serta tindakan kolaborasi yang dimaksud dalam pertanyaan.

- a. Memberikan terapi suction merupakan tindakan mandiri keperawatan untuk mengeluarkan secret dari saluran napas dengan menggunakan alat suction.
- b. Memberikan fisioterapi dada merupakan tindakan mandiri keperawatan untuk mengelurakan dahak yang sulit dikeluarkan dari saluran napas.
- c. Memberikan terapi nebulizer adalah terapi pemberian obat dengan cara menghirup larutan obat yang sudah diubah menjadi gas yang berbentuk seperti asap dengan bantuan alat yang disebut nebulizer. Tindakan ini merupakan tindakan kolaboratif karena dosis obat, jenis obat serta komposisi campuran obatnya diberikan berdasarkan hasil kolaborasi dengan tim medis.
- d. Memberikan posisi semifowler merupakan tindakan mandiri keperawatan dengan meninggikan posisi tidur pasien 45°.
- e. Memberikan terapi napas dalam merupakan tindakan mendiri keperawatan untuk membantu mengurangi sesak pada pasien dengan gangguan napas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan respirasi.

Referensi: Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2005), Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott.

58. C. Intoleransi aktifitas

Fokus pada keluhan, nyeri otot, lelah saat beraktifitas dan telah tirah baring 8 hari, widal S Typhi O 1/160, S.Typhi H positif 1/80.

- a. Keletihan merupakan penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat. intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan ini dengan membantu klien beradaptasi dengan kondisi yang dialaminya, serta kondisi klinis terkait dengan masalah ini bukan karena *typhoid fever*.
- b. Defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Pada kasus tersebut data yang didapatkan hanya ada nafsu makan mulai menurun tanpa disertai seberapa banyak asupan yang diberikan, jadi kita belum dapat mengatakan bahwa pasien mengalami deficit nutrisi.
- c. Intoleransi aktifitas dapat terjadi pada pasien dengan typhoid fever karena adanya penyebaran kuman ke saluran limfatisik dan sirkulasi darah sistemik sehingga menyebabkan bakteremia yang kemudian akan menyerang semua organ termasuk ke muskuloskletal sehingga menimbulkan kelemahan fisik, nyeri otot, penurunan turgor, malaise. Intoleransi aktifitas

- difokuskan untuk meningkatkan toleransi dan daya tahan beraktifitas klien.
- d. Risiko defisiensi nutrisi merupakan kondisi yang berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
 - e. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Kondisi klinis yang berkaitan biasanya berhubungan dengan gangguan sistem muskuloskeletal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan typhoid fever dan intoleransi aktifitas.

Referensi: Muttaqim, A., dan Sari, K. 2011. Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Salemba Medika.

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi I. Jakarta: DPP PPNI.

59. D. Risiko tinggi terhadap infeksi

Fokus pada HIV/AIDS, badan terasa lemas, mudah lelah, lesi di rongga mulut, lab B20 reaktif.

- a. Defisiensi nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Pada kasus tersebut data yang tersedia untuk nutrisi hanya mual, hal ini bisa berasal dari efek pengobatan untuk pasien HIV. Nutrisi pada kasus tersebut bukan merupakan masalah utama pasien dengan HIV/AIDS.
- b. Gangguan citra tubuh merupakan perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu. Data dalam kasus tersebut tidak ada yang mendukung penegakan diagnosis keperawatan baik data mayor ataupun minor
- c. Gangguan identitas diri merupakan ketidakmampuan mempertahankan keutuhan persepsi terhadap identitas diri. pada kasus tersebut berdasarkan data yang tersedia belum mendukung untuk penegakan diagnosis keperawatan ini.
- d. Risiko tinggi terhadap infeksi: berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pasien dengan HIV/ B20 positif dapat terjadi penurunan respon imun pada tubuhnya sehingga akan mudah terkena penyakit infeksi yang berasal dari lingkungan sekitarnya.
- e. Bersihkan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Pada kasus tersebut pasien hanya mengalami batuk tidak dirinci apakah batuk tersebut berdahak atau tidak serta frekuensi napas masih dalam batas normal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan HIV/AIDS.

Referensi: Haryanto, R. dan Utami, MPS. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 2. Jakarta: PT. Pustaka Baru Press.

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi I. Jakarta: DPP PPNI.

60. A. Mengatur ruangan redup dan tenang

Mulut tertutup rapat, kejang bila mendapatkan rangsangan.

- a. Pasien dengan tetanus akan terjadi spasme atau kejang yang dapat dipicu oleh kejadian kecil seperti suara keras, sentuhan fisik atau cahaya
- b. Mengatur ruangan yang terang dapat memicu terjadinya spasme atau kejang pada pasien tetanus
- c. Pemberian oksigen dengan nasal 5 liter per menit tidak dapat mencegah kejang tapi dapat mencegah terjadinya kematian jaringan pada saat terjadi kejang.
- d. Meminta kelurga yang menunggu memonitor kejang bukan merupakan tindakan yang tepat sebagai pencegahan.
- e. Memberikan pnkes tentang penyebab kejang dapat membantu mendukung memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarga tapi bukan merupakan tindakan utama dalam pencegahan kejang.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Tetanus.

Referensi: Haryanto, R. dan Utami, MPS. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 2. Jakarta: PT. Pustaka Baru Press.

61. A. Risiko infeksi

Fokus pada perasaan panas, gatal pada daerah operasi, suhu 37,4° C, luka jahitan masih tampak basah dan kemerahan.

- a. Risiko infeksi merupakan risiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada pasien post operasi dapat berisiko karena adanya daerah luka yang dapat menjadi pintu masuknya kuman. Tanda-tanda infeksi adalah tumor, rubor, kolor, dolor dan fungsiolaesa yang sebagian sudah tampak pada kasus diatas.
- b. Gangguan citra tubuh merupakan perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu, dalam kasus tersebut tidak terdapat data untuk menunjang masalah tersebut.
- c. Gangguan rasa nyaman merupakan perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social. Diagnosis ini ditegakkan apabila rasa tidak nyaman muncul tanpa ada cedera jaringan.
- d. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Kondisi klinis pasien

mengalami gangguan muskuloskeletal tapi bukan merupakan masalah prioritas pada kondisi pasien tersebut.

- e. Risiko Intoleransi aktifitas merupakan kondisi yang mengalami ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. pada kasus tersebut pasien mengalami gangguan muskuloskeletal tapi bukan merupakan masalah prioritas pada saat ini.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan muskulo skeletal.

Referensi: Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2005), Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott.

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi I. Jakarta: DPP PPNI.

62. A. Ikterus

Fokus pada diagnosis hepatitis, ditandai dengan icterus.

- a. Ikterus merupakan suatu kondisi yang sering ditemukan pada pasien dengan konsentrasi bilirubin dalam darah yang mengalami peningkatan lebih dari 2-2,5mg/dl sehingga sklera dan kulit akan berubah warna menjadi kuning atau kuning kehijauan. Peningkatan kadar bilirubin serum dan gejala ikterus dapat terjadi akibat gangguan pada ambilan hepatic, konjugasi bilirubin atau ekskresi bilirubin ke dalam sistem bilier salah satunya pada penyakit hepatitis.
- b. Anemis adalah suatu kondisi yang tampak pucat terutama dapat dilihat di sklera mata dan ujung-ujung ekstermitas, dialami karena Hb kurang dari normal.
- c. Sianosis adalah kondisi yang dapat diamati pada jari tangan, kuku, bibir, daun telinga yang berubah menjadi kebiruan karena kurangnya oksigen dalam darah.
- d. Nekrosis adalah kondisi kerusakan pada sel-sel tubuh sehingga mengakibatkan kematian sel maupun jaringan tersebut.
- e. Iskhemik adalah kondisi ketika aliran darah menuju organ atau jaringan tertentu tidak tercukupi karena pembuluh darah mengalami gangguan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan muskulo skeletal.

Referensi: Muttaqim, A., dan Sari, K. 2011. Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Salemba Medika.

63. B. Memberikan nutrisi parenteral

Fokus pada penurunan kesadaran dengan GCS 8.

- a. Pada kasus tersebut tidak terjadi perdarahan jadi tujuan pemasangan NGT untuk mengeluarkan perdarahan lambung kurang tepat.

- b. Pemberian NGT pada pasien dengan penurunan kesadaran bertujuan untuk memberikan nutrisi karena pasien sudah tidak mendapat asupan secara oral.
- c. Pemasangan NGT dengan tujuan bilas lambung dilakukan apabila terjadi kondisi seperti keracunan baik makanan atau zat kimia tertentu.
- d. Sebagai terapi profilaksis adalah salah satu terapi yang ditujukan untuk mencegah penyakit bertambah parah, ini bukan merupakan tujuan dari pemasangan NGT pada kasus tersebut.
- e. Dekompresi lambung dimaksudkan untuk mempercepat kembalinya fungsi usus, mengurangi risiko kebocoran anastomosis, meningkatkan kenyamanan pasien, contoh pada kondisi post operasi abdomen.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur tindakan NGT.

Referensi: Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2005), Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott.

64. A. Risiko syok

Fokus pada tanda vital yang sudah terjadi perubahan dan penurunan kesadaran.

- a. Risiko syok merupakan risiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa. Kondisi pasien masuk ke dalam syok anafilaksis yang disebabkan oleh reaksi alergi akibat terpajan zat atau bahan tertentu, dengan tanda-tanda penurunan kesadaran dan tanda-tanda vital abnormal.
- b. Risiko alergi merupakan kondisi berisiko mengalami stimulasi imunitas yang berlebihan akibat terpapar allergen. Pada kasus tersebut sudah terjadi reaksi alergi dan berlanjut ke kondisi yang lebih parah yaitu syok.
- c. Risiko infeksi merupakan kondisi risiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada kasus tersebut pasien tidak sedang mengalami infeksi.
- d. Risiko perdarahan merupakan kondisi risiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh). Pada kasus tersebut tidak ada tanda-tanda perdarahan.
- e. Risiko hypovolemia merupakan kondisi risiko mengalami penurunan volume cairan intravakular, interstisial dana tau intraselular akibat kehilangan cairan yang banyak, misal diare, muntah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang syok anafilaksis.

Referensi: Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2005), Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott.

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi I. Jakarta: DPP PPNI.

65. A. Nyeri akut

Klien mengeluh sakit kepala, tampak memegangi kepala, ekspresi meringis dan gelisah, TD 140/90mmHg.

- a. Tepat, karena terdapat banyak terdapat tanda dan gejala masalah keperawatan nyeri akut,
- b. Tidak tepat, karena tidak ada data yang menyatakan masalah keperawatan hipertermia
- c. Tidak tepat, karena tidak ada data yang menyatakan masalah keperawatan defisit nutrisi
- d. Tidak tepat, karena tidak ada data yang menyatakan masalah keperawatan intoleransi aktifitas
- e. Tidak tepat, karena tidak ada data yang menyatakan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan. Perhatikan kembali data mayor minor yang menunjang masalah keperawatan.

Referensi: PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta : PPNI

66. E. Bersihan jalan napas tidak efektif

Pasien mengeluh sesak, batuk berdahak sulit dikeluarkan, tampak gelisah dan suara napas whezing, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas25x/menit.

- a. Tidak tepat, karena tidak ada data yang menyatakan masalah keperawatan defisit nutrisi
- b. Tidak tepat, karena tidak ada data yang menyatakan masalah keperawatan intoleransi aktifitas
- c. Tidak tepat, karena tidak ada data yang menyatakan masalah keperawatan pola napas tidak efektif
- d. Tidak tepat, karena tidak ada data yang menyatakan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas
- e. Tepat, karena terdapat banyak terdapat tanda dan gejala masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif yaitu pasien mengeluh sesak, batuk berdahak sulit dikeluarkan, tampak gelisah dan suara napas whezing, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas25x/menit

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data mayor minor masalah keperawatan dan mempelajari perbedaan pola napas tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif dan gangguan pertukaran gas.

Referensi: PPNI.2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta : PPNI

67. C. Autonomy

Perawat memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga mengenai pengambilan keputusan.

- a. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- b. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- c. tepat, karena sesuai dengan prinsip etik autonomy (Menghargai keputusan pasien): Prinsip ini didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri
- d. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- e. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Manggara, Aris, dkk. (2021). Etika Keperawatan Buku Praktis Menjadi Perawat Professional. Indramayu : Adab

68. B. Melakukan aspirasi

Perawat telah menentukan vena yang akan disuntik dan menusukkan jarum ke pembuluh darah vena.

- a. tidak tepat, karena dilakukan jika sudah ada darah
- b. tepat, karena setelah menusukkan jarum ke pembuluh darah vena yaitu melakukan aspirasi, pada tahapan prosedur berikut :
Tahapan prosedur injeksi intravena
 - Menentukan vena yang akan disuntik
 - Melakukan pembendungan vena dengan torniket
 - Mendesinfeksi area vena
 - Menusukkan jarum ke pembuluh darah vena
 - Melakukan aspirasi
 - Jika sudah ada darah, membuka torniket
 - Memasukkan obat ke dalam vena
 - Mencabut jarum suntik
- c. tidak tepat, karena dilakukan pada tahapan terakhir
- d. tidak tepat, karena dilakukan sebelum menusukkan jarum ke pembuluh darah vena
- e. tidak tepat, karena dilakukan setelah membuka torniket

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur pemberian obat melalui intra vena.

Referensi: PPNI. 2021. Standar Operasional Prosedur. Jakarta : PPNI

69. A. Skala nyeri berkurang

Pasien mengeluh nyeri pinggang saat bergerak, tampak gelisah dan memegang area nyeri.

- a. tepat, karena pasien memiliki masalah keperawatan nyeri akut
- b. tidak tepat, karena bukan merupakan kriteria hasil prioritas
- c. tidak tepat, karena bukan masalah keperawatan gangguan pola tidur

- d. tidak tepat, karena bukan merupakan kriteria hasil prioritas
- e. tidak tepat, karena bukan merupakan kriteria hasil prioritas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara menegakkan diagnosis keperawatan dan menentukan kriteria hasil sesuai diagnosis keperawatan yang ditegakkan.

PPNI.2018.Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta : PPNI

70. C. Latih rentang pergerakan sendi pasif

Pasien mengeluh lemah, sulit mengerakkan kaki dan tangan kiri, aktivitas perlu bantuan keluarga, kekuatan otot menurun.

- a. tidak tepat, karena tidak sesuai dengan masalah keperawatan pasien
- b. tidak tepat, karena bukan masalah keperawatan prioritas pasien
- c. tepat, karena sesuai dengan masalah keperawatan pasien : gangguan mobilitas fisik
- d. tidak tepat, karena tidak sesuai dengan masalah keperawatan pasien
- e. tidak tepat, karena tidak sesuai dengan masalah keperawatan pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi keperawatan sesuai diagnosis keperawatan yang ditegakkan.

Referensi: PPNI.2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : PPNI

71. D. Memberi tanda pada area penyuntikan

Perawat datang ke pasien menjelaskan tujuan tindakan dan telah melakukan penyuntikan.

- a. tidak tepat, karena dilakukan saat awal tindakan
- b. tidak tepat, karena tidak ada dalam prosedur skin test
- c. tidak tepat, karena dilakukan pada tahap terakhir
- d. tepat, karena dilakukan setelah mencabut jarum suntik, sesuai dengan prosedur berikut :

Tahapan prosedur skintest

- mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan
- menyiapkan obat
- menentukan area yang akan disuntik
- mendesinfeksi area vena
- menusukkan jarum dan memasukkan obat ke dalam subkutan
- mencabut jarum suntik
- memberikan tanda pada area penyuntikan
- menanyakan reaksi obat yang disuntikkan

- e. tidak tepat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur melakukan skin test.

Referensi: PPNI. 2021. Standar Operasional Prosedur. Jakarta : PPNI

72. D. Pola napas tidak efektif

Pasien mengeluh sesak karena perutnya membesar, tampak gelisah, irama napas tidak teratur, tampak adanya pengunaan otot napas, frekuensi napas 25x/menit.

- a. Tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai masalah keperawatan defisit nutrisi
- b. Tidak tepat, karena tidak ada data mengenai masalah keperawatan risiko defisit cairan
- c. Tidak tepat, karena tidak ada data mengenai masalah keperawatan inteloransi aktifitas
- d. Tepat, karena banyak data mengenai pola napas tidak efektif yaitu pasien mengeluh sesak karena perutnya membesar, tampak gelisah, irama napas tidak teratur, tampak adanya pengunaan otot napas, frekuensi napas 25x/menit
- e. Tidak tepat, karena tidak ada data mengenai masalah keperawatan kelebihan volume cairan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan. Perhatikan kembali data mayor minor yang menunjang masalah keperawatan.

Referensi: PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta : PPNI

73. D. Beneficience

Sebelum melakukan tindakan, perawat mencuci tangan dan menggunakan handcsoon.

- a. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- b. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- c. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- d. tepat, karena perawat menerapkan prinsip etik beneficence yaitu Perawat melakukan hal yang baik sehingga dapat mencegah kesalahan atau keburukan pada pasien
- e. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Manggara, Aris, dkk. (2021). Etika Keperawatan Buku Praktis Menjadi Perawat Professional. Indramayu : Adab

74. A. Veracity

Perawat datang ke pasien menjelaskan dengan jujur kondisi yang dialami pasien.

- a. tepat, karena perawat menerapkan prinsip etik veracity yaitu perawat menyampaikan kebenaran pada klien. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif

- b. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- c. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- d. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus
- e. tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Manggara, Aris, dkk. (2021). Etika Keperawatan Buku Praktis Menjadi Perawat Professional. Indramayu : Adab

75. D. Perfusi Perifer Tidak Efektif

Peningkatan TD, frekuensi nadi lambat, capillary refil > 3 detik

D.0009 Perfusi Perifer Tidak Efektif.

Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab:

- Hiperglikemia
- Penurunan konsentrasi hemoglobin
- Peningkatan TD

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif :

- Pengisian kapiler >3 detik.
- Frekuensi nadi perifer menurun atau tidak teraba.
- Akral teraba dingin.
- Warga kulit pucat.
- Turgor kulit menurun.

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif :

- Parastesia.
- Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).

Referensi: PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

76. A. Nyeri Akut

Tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Nyeri Akut (D.0077)

Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lamat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.

Penyebab

- Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Objektif

- Tampak meringis

- Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

Referensi: PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI

77. C. Dekompresi usus dengan pemasangan *Naso Gastrik Tube (NGT)*

Muntah 2 kali warna hijau kehitaman dan tidak bisa BAB 5 hari, hasil USG menunjukkan illeus obstruktif.

- a. terjadi vasodilatasi, mengurangi rasa sakit, walaupun bisa merangsang untuk BAB, namun penyebab distensinya adalah isi lambung dan usus yang harus dikeluarkan
- b. hanya mengurangi rasa sakitnya, tidak mengeluarkan isi lambung dan usus
- c. pemberian makan akan menambah isi lambung semakin banyak, perut semakin distensi
- d. laveman hanya mengeluarkan isi dalam usus, sedangkan di dalam lambung masih ada

Muntah, belum BAB, perut distensi tanda illeus, prinsip isi perut harus dikeluarkan karena makanan basi tidak bisa dicerna.

Referensi: Smelzer and Bare (2000) Brunner and Suddarths's Text Book of Medical Surgical Nursing, 9th Edition, Philadelphia: JB. Lippincott Company

NANDA International Inc. (2014). *Nursing Diagnosiss: Definitions & Classifications 2015 - 2017*(10th ed.). Oxford, UK: Wiley Blackwell

78. A. Mencabut kateter infus

Hari ke-4 pemasangan pasien mengeluh nyeri pada tempat penusukan, terapi cairan D5% dan RL.

- a. Mencabut kateter infus, kemudian dipasang ditempat lain ini yang akan menyelesaikan masalah, kemudian bekas tusukan yang nyeri dan Bengkak diberi salep antibiotic untuk meredakan infeksi dan kompres untuk mengurangi nyeri
- b. Memberikan salep juga hanya untuk mengurangi nyeri saja tidak mengatasi timbulnya infeksi, padahal sudah 4 hari ada nyeri dan Bengkak artinya ada infeksi dan kemungkinan posisi jarum keluar dari vena (cairan menumpuk di ekstraseluler sehingga Bengkak)
- c. Memberikan kompres dan masase, hanya mengurangi nyeri, tetapi tidak mengatasi infeksi, padahal sudah hari ke 4, ada Bengkak dan nyeri
- d. Menghentikan infus hanya menghentikan aliran cairan infus saja dan tidak mengurangi infeksi, penggantian kateter infus 3 x 24 jam

- e. Membatasi aktifitas hanya mengurangi nyeri saat digerakkan, tidak mengatasi infeksi, karena sudah hari ke 4, ada nyeri dan Bengkak

Pemasangan infus hari ke 4, berarti sudah waktunya ganti tempat untuk mencegah insfeki.

Referensi: Makris, K., & Spanou, L. (2016). Acute Kidney Injury: Definition, Pathophysiology and Clinical Phenotypes. *The Clinical Biochemist Reviews*, 37(2), pp. 85-98.

Myhre, J., & Sifris, D. Verywell Health (2019). Symptoms of Acute Renal Failure.
—KTI: Askep gagal ginjal Akut, <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7733/4/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>

79. E. Penurunan kapasitas adaptif intracranial

Stroke non hemoragik, muntah, hipercolesterolemia, koma, TD 190/110 mmHg, frekuensi nadi 59 x/menit, respon pupil melambat.

- a. Memang terjadi gangguan mobilisasi, tetapi pasien ini koma, sehingga masalah ini tidak muncul
- b. Karena pasien koma sehingga tidak muncul keluhan nyeri, tetapi nyeri adalah salah satu tanda peningkatan TD dan TIK
- c. Masalah ini bisa muncul dilihat dari hasil SPO₂ 85, artinya di bawah normal, namun hal ini bisa terjadi juga karena hipercolesterol yang kronik
- d. Defisit nutrisi bias diangkat bila ada karakteristik penurunan BB 10%
- e. Masalah ini diangkat karena muntah, koma, TD 190/110 mmHg, frekuensi nadi 59 kali per menit, respon pupil melambat

Muntah proyektil, SPO₂ dan keasadran turun, riwayat hipercolesterol.

Referensi: PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1, Cetakan III. Jakarta: DPP PPNI.

80. C. Gangguan mobilitas fisik

Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah kanan 0, kesadaran CM.

- a. Risiko cedera lebih tepat untuk pasien stroke yang kesadaran menurun
- b. Tidak ada data yang mendukung, pada stroke masalah tersebut bisa muncul
- c. Masalah ini muncul didukung dengan tanda mengeluh lemas kaki tangan kanan, kekuatan otot kaki tangan kanan 0

Mengeluh lemas kaki tangan kanan, kekuatan otot kaki tangan kanan 0.

Referensi: Smelzer and Bare (2000) Brunner and Suddarths's Text Book of Medical Surgical Nursing, 9th Edition, Philadelphia: JB. Lippincott Company
NANDA International Inc. (2014). Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2015 - 2017 (10th ed.). Oxford, UK: Wiley Blackwell

PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

81. C. Mengajari teknik napas dalam

Pasien AMI, pasien mengeluh nyeri dada menjalar sampai keleher punggung dan lengan.

- a. Tindakan ini termasuk tindakan mandiri, dengan istirahat akan mengurangi kerja jantung pasien, namun kurang tepat untuk mengurangi rasa nyeri
- b. Tindakan ini bisa termasuk tindakan mandiri karena termasuk kebutuhan dasar manusia, namun untuk konsentrasi kolaborasi dengan medis
- c. Ini tindakan mandiri perawat untuk mengurangi nyeri (sebagai tindakan relaksasi)
- d. Pemberian obat merupakan tindakan kolaboratif
- e. Pemberian obat merupakan tindakan kolaboratif

Pasien mengeluh nyeri dada dan menjalar sampai ke leher, punggung, dan lengan.

Referensi: Smelzer and Bare (2000) Brunner and Suddarths's Text Book of Medical Surgical Nursing, 9th Edition, Philadelphia: JB. Lippincott Company

NANDA International Inc. (2014). *Nursing Diagnosiss: Definitions & Classifications 2015 - 2017*(10th ed.). Oxford, UK: Wiley Blackwell

82. A. Nyeri akut

Encephalitis, pasien mengeluh pusing dan terasa nyeri dengan skala 8.

- a. Masalah ini bisa muncul karena adanya infeksi di otak sehingga aliran darah ke otak berkurang, namun pada kasus ini tidak didukung data yang valid
- b. Masalah ini muncul bila ada gangguan aliran/sumbatan ke arah perifer
- c. Nyeri kronis terjadi bila nyerinya lebih dari 6 bulan, pada kasus tersebut adalah infeksi otak, biasanya waktunya pendek
- d. Nyeri akut terjadi secara mendadak atau kurang dari 6 bulan, pada encephalitis
- e. Hipertensi memang salah satu tanda infeksi, namun di kasus itu tidak muncul.

Encephalitis, pasien mengeluh pusing dan terasa nyeri dengan skala 8.

Referensi: Smelzer and Bare (2000) Brunner and Suddarths's Text Book of Medical Surgical Nursing, 9th Edition, Philadelphia: JB. Lippincott Company

NANDA International Inc. (2014). *Nursing Diagnosiss: Definitions & Classifications 2015 - 2017*(10th ed.). Oxford, UK: Wiley Blackwell

83. E. Menjelaskan keadaan luka operasi, mendiskusikan cara mengurangi nyeri pada jahitan operasi

Obat anti nyeri terakhir jam 10 malam, hari pertama operasi.

- a. Obat terakhir jam 22.00, baru 5 jam, belum waktunya pemberian
- b. Hanya mengalihkan rasa nyeri, tetapi membuat pasien tidak ngantuk/tidur
- c. Mengurangi nyeri, tetapi obat belum waktu pemberian
- d. Hari pertama operasi, perlu dilihat kembali sudah kembali belum fungsi pencernaannya
- e. Tindakan mandiri perawat, menjelaskan keadaan luka yang bersih, kering akan mengurangi cemas, untuk mengurangi nyeri seperti relaksasi, sehingga pasien tenang dan bisa tidur kembali.

Hari 1 operasi fungsi sistem organ tubuh belum kembali fungsi sempurna, pemberian obat nyeri baru 5 jam.

Referensi: Smith D, Nehring S. Bowel Obstruction. StatPearls; 2018. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846346>

Ramnarine M. Small Bowel Obstruction. Medscape. 2017. p. Patophysiology. <https://emedicine.medscape.com/article/774140-overview>

84. E. Meneruskan pemasukan kateter sampai percabangannya

Pemasangan kateter.

- a. Penekanan pubis dilakukan untuk mengetahui vesika urinari terisi urin penuh atau tidak, karena urin sudah tampak keluar tidak perlu penekanan lagi.
- b. Kantong urin disambung sebelum kateter dipasang, dan urin tampak di selang *urine bag*, artinya sudah terpasang
- c. Kunci dilakukan apabila sudah pasti dan yakin kateter sudah masuk vesika urinaria
- d. Tindakan ini akan membuat pasien tidak nyaman dan gerakannya terbatas
- e. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa kateter benar-benar masuk di vesika urinaria.

Tahapan dari SOP pemasangan kateter.

Referensi: Smith D, Nehring S. Bowel Obstruction. StatPearls; 2018. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846346>

Ramnarine M. Small Bowel Obstruction. Medscape. 2017. p. Patophysiology. <https://emedicine.medscape.com/article/774140-overview>

85. E. Risiko ketidakseimbangan cairan

Lemas, haus, sering kencing, DM

- a. Tanda yang mendukung wajah meringis, kurang mendukung
- b. Tidak tampak tanda dan gejala pada pasien
- c. Di kasus juga tidak tampak tanda gejalanya
- d. Tanda dan gejala tidak muncul di kasus
- e. Ada beberapa tanda dan gejala mengarah ke gangguan cairan elektrolit di kasus

Faktor risiko ketidakseimbangan cairan.

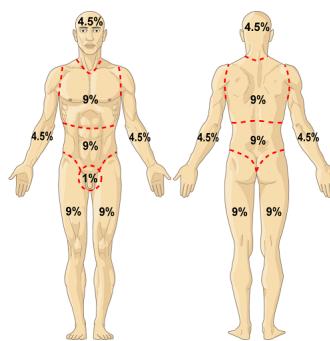
Referensi: Smelzer and Bare (2000) Brunner and Suddarths's Text Book of Medical Surgical Nursing, 9th Edition, Philadelphia: JB. Lippincott Company

NANDA International Inc. (2014). Nursing Diagnosiss: Definitions & Classifications 2015 - 2017 (10th ed.). Oxford, UK: Wiley Blackwell; PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1, Cetakan III. Jakarta: DPP PPNI.

86. D. 28%

Luas luka bakar *rules of nine*

- 1. Perut = 9%
 - 2. Alat kelamin = 1%
 - 3. Kedua ekstrimitas bawah sampai lutut = $9\% + 9\% = 18\%$
- Total luas luka bakar = $9 + 1 + 18 = 28\%$



Dihitung dengan menggunakan rumus *rules of nine*.

Referensi: Smelzer and Bare (2000) Brunner and Suddarths's Text Book of Medical Surgical Nursing, 9th Edition, Philadelphia: JB. Lippincott Company

NANDA International Inc. (2014). Nursing Diagnosiss: Definitions & Classifications 2015 - 2017 (10th ed.). Oxford, UK: Wiley Blackwell

LATIHAN SOAL KEPERAWATAN

ANAK

SOAL KEPERAWATAN ANAK

1. Anak perempuan pada tanggal 20 September 2020 dibawa ke poli tumbuh kembang karena sampai saat ini anak belum dapat tengkurap, perlu pemeriksaan dan stimulasi tumbuh kembang, Riwayat kelahiran tanggal 15 Oktober 2019 SC. Berapakah usia bayi saat ini sebagai dasar menentukan kemampuan perkembangan tersebut?
 - a. 14 bulan
 - b. 13 bulan
 - c. 12 bulan
 - d. 11 bulan
 - e. 10 bulan
2. Anak laki-laki, usia 8 tahun, masuk RS diantar ibunya dengan keluhan lemas, Hasil pengkajian: tampak pucat pada muka, konjungtiva anemis, Hb 8 mg/dl, eritrosit 2 jt/ μ L, leukosit 500/ μ L, trombosit 12000/ μ L. Apakah implementasi keperawatan yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
 - a. Membatasi aktivitas
 - b. Memberikan cairan yang cukup
 - c. Melakukan perawatan anak di ruang isolasi
 - d. Memberikan obat antipiretika
 - e. Melakukan hand hygiene
3. Anak perempuan, usia 4 tahun di rawat di ruang anak. Hasil pengkajian: frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 37,5°C, turgor kulit kembali lambat, anak sering merasa haus, BB saat ini 18 kg, BB sebelum sakit adalah 20 kg. Apakah implementasi keperawatan kolaborasi pada kasus tersebut?
 - a. 1300 cc
 - b. 1350 cc
 - c. 1400 cc
 - d. 1450 cc
 - e. 1500 cc
4. Bayi perempuan, usia 3 hari, lahir prematur, pada usia kehamilan 28 minggu, BB: 1600 gram, dirawat diruang bayi. Hasil pengkajian, bayi dalam inkubator dengan suhu 32°C, suhu bayi 36,8°C, tangan kanan bengkak pada daerah pemasangan infus. bayi belum bisa mengisap dan menelan dengan baik. Apakah prioritas tindakan keperawatan yang dilakukan pada kasus tersebut ?
 - a. Memberikan kesempatan pada orangtua untuk menjenguk bayinya
 - b. Melakukan anestesi local saat pemasangan infus
 - c. Melakukan pemasangan OGT dengan teknik aseptic
 - d. Monitor suhu tubuh setiap 6 jam
 - e. Melakukan Perawatan pada area yang bengkak
5. Balita laki-laki, usia 4 tahun dirawat di RS dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian TD 80/40mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 50x/menit, sianosis, cepat lelah, lemas, tampak edema palbebra. Hasil foto rontgen thorak

- edema paru. Bayi didiagnosis Atrium Septal Defek. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Kelelahan
 - Ketidakefektifan pola napas
 - Penurunan Curah jantung
 - Gangguan pertukaran gas
 - Bersihan jalan napas tidak efektif
6. Bayi laki-laki, usia 5 hari dirawat di ruang perinatologi karena tidak langsung bernapas dan diagnosis asfeksia. Saat ini Bayi mendapatkan PASI karena ASI tidak keluar. Pemeriksaan fisik reflek menghisap dan menelan kuat. Apakah alat yang tepat untuk memberikan PASI pada kasus tersebut?
- OGT
 - NGT
 - Spuit
 - Botol
 - Sendok
7. Bayi laki-laki, usia 3 bulan sedang dirawat di ruang bedah anak dengan atresia ani, ibu bayi mengeluh perut keras, bila minum ASI muntah dan rewel .Hasil pengkajian frekuensi nadi 120 x/menit, frekuensi napas 44 x/menit, suhu 37,8°C. Apakah prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Gangguan integritas kulit
 - Gangguan eliminasi fekal: obstipasi
 - Gangguan rasa nyaman: kembung
 - Risiko Defisit nutrisi
 - Risiko ketidak seimbangan cairan dan elektrolit
8. Balita laki-laki, usia 2 tahun, dibawa oleh orangtuanya ke Puskesmas karena mengalami pembesaran kepala sejak usia 3 bulan yang lalu. Hasil pengkajian: LK 62 cm, BB 8 kg, TB 61 cm, terdapat *sunset sign*, pada motorik kasar anak belum bisa berjalan, anak sering digendong oleh orangtuanya. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Defisit Nutrisi
 - Risiko Defisit nutrisi
 - Defisit pengetahuan dalam penanganan penyakit
 - Risiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit
 - Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
9. Anak laki laki, usia 6 tahun, dirawat di ruang anak, hasil pengkajian BAB cair 8 x/24 jam, muntah 4x/ 24 jam, tidak mau makan dan minum, mengeluh perut sakit, turgor kembali >3 detik, mukosa bibir kering, kelopak mata cekung, BB 19,5 kg, sebelumnya 20 kg, urin berwarna pekat. frekuensi nadi 94 x/menit, suhu 37,9°C, dan tampak kemerahan pada sekitar anus. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Nyeri
 - Hipertermi

- c. Gangguan integritas kulit
 - d. Hipovolemi
 - e. Defisit nutrisi
10. Anak perempuan, usia 3 tahun dibawa ke IGD oleh orang tuanya karena robek pada kemaluan akibat jatuh saat naik sepeda. Anak menangis dan menolak saat akan dilakukan pemeriksaan fisik. Apa tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada anak tersebut ?
- a. Memeriksa anak dan menganjurkan orang tua menunggu di luar
 - b. Memaksa anak untuk tetap diperiksa meskipun menangis
 - c. Menunda pemeriksaan sampai anak tidak menangis
 - d. Mengajak bermain anak sambil diperiksa
 - e. Melibatkan orangtua saat pemeriksaan berlangsung
11. Anak laki- laki, 3 tahun, dirawat di rumah sakit dengan keluhan kejang. Perawat sedang melakukan operan shift pagi. Salah satu perawat menghampiri bel pasien yang berbunyi dan menemukan ibu pasien ketakutan karena anak mengalami kejang berulang. Apa langkah awal yang dilakukan perawat berdasarkan kasus di atas?
- a. Memasukan pengganjal lidah yang lunak pada anak
 - b. Menekan tombol emergensi untuk meminta bantuan
 - c. Melakukan restraint pada anak untuk mencegah injury
 - d. Menstrerilkan area dan memposisikan anak dengan aman
 - e. Menenangkan ibu karena kejang akan berhenti dengan sendirinya
12. Perawat pediatrik sedang mengembangkan rencana perawatan anak dengan observasi febris. Saat melakukan komunikasi, pasien mengatakan bahwa penyakitnya terjadi karena hukuman yang diberikan pada dirinya akibat bermain hujan. Apa fase tumbuh kembang anak pada kasus tersebut?
- a. *School*
 - b. *Infancy*
 - c. *Toddler*
 - d. *Preschool*
 - e. *Adolescence*
13. Anak laki-laki, 12 tahun, dirawat dibangsal anak dengan diagnosis medis meningitis. Hasil pengkajian TD 90/100mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 37°C. Pasien baru dilakukan tindakan pungsi lumbal. Perawat memberikan penjelasan kepada orang tua terkait posisi anak setelah tindakan. Apa penjelasan yang tepat diberikan perawat pada kasus tersebut?
- a. Posisikan anak senyaman mungkin sesuai permintaan anak
 - b. Bantu anak posisi tengkurap untuk mencegah aspirasi karena muntah
 - c. Posisikan anak terlentang beberapa saat untuk mencegah sakit kepala

- d. Ubah posisi menjadi miring kanan untuk mengembalikan cairan serebrospinal
e. Beri pengganjal bantal untuk posisi setengah duduk agar anak tidak merasa nyeri
14. Seorang anak, 13 tahun, dirawat di ruang anak dengan diagnosis fraktur panggul dan terpasang traksi. Hasil pengkajian anak tampak menangis kesakitan dan takut tidak bisa berjalan lagi. Pasien akan dijadwalkan operasi, sehingga perawat melakukan pengecekan pulsasi perifer di akhir shift. Mana pernyataan yang tepat berdasarkan kasus tersebut?
- Sebaiknya pendekatan kepada orang tua agar anak tenang.
 - Perawat perlu berkolaborasi dengan dokter memberikan obat nyeri.
 - Langkah selanjutnya menenangkan anak agar tidak cemas akan kondisinya.
 - Pemeriksaan tanda vital dan pulsasi perifer sebaiknya dilakukan tidak lebih dari 4 jam.
 - Tindakan pengecekan di akhir shift sudah tepat agar pasien tidak takut dengan perawat.
15. Anak laki-laki, 24 bulan, dibawa oleh ibunya ke poli tumbuh kembang untuk dilakukan evaluasi. Ibu mengatakan anak mulai berjalan pada umur 18 bulan dan sering terjatuh. Anak tidak bisa memanjat sofa dan turun dengan bantuan. Kosa kata anak lebih dari 50 kata dan dapat menggabungkan menjadi dua frasa. Hasil penilaian dengan Denver menunjukkan anak mampu menumpuk enam kubus, mengikuti perintah sederhana, tetapi tidak mampu menendang bola. Manakah status perkembangan pada kasus tersebut?
- Keterlambatan bahasa
 - Perkembangan normal
 - Keterlambatan motorik kasar
 - Keterlambatan personal sosial
 - Keterlambatan perkembangan global
16. Perawat mengkaji bayi baru lahir 1 menit setelah proses kelahiran dan mencatat adanya akrosianosis pada bayi, pulse 118x/menit, kaki bayi menarik saat diberi stimulus pada kaki, pergerakan aktif, dan tangisan lemah. Berapakah skor APGAR pada menit pertama bayi tersebut?
- 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
17. Perawat anak tengah mempersiapkan injeksi antibiotik profilaksis pada anak usia pra sekolah yang akan direncanakan appendiktomi. Sebelum tindakkan perawat melakukan, perawat menerapkan prinsip *atraumatic care*. Bagaimana intervensi keperawatan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- Mengajak anak untuk melihat teman lainnya disuntik
 - Menyarankan anak untuk menyanyi sebagai pengalihan

- c. Membiarakan anak untuk mencoba suntikan pada boneka
 - d. Mengatakan pada anak untuk menutup mata saat disuntik
 - e. Meminta orang tua untuk menjelaskan prosedur pada anak
18. Seorang bayi lahir spontan 1 jam yang lalu, aktif, BB 2400 gram, PB 48 cm. Hasil pengkajian frekuensi nadi 130x/menit, frekuensi napas 40x/menit, suhu 37,5°C, dengan usia kehamilan saat lahir 36 minggu. tidak ditemukan kelainan. Setelah 30 menit kemudian bayi tersebut mengalami penurunan suhu 36°C. Apakah intervensi yang tepat sesuai dengan kasus tersebut?
- a. Berikan antiibiotik
 - b. Berikan antipiretik
 - c. Lakukan rujukan segera
 - d. Berikan cairan infus Dextrose
 - e. Lakukan perawatan metode kanguru
19. Bayi laki-laki, 5 hari, dirawat di ruang neonatus dengan gangguan napas. Hasil pengkajian bayi lahir dengan usia gestasi 34 minggu, frekuensi napas 65x/menit, suhu 36,5°C, retraksi interkostal, dan sianosis sentral. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Risiko aspirasi
 - b. Pola napas tidak efektif
 - c. Gangguan pertukaran gas
 - d. Gangguan ventilasi spontan
 - e. Bersihkan jalan napas tidak efektif
20. Seorang bayi, 2 bulan, dirawat di ruang anak dengan Hirsprung post pemasangan kolostomi. Perawat shift pagi akan melakukan perawatan kolostomi karena kantong kolostomi sudah tampak penuh. Perawat telah melepaskan kantong secara perlahan. Apa langkah selanjutnya yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Menggunakan sarung tangan
 - b. Mengobservasi produk stoma
 - c. Menjelaskan prosedur yang dilakukan
 - d. Membersihkan stoma dan keringkan secara perlahan
 - e. Menekan perlahan tepi stoma dan membuka plester
21. Bayi perempuan, 6 bulan, dibawa ibunya ke RS dengan keluhan BAB cair 5 x/hari. Hasil pengkajian tampak rewel, fontanel cekung, turgor kulit lambat, mata cekung, membran mukosa kering, frekuensi nadi 150x/menit, teraba lemah, frekuensi nadi, suhu 36°C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Hipertermi
 - b. Hipovolemi
 - c. Defisit nutrisi
 - d. Gangguan pola napas
 - e. Risiko gangguan integritas kulit

22. Anak laki-laki, 7 bulan, dibawa ibunya ke poliklinik anak dengan diagnosis medis bronchopneumonia. Hasil pengkajian napas cepat, disertai napas cuping hidung, batuk produktif, hasil foto thorak terdapat bercak-bercak infiltrat, darah tepi 15.000-40.000/mm³, analisa gas darah: pH darah 6.5, Pa O₂ 60 mmHg. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Bersihan jalan napas tidak efektif
 - Gangguan ventilasi spontan
 - Gangguan pertukaran gas.
 - Pola napas tidak efektif.
 - Gangguan pola tidur
23. Anak laki-laki, 6 tahun, dibawa ibunya ke poliklinik anak dengan keluhan batuk. Hasil pengkajian dahak kekuningan dan kental, napas tersengal-sengal, terdengar ronksi dan wheezing, RR 32x/menit. Apa tindakan terapeutik keperawatan pada kasus tersebut?
- Monitor sputum
 - Monitor pola napas
 - Monitor bunyi napas
 - Berikan minum hangat.
 - Ajarkan teknik batuk efektif.
24. Anak laki-laki, 13 bulan dirawat di ruang anak dengan keluhan sesak. Hasil pengkajian, batuk tidak efektif, sputum berlebih dan berwarna putih, tidak mampu batuk, frekuensi nadi 120 x/menit, frekuensi napas 70 x/menit. Perawat akan melakukan tindakan suction. Bagaimana cara pengaturan yang tepat dan benar dalam tekanan negatif pada prosedur kasus tersebut?
- Atur tekanan negatif 120-150 mm Hg, sebelum mesin dinyalakan
 - Atur tekanan negatif 100-120 mm Hg, sebelum mesin dinyalakan
 - Atur tekanan negatif 60-100 mm Hg, sebelum mesin dinyalakan
 - Atur tekanan negatif 20-50 mm Hg, sebelum mesin dinyalakan
 - Atur tekanan negatif < 20 mm Hg, sebelum mesin dinyalakan
25. Bayi perempuan, 6 bulan, dibawa ibunya ke poliklinik dengan keluhan batuk berdahak, pilek 3 hari. Hasil pengkajian tidak mau menyusu, terdengar ronksi, retraksi dinding dada, BB 8 kg, suhu 38°C, frekuensi napas 40x/menit. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Hipertermi.
 - Defisit nutrisi
 - Defisit volume cairan
 - Pola napas tidak efektif
 - Bersihan jalan napas tidak efektif
26. Anak Laki-laki, 2 tahun, dirawat di ruang anak dengan diagnosis medis pneumonia. Hasil pengkajian kesadaran CM, anak rewel, sekret berlebih, terdengar ronksi, frekuensi napas 60x/menit. Perawat telah memeriksa status napas sebelum tindakan fisioterapi. Apa langkah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?

- a. Identifikasi pasien minimal 2 identitas
 - b. Gunakan bantal untuk mengatur posisi.
 - c. Lakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan
 - d. Lakukan vibrasi dengan posisi tangan rata bersamaan
 - e. Posisikan pasien sesuai dengan area paru terdapat penumpukan sekret.
27. Anak perempuan, 6 tahun di awat diruang anak dengan diagnosis medis Asma Bronkiale. Hasil pengkajian tidak ada whezing dan tarikan interkost, frekuensi napas 16x/menit. Perawat merencanakan memberikan edukasi terapi bermain. Apa terapi bermain yang tepat kasus tersebut?
- a. Meniup balon
 - b. Merangkai puzzle
 - c. Merangkai gambar tanda-tanda sesak napas
 - d. Minum obat rutin dengan menggunakan boneka
 - e. Tebak gambar makanan yang disarankan pada asma
28. Anak perempuan, 10 bulan, dibawa ibunya kepoliklinik anak dengan keluhan demam disertai batuk. Hasil pengkajian adanya bintik-bintik kemerahan di belakang telinga dan punggung, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,9°C. Diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit. Apakah intervensi edukasi perawat pada kasus tersebut?
- a. Lakukan pemijatan pada daerah yang menonjol
 - b. Gunakan baju berbahan ringan dan hipoolergik
 - c. Ubah posisi tiap 2 jam jika anak tirah baring
 - d. Gunakan pelembab pada kulit yang kering
 - e. Anjurkan minum air yang cukup
29. Bayi perempuan, 9 bulan dibawa ibunya ke Posyandu untuk dilakukan imunisasi. Hasil pengkajian, bayi tampak sehat dan ceria, suhu 36,7°C. Perawat akan melakukan imunisasi dan mengambil sputum untuk mengambil vaksin. Apa imunisasi yang diberikan pada anak tersebut dan berapa dosisnya?
- a. Campak, 0,5 cc
 - b. DPT, HB, HIB 0,5 cc
 - c. Polio, oral 2 tetes
 - d. Hepatitis B, 0,5 cc
 - e. TT, 0,5 cc
30. Anak laki-laki, dibawa ibunya ke posyandu tanggal pengkajian 17 Maret 2023. Perawat akan melakukan deteksi perkembangan dengan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), hasil pengkajian, lahir 1 April 2020. Berapakah usia kronologis pada kasus tersebut?
- a. 2 Tahun, 11 bulan, 16 hari
 - b. 2 tahun, 12 bulan, 0 hari
 - c. 2 Tahun, 12 bulan
 - d. 3 Tahun, 0 hari
 - e. 3 tahun

31. Perempuan, 13 tahun, dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian tampak gelisah, retraksi dada (+), frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 104x/menit, suhu 36,9°C, SpO₂ 89%. Perawat segera memberikan terapi oksigen dan memasang monitor untuk observasi lebih lanjut. Apa peran perawat yang diterapkan pada kasus tersebut?
- Advokat
 - Edukator
 - Koordinator
 - Kolaborator
 - Pemberi asuhan
32. Seorang bayi, 9 bulan, dibawa ke puskesmas oleh ibunya untuk imunisasi campak. Perawat mengatakan anak akan diberikan suntikan di bawah kulit pada lengan kanan atas. Anak menangis saat perawat mencoba mendekati. Apa tindakan keperawatan atraumatik yang tepat pada kasus tersebut?
- Melakukan injeksi ketika anak tertidur lelap
 - Memberikan anastesi topikal setelah injeksi
 - Tetap melakukan imunisasi karena sudah cukup usia
 - Memasang restrain supaya mudah untuk dilakukan imunisasi
 - Meminta ibu untuk menyusui anaknya selama proses imunisasi
33. Seorang bayi perempuan, 9 bulan, dibawa ke puskesmas oleh ibunya untuk imunisasi campak. Perawat mengatakan anak akan diberikan suntikan di bawah kulit pada lengan kanan atas. Perawat telah menyiapkan obat vaksin dengan benar, menanyakan kembali nama bayi, dan memberikan alkohol desinfektan sebelum menyuntik pada area tusukan. Apa prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- Justice*
 - Autonomy*
 - Beneficence*
 - NonMaleficence*
 - Accountability*
34. Seorang bayi, 3 bulan, dibawa oleh ibunya ke poli tumbuh kembang untuk imunisasi DPT pertama. Hasil pengkajian bayi tampak aktif, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 35x/menit, suhu 36,6°C. Perawat telah menerapkan 6 prinsip benar pemberian obat, kemudian melakukan disinfeksi area insersi tusukan IM. Apa langkah selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- Mencuci tangan
 - Melakukan aspirasi
 - Memasang sarung tangan
 - Melakukan penyuntikan dengan teknik z-track
 - Mengarahkan tusukan dengan sudut 90 derajat
35. Perempuan, 1 tahun, dibawa ibunya ke poli tumbuh kembang dengan keluhan berat badan anak cenderung turun selama 2 bulan terakhir. Ibu mengatakan anaknya juga sulit sekali makan. Hasil pengkajian BB 6 kg, TB 70 cm. Perawat akan

menyampaikan kesimpulan pengukuran kepada ibu pasien. Apa langkah selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - b. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - c. Informasikan hasil pemantauan kepada orang tua
 - d. Lakukan analisa dengan menggunakan indikator yang disepakati
 - e. Bandingkan hasil pemeriksaan dengan hasil pemeriksaan sebelumnya
36. Laki-laki, 6 tahun, dibawa ibunya ke puskesmas dengan keluhan diare lebih dari 10 kali. Hasil pengkajian anak tampak lemah, TD 95/60 mmHg, frekuensi nadi 85x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 36,5°C, CRT>3detik. Anak direncanakan untuk resusitasi cairan. Perawat sudah mempersiapkan alat dan membersihkan area insersi menggunakan alkohol swab. Apa langkah selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Meregangkan kulit dibawah area insersi
 - b. Meletakkan pengalas di bawah lengan
 - c. Memakai sarung tangan bersih
 - d. Memasukkan kateter pada vena
 - e. Melepaskan torniquet
37. Laki-laki, 6 tahun, dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan diare 8 kali sehari disertai muntah. Hasil pengkajian anak tampak lemah, TD 98/70 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekensi napas 25x/menit, suhu 38°C. Perawat mengatakan anak akan dipindahkan ke ruang rawat inap, keluarga menolak. Perawat memberikan lembar *informed consent* kepada keluarga setelah mendapatkan penjelasan sebelumnya. Apa prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- a. *Justice*
 - b. *Autonomy*
 - c. *Beneficence*
 - d. *NonMaleficence*
 - e. *Accountability*
38. Laki-laki, 6 tahun, dibawa ibunya ke IGD dengan keluhan diare 8 kali sehari disertai muntah. Hasil Pengkajian: anak tampak lemah, TD 98/70 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekensi napas 25x/menit, suhu 38°C. Anak direncanakan untuk resusitasi cairan dan segera dirawat. Setelah memasang infus, perawat memasang side rail dan memberikan edukasi kepada keluarga untuk tidak meninggalkan anak sendiri. Apa prinsip etik yang diterapkan oleh perawat pada kasus tersebut?
- a. *Justice*
 - b. *Autonomy*
 - c. *Beneficence*
 - d. *Accountability*
 - e. *NonMaleficence*
39. Seorang bayi, 3 bulan, dibawa ibunya ke puskesmas untuk imunisasi DPT I. Hasil pengkajian bayi tampak sehat, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 37x/menit, suhu 36,8° C. Perawat telah mempersiapkan vaksin dengan 6 prinsip

benar, melakukan pemberian imunisasi sesuai SOP, dan mendokumentasikannya di catatan keperawatan. Apa prinsip etik yang diterapkan oleh perawat pada kasus tersebut?

- a. *Justice*
 - b. *Autonomy*
 - c. *Beneficence*
 - d. *NonMaleficence*
 - e. *Accountability*
40. Anak laki-laki, 5 tahun, dibawa di IRD oleh ibunya yang menunjukkan *Sindrom Munchausen* karena jatuh, Hasil Pengkajian TD 120/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37.6°C, anak ketakutan, kaki kanan nyeri, terdapat lebam di kaki, tidak bisa digerakkan. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Gangguan mobilitas fisik
 - b. Nyeri akut.
 - c. Hipertermi .
 - d. Intoleransi aktifitas.
 - e. Risiko perilaku kekerasan
41. Anak laki-laki, 10 bulan, dibawa ke Klinik oleh ibunya dengan keluhan panas selama 1 minggu, Hasil Pengkajian, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 38.6°C, kulit tubuh ruam kemerahan dan belum pernah imunisasi karena tidak mau. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Risiko alergi
 - b. Gangguan integritas kulit.
 - c. Risiko hipertermi .
 - d. Risiko infeksi
 - e. Risiko perilaku kekerasan.
42. Anak perempuan, 6 tahun telah mengalami kejang, dibawa ke klinik oleh ibunya, diagnosis RM dan disabilitas intelektual. Hasil pengkajian ada riwayat lamban dalam mempelajari sesuatu hal yang sederhana, seperti berpakaian, membersihkan diri, dan makan. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Risiko gangguan perkembangan
 - b. Defisit pengetahuan
 - c. Risiko perawatan diri
 - d. Risiko cidera
 - e. Risiko perilaku kekerasan
43. Anak perempuan, 12 hari, dibawa ke unit gawat darurat oleh orang tuanya karena muntah-muntah setelah 4 jam makan minum di acara ulang tahun, Hasil pengkajian frekuensi nadi 120x/menit teraba lemah, frekuensi napas 40x/menit, suhu 35.5°C, perut sakit, mukosa mulut kering, turgor kulit menurun, oliguri. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Risiko gangguan sirkulasi spontan
 - b. Hipovolemi

- c. Hipervolemi
 - d. Risiko ketidak seimbangan cairan
 - e. Risiko syok
44. Bayi perempuan, 7 hari, dibawa di unit gawat darurat, keluhan perut tegang, BAB (-), diagnosis Hirsprung. Hasil pengkajian muntah, pemeriksaan colok dubur keluar faeses menyemprot dan berbau, peristaltik usus menurun. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Hipovolemi
 - b. Risiko ketidak seimbangan cairan
 - c. Konstipasi
 - d. Risiko Konstipasi
 - e. Diare
45. Bayi perempuan saat lahir di ruang bersalin mengalami anus imperforata. Hasil pengkajian 48 jam setelah lahir muntah, perut tegang, mekonium tidak keluar. Dokter merencanakan untuk dilakukan pembedahan. Apakah intervesi untuk mengatasi masalah utama pada kasus tersebut ?
- a. Periksa tanda hipovolemi.
 - b. Monitor Intake Out put.
 - c. Hitung kebutuhan cairan
 - d. Berikan asupan cairan oral
 - e. Kolaburasi pemberian cairan
46. Bayi perempuan, 1 bulan , diagnosis celah bibir unilateral komplit, dibawa ibunya ke klinik karena kesulitan minum dan ibu merasa bingung. Apakah rencana tindakan yang tepat pada kasus tersebut ?
- a. Beri makan dengan bentuk lunak.
 - b. Posisikan dan stabilkan puting susu dengan baik di dalam rongga mulut.
 - c. Bantu menstimulasi refleks ejeksi ASI secara manual/dengan pompa payudara sebelum menyusui.
 - d. Gunakan alat makan khusus, bila menggunakan alat tanpa puting. (dot, sput asepto) letakan formula di belakang lidah.
 - e. Melatih ibu untuk memberikan ASI yang baik sesuai kondisi bayi.
47. Anak laki-laki, 24 bln, dibawa ke RS, diagnosis Kwashiorkor. Keluhan mencret > 4x sehari. Hasil pengkajian BB 9 Kg, edema seluruh tubuh, kulit kering mengelupas, wajah sembab, rambut tipis kemerahan, rewel dan apatis. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Gangguan tumbuh kembang
 - b. Defisit nutrisi.
 - c. Risiko ketidak seimbangan cairan
 - d. Gangguan integritas kulit
 - e. Intoleransi aktivitas

48. Anak laki-laki, 5 tahun dibawa keklinik karena anak sangat gemuk. Hasil pengkajian BB 30 kg, sesak napas, nyeri punggung bawah, banyak berkeringat. Hasil pemeriksaan adanya gangguan metabolism atau endokrin. Apakah rencana tindakan yang dilakukan oleh orang tua untuk masalah keperawatan kategori psikologis pada anak tersebut ?

- a. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- b. Fasilitasi dalam menentukan pedoman diet.
- c. Monitor BB
- d. Pengaturan fisik.
- e. Intoleransi aktivitas

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KEPERAWATAN ANAK

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN ANAK

1. D.11 bulan

Usia anak

Untuk menilai usia anak dengan Rumus sbb:

Waktu Pemeriksaan anak:

Waktu lahir anak : --

Usia anak th bln hr

Perhitungan 1th : 12 bulan

1 bulan 30 hr

Penilaian hari > 15 hr diabaikan, < 15 dibulatkan keatas

Perhitungan usia anak pada kasus:

12	
: 2020- 9- 20	
8	
2019-10- 15	
11 - 5	

- a. Salah karena Hasil penilaianya 11 bulan 5 hari. Kurang dari 1 tahun 2 bulan
- b. Salah karena Hasil penilaianya 11 bulan 5 hari, kurang dari 1 tahun 1 bulan
- c. Salah Hasil penilaianya belum 1 tahun
- d. Benar Hasil penilaianya 11 bulan 5 hari dan penilaian hari < 15 diabaikan
- e. Salah Hasil penilaianya 11 bulan 5 hari. Lebih dari 10 bulan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tumbuh kembang pada anak (DDST) cara menghitung usia anak.

Referensi: Terri & Susan,2015. Buku Ajar Keperawatan Anak. Jakarta:EGC

Soetjiningsih & Ranuh. 2016. Tumbuh kembang anak.Jakarta:EGC

Rudolf.2014. Buku ajar pediatrik.Jakarta:EGC

2. C. Melakukan perawatan anak di ruang isolasi

Keluhan dan hasil pemeriksaan penunjang

Nilai Normal

Kadar trombosit 12000/ μ L (150.000 - 450.000 mcL)

Kadar hemoglobin 8 mg/dl (9-14 gram/dL)

Eritost 2 jt/ μ L (4–5,5) mg/dl

Leukosit 500/ μ L (5.000–20.000ml)

Trombosit 12000/ μ L. (250.000-450.000 mcL).

Masalahnya Risiko Infeksi dengan Intervensi

(O.= Monitor tanda dan gejala infeksi, T=Batasi jumlah pengunjung, E.=Jelaskan untuk meningkatkan asupan nutrisi, K=pemberian obat meningkatkan daya tahan tubuh)

- a. Kurang tepat karena data tidak cukup
- b. Salah karena tanda tanda dehidrasi tidak ada
- c. Benar karena dari hasil laboratorium khususnya leukosit yang rendah anak mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga diperlukan perawatan isolasi agar tidak tertular penyakit yang lain
- d. Salah karena tidak ada data peningkatan suhu tubuh
- e. Kurang tepat karena tidak didukung data

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kelainan darah pada anak dan implemtasi keperawatan.

Referensi: Terri & Susan,2015. Buku Ajar Keperawatan Anak. Jakarta: EGC

Soetjiningsih & Ranuh. 2016. Tumbuh kembang anak. Jakarta: EGC

Rudolf.2014. Buku ajar pediatrik. Jakarta: EGC

Tim Pokja SDKI DPP, PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik, Jakarta, DPP.PPNI.

3. C. 1400 cc

Pemberian cairan sesuai kebutuhan anak

Masalah keperawatan berdasarkan SDKI:

Hipovolemi, Defisit nutrisi

Intervensi Keperawatan hipovolemi:

O=Monitor intake out put,T =Hitung kebutuhan cairan dan berikan sesuai kebutuhan,E=Anjurkan untuk pemberian cairan,K=Pemberian cairan IV Hipotonis (Glukosa,Nacl)

Kebutuhan cairan normal anak

Menurut IDAI ,2026, Formula Holliday-Segar8 Berat Badan (Kg) Kebutuhan dalam 24 jam

< 10 -----100 mL/kgBB

10 - 20 --1000 + 50 mL/kgBB

untuk setiap kilogram kenaikan berat badan diatas 10 kg

> 20 -----1500 + 20 mL/kgBB untuk setiap kilogram kenaikan berat badan diatas 20 kg

BB 18 Kg :(100 x 10 kg) + (50 x 8 kg) = 1400 ml

- a. Salah karena BB anak 18 kg
- b. Salah karena BB anak 18 kg
- c. Benar karena BB anak 18 kg $(100 \times 10 \text{ kg}) + (50 \times 8 \text{ kg}) = 1400 \text{ ml}$
- d. Salah karena BB anak 18 kg
- e. Salah karena BB anak 18 kg

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus kebutuhan cairan pada anak untuk Formula Holliday-Segar8 Berat Badan (Kg) Kebutuhan dalam 24 jam.

Referensi: Terri & Susan,2015. Buku Ajar Keperawatan Anak. Jakarta: EGC

Soetjiningsih & Ranuh. 2016. Tumbuh kembang anak. Jakarta: EGC

Rudolf. 2014. Buku ajar pediatrik. Jakarta: EGC
Axton & Fugate.2014. Rencana Asuhan keperawatan pediatri. Jakarta: EGC
Tim Pokja SDKI DPP, PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik, Jakarta, DPP.PPNI Tim Ikatan Dokter Anak Indonesia 2016, Konsensus Kebutuhan Air pada Anak Sehat, Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia Ikatan Dokter Anak Indonesia

4. E. Melakukan Perawatan pada area yang bengkak Risiko Infeksi

Rute pemberian nutrisi pada bayi premature, Usia kehamilan <28 minggu, Kematangan fungsi oral Refleks mengisap belum ada, Rute pemberian nutrisi Parenteral. bayi mengalami Tangan kanan pada pemasangan infus. tampak bengkak.

Intervensi masalah keperawatan : Risiko Infeksi,Risiko Keseimbangan cairan Prioritas : Risiko Infeksi

O=Monitor tanda gejala infeksi lokal,T=lakukan perawatan pada area yang bengkak,batasi pengunjung,E=Anjurkan untuk meningkatkan cairan,K=-

- a. Salah karena harusnya dibatasi pengunjung
- b. Salah karena tidak sesuai SOP pemasangan infus
- c. Salah karena harusnya dilakukan nutrisi parenteral
- d. Salah karena bukan prioritas tindakan Keperawatan
- e. Benar karena pada tempat pemasangan infus tampak bengkak yang merupakan salah satu terjadinya tanda tanda infeksi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Prosedur pemasangan dan pelepasan infus.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP,PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,Definisi dan Indikator Diagnostik,Jakarta,DPP.PPNI Tim Ikatan Dokter Anak Indonesia 2016 ,Konsensus Asuhan nutrisi bayi prematur, Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia Ikatan Dokter Anak Indonesia

5. C. Penurunan Curah jantung Analisis data Mayor

Manifestasi klinik Atrium Septal Defek kelelahan, sianosis,gangguan pertumbuhan, dan sesak saat aktivitas , terdapat murmur midsistolik aliran pulmonal atau murmur ejeksi TTV Normal anak usia 3-5 tahun.

- Detak jantung:
- 80-120 detak per menit saat bangun,
- 65-100 detak per menit saat tidur.
- TD sistolik 89-112, diastolik 46-72
- Frekuensi napas: 22-34 napas per menit.
- Suhu tubuh: 36,4 derajat Celcius.

Data Mayor: Frekuensi napas meningkat, cepat lelah, lemas, tampak edema palpebra TD menurun, sianosis—Penurunan Curah jantung

- a. Salah karena Kelelahan bukan termasuk malah keperawatan
- b. Salah data mayor pada Kasus tidak mendukung pada masalah Ketidakefektifan pola napas
- c. Betul karena data maaor 80% mendukung masalah Penurunan curah jantung
- d. Salah karena data mayor pada Kasus tidak mendukung pada masalah Gangguan pertukaran gas
- e. Salah karena data mayor pada Kasus tidak mendukung pada masalah Bersihan jalan napas tidak efektif

6. E. Sendok

Reflek menghisap dan menelan bayi kuat

Pemberian susu melalui sendok pada bayi menjadi alternatif pilihan ketika kemampuan bayi menyusu langsung belum baik tetapi Reflek menelan dan menghisap baik. Moncrieff (1999)

- a. Kurang tepat karena reflek menghisap bayi kuat
- b. Kurang tepat karena reflek menghisap bayi kuat
- c. kurang tepat karena reflek menghisap bayi kuat
- d. kurang tepat karena bayi berusia 5 hari
- e. tepat karena reflek menghisap dan menelan bayi kuat serta bayi baru berusia 5 hari

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Pemberian PASI pada bayi dengan asfiksia.

Referensi: Soetjiningsih & Ranuh. 2016.

Rudolf. 2014.Buku ajar pediatrik. Jakarta: EGC

Axton & Fugate.2014. Rencana Asuhan keperawatan pediatri. Jakarta: EGC

Liu, Y. L., Chen, Y. L., Cheng, I., Lin, M. I., Jow, G. M., & Mu, S. C. (2015). Early oral-motor management on feeding performance in premature neonates. Journal of the Formosan Medical Association, 112(3), 161–164.
<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.08.003>

7. C. Gangguan rasa nyaman: kembung

Keluhan perut keras, bila minum ASI muntah dan rewel

Analisis data Mayor

Manifestasi klinik atresi ani: muntah dan tidak ada defekasi meconium, anus tampak merah, lubang anus dengan ada/tidak adanya fistula. perut kembung Gangguan rasa nyaman

- a. Salah karena tidak ada data yang mendukung
- b. Salah karena masalah tidak ada pada sub katagori SDKI
- c. benar karena didukung data (perut keras, minum asi selalu muntah dan anak rewel)
- d. Kurang tepat karena bukan masalah prioritas
- e. salah karena tidak didukung dengan data yang cukup

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askep anak dengan atresia ani berdasarkan SDKI

Referensi: Terri & Susan,2015. Buku Ajar Keperawatan Anak. Jakarta: EGC
Axton & Fugate.2014. Rencana Asuhan keperawatan pediatri. Jakarta: EGC
Rudolf.2014. Buku ajar pediatrik. Jakarta: EGC
Tim Pokja SDKI DPP, PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik, Jakarta, DPP.PPNI Tim

8. E. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan Ketidaksesuaian data tumbuh kembang

Nilai normal Pertumbuhan anak usia 2 tahun:

Lingkar kepala berkisar antara 47 cm hingga 51 cm

BB: Laki-laki:9,7–15,3 kg

TB :82–92 sentimeter.

Nilai normal Perkembangan anak usia 2 tahun:

Mampu mengikuti perintah sederhana (seperti mengambil barang). Memahami kata dan menunjuk objek yang dimaksud. Mampu membuat kalimat yang terdiri sampai 2-3 kata. Mampu menggelengkan kepala bila diminta melakukan sesuatu, lancar berjalan, tapi juga bisa menaiki tangga dan melompat.

- a. Kurang tepat karena bukan masalah prioritas
- b. Kurang tepat karena bukan masalah priotas
- c. kurang tepat karena data tidak mendukung
- d. Salah karena ada data yang mendukung
- e. Benar karena didukung data anak usia 2 tahun belum bisa berjalan dan sering digendong ibunya

9. D. Hipovolemi Ketidak sesuaian Intake dan out put

Nilai NormalTTV anak usia 6 tahun :

Frekuensi nadi : (70 - 110 bpm)

TD:

96–131 mmHg (sistolik)

55–62 mmHg (diastolik).

Analisa Data mayor

BAB cair 8 kali/ 24 jam, ==Masalah Keperawatan Diare

turgor kembali > 3 detik, mukosa bibir kering, BAB cair 8 kali/ 24 jam, muntah 4 kali/ 24 jam, tidak mau makan dan minum, kelopak mata cekung,== Masalah Keperawatan Hipovolemi

- a. salah karena tidak ada data yang mendukung
- b. kurang tepat karena bukan masalah keperawatan utama
- c. kurang tepat karena bukan masalah keperawatan utama
- d. Benar karena didukung data dengan tanda dehidrasi (BAB cair 8 kali/ 24 jam, muntah 4 kali/ 24 jam, tidak mau makan dan minum, mengeluh perutnya sakit, turgor kembali > 3 detik, mukosa bibir kering,

- kelopak mata cekung, BB 19,5 kg dengan berat sebelumnya 20 kg, urin berwarna pekat. Suhu: 37,9°C, Frekuensi nadi: 94 x/menit)
- Salah karena tidak didukung data

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan anak dengan GE berdasarkan SDKI.

Referensi: Terri & Susan,2015. Buku Ajar Keperawatan Anak. Jakarta:EGC
Axton & Fugate.2014. Rencana Asuhan keperawatan pediatri.Jakarta:EGC
Rudolf.2014. Buku ajar pediatrik.Jakarta:EGC Tim Pokja SDKI DPP,PPNI
2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,Definisi dan Indikator
Diagnostik,Jakarta,DPP,PPNI Tim

10. E. Melibatkan orangtua saat pemeriksaan berlangsung Tehnik pengkajian pada anak

Cara Berkomunikasi Dengan Anak Kecil Yang Tepat

- Cara Mengajak Ngobrol Bayi dan Balita. Kalimat Positif. Hubungkan Dengan Keseharian. Ajak Dia Mengungkapkan Sesuatu. Jangan Tertawakan. ...
- Teknik Komunikasi Dengan Anak Usia Dini. Jangan Bohong. Hindari Membentak Anak. Ajarkan Banyak Kosa Kata Baru. Pakai Perumpamaan. Pemeriksaan fisik bayi, balita, atau anak harus selalu dilakukan di hadapan orang tua atau wali. Jika orang tua atau wali tidak dapat hadir atau kehadiran orang tua akan mengganggu pemeriksaan fisik, misalnya dalam kasus kemungkinan pelecehan atau masalah kesehatan mental orang tua, pendamping harus hadir selama pemeriksaan fisik.
 - Kurang tepat karena anak akan semakin takut
 - kurang tepat karena akan menimbulkan trauma pada anak
 - Kurang tepat karena tidak tahu sampai kapan anak berhenti menangis
 - Kurang tepat karena anak menangis
 - Benar karena akan mengurangi ketakutan anak dengan petugas/ orang yang tidak dikenal

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Tehnik pengkajian pada anak, konsep *atraumatic care* dan tumbuh kembang anak.

Referensi: Terri & Susan,2015. Buku Ajar Keperawatan Anak. Jakarta:EGC

Soetjiningsih & Ranuh. 2016. Tumbuh kembang anak.Jakarta:EGC

Rudolf.2014. Buku ajar pediatrik.Jakarta:EGC

Axton & Fugate.2014. *Rencana Asuhan keperawatan*

Aisa, Sitti, dkk. 2018. Prosedur Pemeriksaan Fisik. Yogyakarta: Nuha Medika

11. D. Menstrerilkan area dan memposisikan anak dengan aman Langkah awal penanganan anak kejang

- Pengganjal lidah bukanlah penanganan awal
- Fokus utama perawat adalah penanganan awal pada anak dulu untuk mengamankan jalan napas anak, kemudian meminta bantuan.

- c. Jangan menahan atau mencoba menghentikan gerakan kejang anak, kecuali jika berbahaya, karena anak menjadi lebih agresif jika kita menahannya.
- d. Jauhkan barang-barang yang dapat membahayakan anak dan memiringkan kepala anak untuk mencegah aspirasi
- e. Edukasi diberikan setelah anak dalam kondisi aman

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep "**tata laksana kejang demam pada anak**". Langkah awal penanganan kejang pada anak adalah tetap tenang dan jangan panik, kendorkan pakain yang ketat, amankan area agar anak tidak jatuh dan injury, serta miringkan kepala anak. Jangan memasukkan apapun ke dalam mulut anak saat kejang.

Referensi: Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Alden, K. R., Lowdermilk, D. L., Cashion, M. C., & Wilson, D. (2017). Maternal Child Nursing Care-E-Book. Mosby.

12. D. *Preschool*

Langkah awal penanganan anak kejang

- a. Pada usia ini tahap perkembangan kognitif anak adalah sensorimotor. Semua kegiatan yang dilakukan berfokus pada mulut (oral). Semua kegiatan yang dilakukan berfokus pada mulut (oral).
- b. Usia toddler merupakan tahapan preoperational yang bersifat egosentrism dan animisme.
- c. Usia preschool memiliki cara berpikir magis dan memandang penyakit adalah suatu hukuman. Pemikirannya mereka difokuskan pada kejadian eksternal yang dirasakan dan kausalita dibuat berdasarkan kedekatan antara dua kejadian.
- d. Usia school adalah tahapan concrete operational dan anak sudah mampu berpikir secara logis
- e. Usia adolescence adalah tahapan formal operational, membentuk gambaran mental dan mampu menyelesaikan aktivitas yang ada dalam pikirannya

Referensi: Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teori perkembangan anak dan reaksi hospitalisasi pada anak.

Ball, J.W & Bindler, R (2003). Pediatric nursing: Caring for children. (3rd edition). New jersey: Prentice Hall.

13. C. **Posisikan anak terlentang beberapa saat untuk mencegah sakit kepala Edukasi perawatan pasca pungsi lumbal pada anak.**

- a. Posisi setengah duduk tidak dianjurkan sesaat setelah pungsi lumbal
- b. risiko headache post-prosedur dapat terjadi, sehingga posisi miring juga tidak dianjurkan
- c. Sakit kepala merupakan komplikasi paling sering, memberikan posisi ini juga tidak memperbaiki kondisi.

- d. Posisi terlentang atau supine beberapa saat mencegah spinal headache. Sakit kepala paska LP disebabkan karena kebocoran CSS dari dura dan traksi pada struktur yang sensitif terhadap terhadap nyeri. Hasil tekanan rendah CSS dari kebocoran CSS melalui robekan dural dan arachnoid menyebabkan sakit kepala ortostatik. Keluhan spinal headache akan timbul dalam 24-48 jam dari prosedur, yang diperburuk pada posisi tegak. Meningkatkan asupan cairan agar tubuh tetap terhidrasi paska pungsi lumbal
- e. Pilihan ini tidak tepat, anak dan keluarga yang mendampingi perlu diberikan edukasi yang tepat terkait spinal headache

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perawatan anak setelah prosedur pungsi lumbal.

Referensi: Ball, J.W & Bindler, R (2003). Pediatric nursing: Caring for children. (3rd edition). New jersey: Prentice Hall.

**14. D. Pemeriksaan tanda vital dan pulsasi perifer sebaiknya dilakukan tidak lebih dari 4 jam
Edukasi perawatan pasca pungsi lumbal pada anak.**

- a. Edukasi kepada support system anak penting dilakukan agar tetap tenang selama perawatan. Namun, option ini tidak berkaitan dengan kasus pulsasi perifer.
- b. Pengkajian penyebab nyeri pada kasus sangat penting dilakukan untuk memutuskan pemberian kolaborasi obat nyeri, sehingga tidak membuat bias pengkajian pulsasi perifer.
- c. Option ini tidak tepat, perawat sebaiknya mengkaji causa keluhan nyeri secara tepat, kemudian menenangkan anak.
- d. Pasien dapat kehilangan status vaskular tanpa sepengetahuan perawat jika dibiarkan lebih dari 4 jam, namun pemeriksaan tidak boleh terlalu sering sehingga pasien menjadi cemas. Tanda-tanda vital umumnya diperiksa setiap 4 jam, di mana pemeriksaan CSM (circulation sensation movement) dapat dilakukan dengan mudah.
- e. Option ini tidak tepat pengecekan CSM lebih dari 4 jam setelah pemasangan gips berisiko tinggi mengenali keterlambatan neurovascular compromise.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep CSM (circulation sensation movement). Keterlambatan dalam mengenali neurovascular compromise dapat menyebabkan defisit permanen. Oleh karena itu, penilaian status neurovaskular sangat penting untuk dilakukan 1 jam selama 24 jam pertama pasca cedera, pembedahan atau pemasangan gips. Kemudian setiap 4 jam selama 48 jam berikutnya atau seperti yang ditentukan oleh tim medis yang merawat.

Referensi: Ball, J.W & Bindler, R (2003). Pediatric nursing: Caring for children. (3rd edition). New jersey: Prentice Hall.

15. C. Keterlambatan motorik kasar

Anak mampu menumpuk enam kubus, mengikuti perintah sederhana, tetapi tidak mampu menendang bola.

- a. Global development delay (GDD) ialah kecacatan perkembangan dalam arti terdapat adanya penundaan yang signifikan pada dua/lebih domain perkembangan antara lain: personal sosial, gross motor (motorik kasar), fine motor (motorik halus), bahasa, kognitif dan aktivitas sehari-hari.
- b. Option ini tidak tepat
- c. Pada usia 24 bulan anak harus sudah mampu menendang bola yang termasuk kemampuan motorik kasar
- d. Anak tidak mengalami keterlambatan aspek ini.
- e. Option ini tidak tepat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang milestone tahapan tumbuh kembang anak setiap usia dan Stimulasi Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak.

Referensi: Hockenberry, M.J., & Wilson. (2005). Wong's Essential of Pediatric Nursing (7 thEd). St Louis: Elsevier.

16. C. 8

Akrosianosis pada bayi, pulse 118x/menit, kaki bayi menarik saat diberi stimulus pada kaki, pergerakan aktif, dan tangisan lemah

Option yang tepat adalah C, dengan meghitung setiap item APGAR Akrosianosis pada bayi (1), pulse 118x/menit (2), kaki bayi menarik saat diberi stimulus pada kaki (2), pergerakan aktif (2), dan tangisan lemah (1), total 8.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perhitungan Skor APGAR. Hockenberry, M.J., & Wilson. (2005). Wong's Essential of Pediatric Nursing (7 thEd). St Louis: Elsevier.

**17. B. Menyarankan anak untuk menyanyi sebagai pengalihan
Penerapan atraumatic care pra sekolah.**

- a. Usia pra sekolah adalah tahap preoperational pola pikir egosentris dan pre-kausal thinking, sehingga pendekatan penjelasan prosedur tidak tepat pada usia ini.
- b. Perawat sebaiknya memperkenalkan prosedur perawatan pada anak sesuai daya tangkap anak. Menutup mata bukanlah terapeutik play yang tepat.
- c. Tindakan ini kurang tepat diterapkan pada anak sesuai dengan tahap preoperational
- d. Teknik distraksi dengan bernyanyi dapat membantu menurunkan kecemasan pada anak.
- e. Option ini tidak terapeutik pada anak.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep atraumatic care sesuai tahapan perkembangan anak dan evidencebased nursing terkait atraumatic care.

Referensi: Hockenberry, M.J., & Wilson. (2005). Wong's Essential of Pediatric Nursing (7 thEd). St Louis: Elseiver.

18. E. Lakukan perawatan metode kanguru

Dari hasil pemeriksaan tidak ditemukan kelainan. Setelah 30 menit kemudian bayi tersebut mengalami penurunan suhu 36°C

Option yang tepat adalah E. Kasus diatas menunjukkan bayi bugar namun menunjukkan instabilitas suhu, sehingga option A, B, C, dan D tidak diperlukan. Perawatan metode kanguru dapat membantu perawatan neonatus dengan instabilitas suhu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep neonatus essensial.

Referensi: Sharma, M., & Mirsha, S. (2013). Maternal risk factors and consequences of low birth weight in infants. IOSR Journal of Humanities and Social Science, 13(4), 39-45.

19. B. Pola napas tidak efektif

Frekuensi napas 65x/menit, suhu 36,5°C, retraksi interkostal, dan sianosis sentral.

- a. Option ini tidak tepat karena faktor risiko dan kondisi klinis terkait pada kasus tidak tepat untuk menegakkan diagnosis Risiko aspirasi.
- b. Menurut SDKI minimal 80% data mayor untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Pada kasus diperoleh Gejala dan tanda mayor, yaitu data objektif: penggunaan otot bantu napas (retraksi interkostal), pola napas abnormal (takipnea: frekuensi napas 65x/menit), sehingga data ini tepat menegakkan diagnosis Pola napas tidak efektif.
- c. Option ini tidak tepat karena data mayor pada kasus belum memenuhi 80% untuk menegakkan diagnosis Gangguan pertukaran gas. sianosis sentral merupakan data minor.
- d. Option ini tidak tepat karena data mayor pada kasus belum memenuhi 80% untuk menegakkan diagnosis Gangguan ventilasi spontan
- e. Option ini tidak tepat karena tidak ada data mayor yang menunjukkan ketidakmampuan pasien dalam mempertahankan jalan napas paten.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali Buku SDKI kategori napas.

Referensi: Hockenberry, M.J., & Wilson. (2005). Wong's Essential of Pediatric Nursing (7 thEd). St Louis: Elseiver.

20. B. Mengobservasi produk stoma

Perawat telah melepaskan kantong secara perlahan

Berdasarkan Buku SPO Perawatan Stoma, setelah melepaskan kantong stoma, perawat mengobservasi bagaimana produk stoma, kemudian mengganti sarung tangan dan membersihkan stoma menggunakan cairan fisiologis. Oleh karena itu, option yang tepat adalah B.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SPO perawatan kolostomi.

Referensi: Hockenberry, M.J., & Wilson. (2005). Wong's Essential of Pediatric Nursing (7 thEd). St Louis: Elsevier.

21. B. Hipovolemi

Tanda-tanda hypovolemia

Tanda-tanda hipovolemia:

Frekuensi nadi meningkat, frekuensi nadi teraba lemah, TD menurun, tekanan frekuensi nadi

Menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, suhu tubuh meingkat, konsentrasi urine meningkat, merasa lemah, mengeluh haus, status mental berubah

Jawaban yang salah:

- a. Hipertermi
Pada Tanda-tanda vital tidak menunjukkan suhu tubuhnya tinggi.
- b. Defisit Nutrisi
Tidak menunjukkan adanya pemeriksaan bising usus, membran mukosa pucat, rambut rontok, diare.
- c. Gangguan Pola Napas
Tidak ada tanda sesak napas, saat napas tidak ada napas cuping hidung/retraksi interkosta.
- d. Gangguan integritas kulit
Tidak ada tanda kemerahan pada anus sebagai salah satu tanda infeksi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diare dengan masalah keperawatan hypovolemia.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan indicator diagnostik. Jakarta: DPP PPNI

22. C. Gangguan pertukaran gas

Hasil analisa gas darah

Pneumonia merupakan radang paru yang disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, Gambaran klinis:

Suhu mendadak naik 39-40°C kadang disertai kejang, anak gelisah karena sesak, napas cepat dan dangkal, batuk produktif.

Hasil Pemeriksaan fisik: ronchi

Diagnostik: darah tepi leukositosis 15.000-4.000/mm³, AGD: asidosis metabolik: pH < 7,35 (asam). Pa O₂ 60 mmHg.

Option jawaban yang salah:

- A. Bersihkan jalan napas salah, karena yang ditanyakan diagnosis prioritas, walaupun disoal ada pernyataan batuk produktif.
- B. Gangguan ventilasi salah, karena pasien tidak menggunakan bantuan alat napas.
- D. Gangguan pola napas salah, walaupun dipernyataan soal ada napas cepat dan napas cuping hidung, akan tetapi bukan masalah diagnosis keperawatan prioritas.
- E. Gangguan pola tidur salah, karena merupakan dampak dari masalah prioritas, walupun diagnosis ini pasti ada pada anak dengan gangguan napas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang bronchopneumonia.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan indicator diagnostik. Jakarta: DPP PPNI

23. D. Berikan minum hangat

Mengacu pada masalah keperawatan yaitu manajemen bersihkan jalan napas.

Intervensi manajemen jalan napas meliputi,

1. Observasi
 - a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas).
 - b. Monitor bunyi napas tambahan (ronksi, wheezing).
 - c. Monitor sputum (jumlah, warna).
2. Terapeutik
 - a. Pertahankan kepatenhan jalan napas.
 - b. Posisikan semi fowler/fowler.
 - c. Berikan minum hangat.
 - d. Lakukan fisioterapi dada.
 - e. Lakukan penghisapan lendir.
 - f. Berikan oksigen jika perlu
3. Edukasi
 - a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontra indikasi.
 - b. Ajarkan teknik batuk efektif.
4. Kolaborasi
 - Pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik jika perlu.

Option jawaban salah:

- A. Salah, karena termasuk intervensi manajemen jalan napas observasi.
- B. Salah, karena termasuk intervensi manajemen jalan napas observasi.
- C. Salah, karena termasuk intervensi manajemen jalan napas observasi.
- E. Salah, karena termasuk intervensi manajemen jalan napas edukasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan keperawatan bersih jalan napas.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan indicator diagnostik. Jakarta: DPP PPNI

24. B. Atur tekanan negatif 100-120 mm Hg, sebelum mesin dinyalakan Prinsip tindakan keperawatan suction

Prosedur Penghisapan jalan napas:

- 1) Identifikasi pasien minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis).
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- 3) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan.
- 4) Lakukan cuci tangan 6 langkah.
- 5) Posisikan semi fowler.
- 6) Auskultasi suara napas.
- 7) Pasang oksimetri.
- 8) Letakkan pengalas dibawah dagu dan dada.
- 9) Hubungkan selang penyambung ke mesin suction.
- 10) Hubungkan selang penyambung dengan ujung selang suction.
- 11) Atur tekanan negatif dan nyalakan mesin suction sesuai kebutuhan: Dewasa 120-150 mmHg, anak 100-120 mmHg, bayi 60-100 mmHg.
- 12) Berikan oksigen 100% minimal 30 detik dengan selang oksigen.
- 13) Pasang sarung tangan.
- 14) Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik.
- 15) Lakukan penghisapan pada ETT terlebih dahulu, lalu hidung dan mulut (Jika terpasang ETT/Endo Tracheo Tube).
- 16) Bilas selang suction dengan cairan steril.
- 17) Berikan kesempatan bernapas 3-5 kali sebelum penghisapan berikutnya.
- 18) Monitor saturasi oksigen selama penghisapan.
- 19) Lepas dan buang selang suction.
- 20) Matikan mesin suction
- 21) Auskultasi kembali suara napas.
- 22) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan.
- 23) Lepaskan sarung tangan.
- 24) Lakukan cuci tangan 6 langkah.
- 25) Dokumentasikan warna, jumlah, konsistensi sputum, kemampuan batuk, saturasi oksigen, suara napas dan respon pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip tindakan keperawatan suction.

Referensi: Ngastiyah, 2012, Perawatan Anak Sakit. Edisi 2, EGC, Jakarta
PPNI, (2021), Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan Dewan Pengurus Pusat, Jakarta.

25. E. Bersihkan jalan napas tidak efektif.**Data mayor untuk menegakkan masalah keperawatan bersihkan jalan napas**

Data penunjang pada masalah bersihkan jalan napas tidak efektif, meliputi, batuk berdahak, pilek 3 hari, suara napas ronchi menunjukkan ada akumulasi/penumpukan sekret.

Frekuensi napasnormal:

30-60 x/menit pada bayi.

24-40 x/menit pada Balita.

22-34 x/menit pada prasekolah.

18-30 x/menit pada usia sekolah

12-16 x/ menit pada remaja.

Option Jawaban yang salah:

- A. Pada soal suhu 38°C termasuk hipertermi, akan tetapi muncul sebagai dampak dari retensi sekret.
- B. Defisit nutrisi, sebagai dampak dari gangguan dari napasnya, salah satu defisit nutrisi ditandai dengan penurunan berat badan, pada kasus usia 6 bulan

berat badannya masih normal dengan rumus:

$$\frac{\text{umur (bulan)}}{2} + 9 = \frac{6}{2} + 9 = 7,5$$

Berat Badan pada bayi 6 bulan pada kasus = 8 kg, artinya belum terjadi defisit nutrisi.

- C. Defisit volume cairan, bukan pilihan jawaban karena tidak ada option dari kasus yang mengarah ke defisit cairan, misalkan ada penurunan turgor kulit.
- D. Pola napas tidak efektif, bukan pilihan jawaban, karena frekuensi napas masih normal, tidak ada napas cuping hidung atau adanya retraksi dada.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan bersihkan jalan napas tidak efektif.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan indicator diagnostik. Jakarta: DPP PPNI

26. E. Posisikan pasien sesuai dengan area paru yang mengalami penumpukan sekret.**Fisioterapi dada**

Prosedur Fisioterapi dada:

1. Identifikasi pasien minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/ nomor rekam medis).
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur.
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:

- a. Sarung tangan bersih.
 - b. Bengkok berisi cairan desinfektan.
 - c. Tisu.
 - d. Oksigen jika perlu.
 - e. Set suction jika perlu.
4. Lakukan cuci tangan 6 langkah.
 5. Pasang sarung tangan bersih.
 6. Periksa status napas (frekuensi , kedalaman napas, karakteristik sputum, bunyi napas tambahan)
 7. Posisikan pasien sesuai area paru yang mengalami penumpukan sputum.
 8. Gunakan bantal untuk mengatur posisi.
 9. Lakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3-5 menit.
 10. Hindari perkusi pada tulang belakang, ginjal, payudara, lokasi insisi, tulang rusuk yang patah).
 11. Lakukan vibrasi dengan posisi tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut.
 12. Lakukan penghisapan sputum, jika perlu.
 13. Anjurkan batuk segera setelah prosedur selesai.
 14. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan.
 15. Lepaskan sarung tangan.
 16. Cuci tangan 6 langkah.

Option jawaban yang salah:

- A. Tidak sesuai SPO
- B. Tidak sesuai SPO
- C. Tidak sesuai SPO
- D. Tidak sesuai SPO

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fisioterapi dada.

Referensi: Ngastiyah, 2012, Perawatan Anak Sakit. Edisi 2, EGC, Jakarta
PPNI, (2021), Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan Dewan Pengurus Pusat, Jakarta

27. A. Meniup balon

Prinsip terapi bermain

Atraumatik care: tindakan/prosedur pada anak dan keluarga dengan meminimalkan stres psikologis dan fisik.

Prinsipnya :

1. Mencegah/memiminimalkan perpisahan anak dengan ortunya
2. Meningkatkan perasaan kendali
3. Mencegah/memiminimalkan cedera tubuh dan nyeri

Pemberian pelayanan yang atraumatik secara umum dapat berupa:

1. Meningkatkan/memperkokoh hubungan ortu-anak selama hospitalisasi.
2. Menyiapkan anak sebelum prosedur/tindakan asing.

3. Mengontrol nyeri
4. Memberikan kesempatan kesendirian pada anak

Option yang salah:

- B. Merangkai puzzle untuk menstimulasi motorik halus.
- C. Role play dengan bermain peran.
- D. Stimulasi motorik halus.
- E. Stimulasi motorik halus.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip terapi bermain.

Referensi: Donna L Wong (2009), Keperawatan Pediatrik, EGC, Jakarta
Soetjiningsing (2013), Tumbuh Kembang Anak, EGC, Jakarta

28. E. Anjurkan minum air yang cukup

Intervensi integritas kulit

Intervensi Diagnosis Integritas kulit:

1. Observasi:
 - Identifikasi gangguan penyebab integritas kulit (perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, dan penurunan mobilitas).
2. Terapeutik:
 - a. Ubah posisi setiap 2 jam jika anak tirah baring
 - b. Lakukan pemijatan pada daerah penonjolan tulang (jika perlu)
 - c. Bersihkan daerah perianal dengan air hangat, selama periode diare.
 - d. Gunakan baju yang berbahan ringan dan hipoalergik
 - e. Hindari produk berbahan alkohol pada kulit kering.
3. Edukasi
 - a. Anjurkan menggunakan pelembab
 - b. Anjurkan minum air yang cukup
 - c. Anjurkan meningkatkan asupan makanan
 - d. Anjurkan mengkonsumsi buah dan sayur.

Jawaban salah:

- A. Ubah posisi tiap 2 jam jika anak tirah baring
Merupakan intervensi terapeutik
- B. Gunakan baju berbahan ringan dan hipoalergik
Merupakan intervensi terapeutik
- C. Lakukan pemijatan pada daerah yang menonjol
Merupakan intervensi terapeutik
- D. Gunakan pelembab pada kulit yang kering
Merupakan intervensi terapeutik

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi integritas kulit.

Referensi: Ngastiyah, 2012, Perawatan Anak Sakit. Edisi 2, EGC, Jakarta
 PPNI, 2018, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Jakarta.

29. A. Campak, 0,5 CC

Jadwal dan Dosis imunisasi

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Dosis	Cara penyuntikan
Hepatitis B	0-7 hari	0,5 cc	IM
BCG	1 bulan	0,05 cc	IC
Polio/IPV	1,2,3,4 bulan	2 tetes/0,5 cc	Oral/IM
DPT-HB-Hib	2,3,4	0,5	IM
Campak	9	0,5	-SC

Jawaban salah:

- B. DPT, HB, HIB 0,5 cc
Diberikan pada usia 2,3, 4 bulan
- C. Polio, oral 2 tetes
Diberikan pada usia 1,2,3,4 bulan
- D. Hepatitis B, 0,5 cc
Diberikan pada usia 0-7 hari
- E. TT, 0,5 cc
Diberikan pada usia wanita usia subur

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jadwal dan dosis imunisasi.

Referensi: DEPKES Republik Indonesia, Buku Panduan Imuisasi Indonesia, 2023

30. E. 3 Tahun

Penghitungan usia anak berdasarkan KPSP

Langkah awal untuk menentukan usia anak dalam KPSP:

1. Tentukan tanggal tes dan tanggal lahir
2. Tanggal tes dikurangi tanggal lahir:

$$\begin{array}{r}
 2023 \ 03 \ 17 \\
 - 2020 \ 04 \ 1 \\
 \hline
 2 \ 11 \ 16
 \end{array}$$

3. Apabila umur anak dalam harinya 16 maka dibulatkan 1 bulan, contoh usia anak 3 bulan 16 hari maka dibulatkan 4 bulan, apabila usia anak 3 bulan 15 hari maka dibulatkan 3 bulan.
4. Pilih KPSP sesuai usia anak.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penghitungan usia anak berdasarkan KPSP.

Referensi: Soetjiningsih, 2013, Tumbuh Kembang Anak, EGC, Edisi 2, Jakarta

31. E. Pemberi Asuhan**Peran Perawat**

- A. Advokat artinya membantu pasien menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan khususnya dalam mengambil persetujuan atas tindakan keperawatan dan melindungi hak-hak pasien.
- B. Edukator artinya memberi pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan baik secara formal dan informal
- C. Koordinator artinya mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dengan tim kesehatan lainnya
- D. Kolaborator artinya berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kesehatan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang peran perawat.

Referensi: Le Silalahi, et al. (2021). Ilmu Keperawatan Dasar : Yayasan Kita Menulis.

32. E. Meminta ibu untuk menyusui anaknya selama proses imunisasi**Tindakan keperawatan yang tepat**

- A. Melakukan injeksi ketika anak tertidur lelap tidak tepat karena dapat membuat anak terkejut dan rewel
- B. Memberikan anastesi topikal setelah injeksi kurang tepat, yang tepat adalah memberikan anastesi topikal sebelum injeksi
- C. Memasang restrain supaya mudah untuk dilakukan imunisasi
- D. Tetap melakukan imunisasi karena sudah cukup usia imunisasi
- E. C dan D tidak tepat karena memicu trauma pada bayi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan atraumatic care untuk meminimalkan nyeri.

Referensi: Sri M.D.& Erita S. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. UKI, Jakarta, 2019.

33. C. Beneficence**Prinsip Etik**

- A. Justice artinya Prinsip moral yang mementingkan fairness dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya atau pendistribusian dari keuntungan, bahaya dan risiko secara adil.
- B. Autonomy artinya Prinsip ini menjelaskan pemberian kebebasan pada pasien dan keluarga untuk menentukan diri atau mengatur diri sendiri sesuai dengan hakikat manusia yang mempunyai harga diri dan martabat.
- C. Beneficence artinya Berbuat Baik, Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik untuk mencegah terjadinya kesalahan. Prinsip benar obat, benar nama, dan benar prosedur adalah prinsip etik yang dilakukan perawat agar tidak merugikan pasien.

- D. NonMaleficence artinya Prinsip ini berarti segala tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya/ cedera secara fisik dan psikologik.
- E. Accountability: pilihan ini tidak tepat karena prinsip ini berarti menerapkan tindakan professional perawat dalam berbagai kondisi tanpa terkecuali untuk mencapai suatu tujuan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Prinsip Etik.

Referensi: Dewi dkk, 2022. Bunga Rampai "Etika Profesi dan Hukum Kesehatan".
Sukoharjo: Pradina Pustaka.

34. D. Melakukan penyuntikan dengan teknik z-track Langkah selanjutnya pada SOP Penyuntikan IM

Prosedur Injeksi IM

- a. Identifikasi Pasien menggunakan minimal dua identitas
- b. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan
- d. Lakukan prinsip 6 benar pemberian obat
- e. Lakukan kebersihan tanagan 6 langkah
- f. Pasang sarung tangan bersih
- g. Tarik obat ke dalam spuit dari ampul/vial
- h. Pilih area injeksi
- i. Hindari area yang mengalami memar, radang dll
- j. Gunakan teknik z-track untuk mencegah obat keluar ke jaringan subcutan dan kulit
- k. Tusukkan jarum dengan sudut 90 derajat12. Dst

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP Injeksi IM.

Referensi: Pedoman Standard SPO Keperawatan PPNI Edisi 1, 2021

35. D. Lakukan analisa dengan menggunakan indikator yang disepakati langkah selanjutnya dalam pemantauan antropometri.

SOP Pemantauan Antropometri

- a. Mengidentifikasi pasien,
- b. Menjelaskan prosedur kepada ibu
- c. Menyiapkan alat dan bahan lalu
- d. Mencuci tangan.
- e. Melakukan pengukuran antropometri pada pasien adalah melakukan analisa dengan menggunakan indikator yang disepakati.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP Pemantauan Antropometri.

Referensi: Pedoman Standard SPO Keperawatan PPNI Edisi 1, 2021

36. A. Meregangkan kulit dibawah area insersi**Langkah selanjutnya pada SOP Pemasangan infus.**

SOP Pemasangan Infus

- a. Identifikasi pasien
- b. Jelaskan langkah dan prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan
- d. Lakukan kebersihan 6 langkah
- e. Siapkan cairan infus
- f. Atur posisi
- g. Pilih vena yang akan di insersi
- h. Letakkan pengalas
- i. Pasang sarung tangan bersih
- j. Dilatasikan vena dengan memasang torniquet
- k. Bersihkan daerah yang akan di insersi dengan menggunakan alkohol swab
- l. Regangkan kulit dibawah vena yang akan di insersi
- m. Insersikan kateter pada vena 14. dst

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP Pemasangan Infus.

Referensi: Pedoman Standard SPO Keperawatan PPNI Edisi 1, 2021

37. B. Autonomy**Prinsip Etik**

A. Justice artinya Prinsip moral yang mementingkan fairness dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya atau pendistribusian dari keuntungan, bahaya dan risiko secara adil.

C. Beneficence artinya Berbuat Baik, Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik untuk mencegah terjadinya kesalahan atau kejahatan.

D. NonMaleficence artinya Prinsip ini berarti segala tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya/ cedera secara fisik dan psikologik.

E. Accountability artinya perawat harus bertanggung jawab dan menjalankan asuhan sesuai SOP atau standar profesionalitasnya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Prinsip Etik.

Referensi: Dewi dkk, 2022. Bunga Rampai "Etika Profesi dan Hukum Kesehatan".
Sukoharjo : Pradina Pustaka.

38. E. NonMaleficence**Prinsip Etik**

- A. Justice artinya Prinsip moral yang mementingkan fairness dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya atau pendistribusian dari keuntungan, bahaya dan risiko secara adil.

- B. Autonomy artinya Prinsip ini menjelaskan pemberian kebebasan pada pasien dan keluarga untuk menentukan diri atau mengatur diri sendiri sesuai dengan hakikat manusia yang mempunyai harga diri dan martabat.
- C. Beneficence artinya Berbuat Baik, Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik untuk mencegah terjadinya kesalahan atau kejahanan.
- D. Accountability artinya perawat harus bertanggung jawab dan menjalankan asuhan sesuai SOP atau standar profesionalitasnya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Prinsip Etik.

Referensi: Dewi dkk, 2022. Bunga Rampai "Etika Profesi dan Hukum Kesehatan".
Sukoharjo : Pradina Pustaka.

39. E. Accountability

Prinsip Etik

- A. Justice artinya Prinsip moral yang mementingkan fairness dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya atau pendistribusian dari keuntungan, bahaya dan risiko secara adil.
- B. Autonomy artinya Prinsip ini menjelaskan pemberian kebebasan pada pasien dan keluarga untuk menentukan diri atau mengatur diri sendiri sesuai dengan hakikat manusia yang mempunyai harga diri dan martabat.
- C. Beneficence artinya Berbuat Baik, Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik untuk mencegah terjadinya kesalahan atau kejahanan.
- D. NonMaleficence artinya Prinsip ini berarti segala tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya/ cedera secara fisik dan psikologik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Prinsip Etik.

Referensi: Dewi dkk, 2022. Bunga Rampai "Etika Profesi dan Hukum Kesehatan".
Sukoharjo: Pradina Pustaka.

40. E. Risiko Perilaku kekerasan.(Penelantaran)

Sindrom Munchausen karena jatuh

- A. Bukan masalah utama
- B. Bukan masalah utama
- C. Bukan masalah utama
- D. Bukan masalah utama
- E. Risiko perilaku kekerasan.(Penelantaran)

Merupakan masalah utama pada sub kategori keamanan pada anak.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang **Child Abuse dan Neglect (CAN)**.

Referensi: Soetjiningsih. 2015. Tumbuh kembang Anak. Jakarta : EGC.
Tim Pokja SDKI DPP.PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,Definisi dan Indikator Diagnostik,Jakarta,DPP.PPNI.

41. E. Risiko Perilaku kekerasan.(Penelantaran)

Belum pernah mendapatkan imunisasi

- A. Bukan masalah utama
- B. Bukan masalah utama
- C. Bukan masalah utama
- D. Bukan masalah utama
- E. Risiko Perilaku kekerasan.(Penelantaran)

Merupakan masalah utama pada sub kategori keamanan pada anak.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang **Child Abuse dan Neglect (CAN)**.

Referensi: Soetjiningsih. 2015. Tumbuh kembang Anak. Jakarta : EGC.
Tim Pokja SDKI DPP.PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik,Jakarta,DPP.PPNI.

42. D. Risiko Cidera

Kejang, Diagnosis RM dan disabilitas intelektual

- A. Bukan masalah utama
- B. Bukan masalah utama
- C. Bukan masalah utama
- D. Risiko Cidera
Merupakan masalah utama pada sub kategori keamanan pada anak.
- E. Bukan masalah utama

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Retardasi Mental.

Referensi: Soetjiningsih. 2015. Tumbuh kembang Anak. Jakarta : EGC.
Tim Pokja SDKI DPP.PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik, Jakarta,DPP.PPNI.

43. A. Risiko gangguan sirkulasi spontan

Muntah-muntah setelah 4 jam dan makan minum.

- A. Risiko gangguan sirkulasi spontan
Merupakan masalah utama dan terjadinya secara spontan
- B. Data tidak mendukung
- C. Tidak ada data
- D. Data tidak mendukung
- E. Data kurang mendukung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Keracunan.

Referensi: Soetjininngsih. 2015. Tumbuh kembang Anak. Jakarta: EGC.

Tim Pokja SDKI DPP.PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik, Jakarta, DPP.PPNI.

44. C. Konstipasi

Perut tegang

- A. Data kurang mendukung
- B. Data kurang mendukung
- C. Konstipasi
 - Didukung dengan data , perut tegang, BAB -, dan hasil colok dubur faeces menyemprot
- D. Data kurang mendukung karena BAB –
- E. Data tidak mendukung

Referensi: Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Hirsprung.

Referensi: Mansjoer, dkk. 2000, Kapita Selekta Kedokteran, ed.@, Media Aesculapius, Jakarta

Soetjininngsih. 2015. Tumbuh kembang Anak. Jakarta: EGC.

Tim Pokja SDKI DPP.PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,Definisi dan Indikator Diagnostik,Jakarta,DPP.PPNI

45. E. Kolaborasi pemberian cairan,

Perut tegang ,meconeum tidak keluar.

- A. Bukan intervensi untuk mengatasi masalah utama
- B. Bukan intervensi untuk mengatasi masalah utama
- C. Bukan intervensi untuk mengatasi masalah utama
- D. Bukan intervensi untuk mengatasi masalah utama
- E. Kolaborasi pemberian cairan,
 - Merupakan intervensi untuk mengatasi masalah utama, esuai data yang ada bayi muntah dan rencana dilakukan pembedahan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang anus imperforata.

Referensi: Mansjoer, dkk. 2000, Kapita Selekta Kedokteran , ed.@, Media Aesculapius,Jakarta

Soetjininngsih. 2015. Tumbuh kembang Anak. Jakarta : EGC.

Tim Pokja SDKI DPP.PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,Definisi dan Indikator Diagnostik,Jakarta,DPP.PPNI

46. D. Gunakan alat makan khusus, bila menggunakan alat tanpa puting. (dot, spuit asepto) letakan formula di belakang lidah.

Perut tegang ,meconeum tidak keluar.

- A. Tidak menjawab permasalahan yang ada
- B. Tidak menjawab permasalahan yang ada
- C. Tidak menjawab permasalahan yang ada

- D. Gunakan alat makan khusus, bila menggunakan alat tanpa puting. (dot, spuit asepto) letakan formula di belakang lidah.
- Intervensi sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada bayi dengan diagnosis celah bibir unilateral komplit
- E. Tidak menjawab permasalahan yang ada

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Bibir Sumbing dan Hidrocephalus.

Referensi: Mansjoer, dkk. 2000, Kapita Selekta Kedokteran, ed.@, Media Aesculapius,Jakarta

Soetjiningsih. 2015. Tumbuh kembang Anak. Jakarta : EGC.

Tim Pokja SDKI DPP,PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,Definisi dan Indikator Diagnostik,Jakarta,DPP.PPN

47. B. Defisit nutrisi

Kwashiorkor

- A. Data tidak mendukung
- B. Defisit nutrisi
 - Jawaban benar sesuai data anak kekurangan kalori protein
- C. Data tidak mendukung
- D. Data kurang mendukung
- E. Data tidak mendukung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Kwashiorkor.

Referensi: Soetjiningsih. 2015. Tumbuh kembang Anak. Jakarta : EGC.

Tim Pokja SDKI DPP,PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,Definisi dan Indikator Diagnostik,Jakarta,DPP.PPN

48. B. Fasilitasi dalam menentukan pedoman diet.

Obesitas pada anak dengan Gangguan metabolismik.

- A. Intervensi bukan untuk mengatasi masalah keperawatan kategori psikologis pada anak
- B. Fasilitasi dalam menentukan pedoman diet.
 - Jawaban benar tindakan yang dilakukan orang tua untuk mengatasi masalah keperawatan kategori psikologis pada anak, dimana orang tua melibatkan anak untuk menentukan pedoman diet pada anak itu sendiri
- C. Intervensi bukan untuk mengatasi masalah keperawatan kategori psikologis pada anak
- D. Intervensi bukan untuk mengatasi masalah keperawatan kategori psikologis pada anak
- E. Intervensi bukan untuk mengatasi masalah keperawatan kategori psikologis pada anak

Referensi: Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Obesitas.

Soetjiningsih. 2015. Tumbuh kembang Anak. Jakarta : EGC.

Tim Pokja SDKI DPP,PPNI 2017Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia,Definisi dan Indikator Diagnostik,Jakarta,DPP.PPN

LATIHAN SOAL KEPERAWATAN

GAWAT DARURAT

SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

1. Perempuan, 55 tahun, dibawa oleh keluarganya ke IGD RS dengan keluhan nyeri dada sejak satu jam yang lalu. Hasil pengkajian: nyeri menjalar ke bahu dan lengan kiri, skala nyeri 9, nyeri terasa seperti ditekan benda berat, tidak berkurang dengan istirahat, riwayat hipertensi selama 10 tahun, TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 37°C, CRT<2 detik, wajah meringis. Apa label triage yang diberikan pada kasus tersebut?
 - a. Merah
 - b. Kuning
 - c. Hijau
 - d. Hitam
 - e. Putih
2. Laki-laki, 35 tahun, dibawa oleh polisi ke IGD RS karena mengalami kecelakaan lalu lintas 30 menit yang lalu. Hasil Pengkajian: sesak napas, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 36,6°C, napas cuping hidung, jejas di klavikula dan leher, fraktur terbuka di humerus sinistra. Apa tindakan prioritas perawat pada kasus tersebut?
 - a. Berikan oksigen
 - b. Pasang balut bidai
 - c. Pasang *neck collar*
 - d. Kaji tanda-tanda vital
 - e. Berikan cairan intravena
3. Laki-laki, 20 tahun, dibawa oleh keluarganya ke IGD RS dengan penurunan kesadaran setelah terjatuh dari pohon 15 menit yang lalu. Hasil pengkajian: klien mengalami sesak napas, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 36,8°C, terdapat jejas di klavikula dan dahi, fraktur di cruris sinistra. Apa tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Heimlich
 - b. Head tilt
 - c. Chin lift
 - d. Jaw thrust
 - e. Head tilt-chin lift
4. Perempuan, 30 tahun, dibawa oleh warga ke IGD RS karena mengalami kecelakaan lalu lintas sekitar 15 menit yang lalu. Saksi mengatakan bahwa pasien tidak sadar sejak tertabrak. Hasil pengkajian: TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 36,4°C, saturasi O₂ 86%, klien tidak sadar, terdengar *gurgling*, keluar darah dari hidung dan mulut, tampak pemendekan cruris dextra. Apa masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
 - a. Pola napas tidak efektif
 - b. Gangguan mobilitas fisik
 - c. Gangguan pertukaran gas
 - d. Bersihan jalan napas tidak efektif

- e. Penurunan perfusi jaringan serebral
5. Laki-laki, 29 tahun, dibawa oleh warga ke IGD RS karena ditemukan pingsan di tepi jalan 20 menit yang lalu. Hasil pengkajian: tampak jejas di dahi dan ekstremitas bawah. Saat dilakukan pemasangan infus, klien tiba-tiba mengalami henti napas, frekuensi nadi tidak teraba. Perawat sudah memanggil bantuan. Apa tindakan yang selanjutnya dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Atur posisi pemulihan
 - b. Berikan ventilasi bantuan
 - c. Lakukan look, listen, feel
 - d. Lakukan resusitasi jantung paru
 - e. Berikan defibrilasi dengan AED
6. Laki-laki, 40 tahun, dibawa oleh keluarganya ke ruang IGD karena mengalami nyeri dada kiri menjalar ke bahu dan, lengan kiri sejak 30 menit yang lalu. Saat akan dilakukan pengkajian lebih lanjut klien tiba-tiba tidak sadarkan diri, frekuensi nadi tidak teraba dan tidak bernapas. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Nyeri akut
 - b. Intoleransi aktivitas
 - c. Pola napas tidak efektif
 - d. Gangguan rasa nyaman
 - e. Gangguan sirkulasi spontan
7. Seorang wanita, 54 tahun, dibawa oleh keluarga ke IGD RS dengan keluhan sesak napas, batuk dan tidak nafsu makan. Hasil pengkajian: TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi napas 28x/menit, suhu 38°C, lemah, batuk produktif, dan ronkhi basah di semua area paru. Apa luaran keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Pola napas membaik
 - b. Status nutrisi membaik
 - c. Termoregulasi membaik
 - d. Toleransi aktivitas meningkat
 - e. Bersihkan jalan napas meningkat
8. Laki-laki, 35 tahun, mengalami henti napas dan henti jantung di ruang unit gawat darurat. Perawat langsung melakukan tindakan resusitasi jantung paru (RJP) selama 2 menit. Setelah itu perawat mengevaluasi keadaan klien, ternyata denyut frekuensi nadi pasien teraba dan napas tidak ada. Apa tindakan selanjutnya yang harus dilakukan?
- a. Lakukan kembali tindakan resusitasi jantung paru
 - b. Rujuk klien ke sarana pelayanan kesehatan terdekat
 - c. Berikan bantuan napas sebanyak 10 kali selama dua menit
 - d. Berikan bantuan napas sebanyak 20 kali selama dua menit
 - e. Posisikan klien ke posisi miring mantap (*recovery position*)

9. Perempuan, 50 tahun, mengalami henti napas dan henti jantung di UGD. Perawat langsung melakukan tindakan resusitasi jantung paru (RJP) selama 2 menit. Setelah itu perawat mengevaluasi keadaan klien, ternyata denyut nadi teraba dan napas positif. Apa tindakan selanjutnya yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- Lakukan kembali tindakan resusitasi jantung paru
 - Rujuk klien ke sarana pelayanan kesehatan terdekat
 - Berikan bantuan napas sebanyak 10 kali selama dua menit
 - Hitung RR pasien
 - Posisikan klien ke posisi miring mantap (*recovery position*)
10. Laki-laki, 65 tahun, dibawa oleh keluarganya ke UGD RS dengan keluhan sulit bernapas. Hasil pengkajian: riwayat bronchitis sejak usia 50 tahun, TD 130/80mmHg, frekuensi nadi 76x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 37,8°C, kesadaran letargi, PH 7.20, PaO₂ 70 mmHg, PCO₂ 50 mmHg, HCO₃ 23 mEq/L. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Pola napas tidak efektif
 - Gangguan pertukaran gas
 - Gangguan ventilasi spontan
 - Bersihan jalan napas tidak efektif
 - Risiko perfusi serebral tidak efektif
11. Laki-laki, 42 tahun, dibawa ke UGD akibat jatuh dari lantai dua sebuah gedung, menurut pengantar korban ditemukan dalam keadaan tidak sadar. Hasil pengkajian: luka di pelipis kepala, jejas pada tulang klavikula, *brill hematoma* didaerah mata, *battle sign* di daerah telinga, darah keluar dari hidung dan telinga, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 120x/menit, frekuensi napas 32x/ menit, suhu 38°C. Manakah metode yang paling tepat dipilih untuk membuka jalan napas pada kasus tersebut?
- Jaw thrust
 - Posisi fleksi
 - Head tilt-chin lift
 - Prosedur Hemllich
 - Modifikasi head tilt-chin lift
12. Laki-laki, 55 tahun, diantar ambulans ke UGD karena mengalami luka bakar yang terjadi di basement sebuah Mall. Pasien diduga mengalami trauma inhalasi. Hasil pengkajian: rambut dan bulu hidung terbakar, luka bakar diderah lengan dan ekstremitas bawah, TD 135/90 mmHg, frekuensi nadi 115x/menit, frekuensi napas 35x/menit, suhu 38,8°C. Apakah intervensi yang paling tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- Oksigen Rebreathing Mask (RM) 4 liter
 - Pemberian oksigen nasal kanul 10 liter
 - Pemberian oksigen nasal kanul 15 liter
 - Oksigen melalui Rebreathing Mask (RM) 10 liter
 - Oksigen melalui masker Non-Rebreathing Mask (NRM)15 liter.

13. Laki-laki, 54 tahun, dibawa ke UGD dalam keadaan tidak sadar dan mengalami hematothorax akibat kecelakaan yang serius. Hasil pengkajian: TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 125x/menit, frekuensi napas 34x/ menit, suhu 35,6°C. Tindakan pembedahan perlu segera dilakukan untuk menyelamatkan nyawa pasien. Manakah tindakan yang paling benar terkait *informed consent* pembedahan sebagai pertimbangan etik pada kasus tersebut?
- Meminta polisi untuk menandatangani formulir persetujuan tindakan.
 - Hubungi perawat penanggung jawab untuk memulai sidang etik membahas prosedur pembedahan.
 - Segera menghubungi pasangan pasien untuk mendapatkan persetujuan via telepon sebelum melakukan prosedur pembedahan.
 - Meminta teman pasien yang menemani pasien untuk masuk ke unit gawat darurat dan menandatangani formulir persetujuan tindakan.
 - Segera mungkin memindahkan pasien ke ruang operasi, sebagaimana petunjuk dokter, tanpa mendapatkan persetujuan tindakan.
14. Suatu rumah sakit menerima telpon darurat dan teridentifikasi tugas memberikan pertolongan pada korban ledakan yang terjadi di sebuah pabrik industri dan mengakibatkan cedera dan luka pada 95 orang korban. Perawat dan tim di lokasi kejadian akan segera mencari korban. Korban pertama mendapat prioritas tindakan dan dibawa ke rumah sakit. Mana korban yang dibantu dari kasus tersebut?
- Korban dengan fraktur tertutup ekstremitas atas.
 - Korban dengan luka-luka lecet pada wajah dan tangan.
 - Korban dengan tidak ada frekuensi nadi yang menetap dan dilatasi pupil.
 - Korban dengan hidung dan rambut muka hangus serta kesulitan bernapas.
 - Korban dengan laserasi superfisial pada ekstremitas bawah dan memotion permohonan.
15. Laki-laki, 55 tahun, diantar ke IGD karena kecelakaan lalu lintas dengan kondisi tidak sadarkan diri dan kesulitan bernapas. Hasil pengkajian: luka eksoriasi di wajah disertai keluar darah dari hidung dan telinga, luka mengganga pada dinding dada kanan sepanjang 3 cm, bunyi *sucking chest wound*, *fraktur femur 1/3 tengah dextra* dengan perdarahan massif, akral teraba dingin, TD 135/90 mmHg, frekuensi nadi 125x/menit, frekuensi napas 38x/menit, suhu 36,2°C. Apakah kode warna yang dipasang untuk korban pada kasus tersebut?
- Biru
 - Hijau
 - Hitam
 - Merah
 - Kuning
16. Perawat sebuah RS mendapatkan tugas terhadap bencana eksternal (korban masal) pada sebuah bangunan runtuh yang terjadi akibat gempa bumi di suatu kota. Terdapat beberapa orang korban yang memerlukan pertolongan. Mana korban yang prioritas berdasarkan triage pada kasus tersebut?

- a. Korban yang mengalami fraktur pada kedua kaki
 - b. Korban yang mengalami luka parah multipel dan meninggal
 - c. Korban sadar yang mengalami memar pada lengan dan kaki
 - d. Korban yang mengalami trauma kepala dan menangis histeris
 - e. Korban yang mengalami amputasi parsial pada tungkai yang mengalami perdarahan
17. Laki-laki, 29 tahun, masuk UGD dengan keluhan susah bernapas, bibir tampak sianosis, tangan memegang leher seperti tercekik wajah pucat akibat tersedak cilok yang di makan. Apakah tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Suction
 - b. Jaw Trust
 - c. Head til Chin lift
 - d. Hemlich Manuver
 - e. Pasang oksigen dengan Rebreathing mask
18. Laki-laki, umur 37 tahun, masuk IGD karena mengalami perdarahan akibat luka tusuk pada abdomen pipa besi masih tertancap di rongga dada. Hasil pengkajian: kesadaran menurun, GCS 6, TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 130x/menit, frekuensi napas 30x/menit, suhu 36,6°C, ada tanda syok hemoragik. Apa implementasi prioritas pada kasus tersebut?
- a. Mempertahankan tirah baring
 - b. Memasang infus 2 jalur dengan cepat
 - c. Mencabut pisau dan menutup lukanya
 - d. Mempertahankan pisau tetap pada tempatnya
 - e. Merujuk ke RS terdekat untuk dioperasi dantransfusi darah
19. Perempuan, usia 35 tahun, dibawa ke UGD karena mengalami reaksi anafilaktik setelah makan udang (seafood). Hasil pengkajian: wajah merah dan bengkak, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 115x/menit, frekuensi napas 30x/menit, suhu 36,8°C. Manakah tindakan darurat prioritas yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Memberikan oksigen
 - b. Memberikan kortikosteroid
 - c. Memberikan epinefrin (adrenalin)
 - d. Mempertahankan kelancaran jalan napas
 - e. Mengajarkan klien tentang pentingnya penggunaan gelang pengaman

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN

GAWAT DARURAT

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

1. A. Merah

Nyeri dada sejak sejam lalu dengan skala 9

- a. Opsi a label merah tepat karena nyeri dada khas penyakit jantung iskemik dan peningkatan frekuensi napas merupakan kondisi yang mengancam kehidupan dan harus segera ditangani (kondisi gawat darurat)
- b. Opsi b label kuning tidak tepat karena kondisi klien tidak dapat menunggu penanganan dan mengancam nyawa klien
- c. Opsi c tidak tepat karena label hijau bukan kondisi yang mengancam nyawa dan masih dapat menunggu penanganan beberapa jam
- d. Opsi d label hitam tidak tepat karena klien masih hidup
- e. Opsi e tidak tepat karena tidak terdapat label putih

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang triage.

Referensi: Kartikawati, D. (2011). Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Salemba Medika.

2. C. Pasang *neck collar*

Pelajari kembali siklus penangan Trauma, Kecelakaan lalu lintas, jejas di klavikula dan leher

- a. Opsi a kurang tepat karena pemberian oksigen dapat diberikan segera setelah jalan napas dipertahankan
- b. Opsi b kurang tepat karena balut bidai dapat dilakukan segera setelah masalah napas diatasi
- c. Opsi c tepat karena neck collar merupakan tindakan prioritas karena terdapat kecurigaan adanya cedera servikal yaitu jejas di klavikula dan leher yang dapat mengancam nyawa jika tidak segera diimobilisasi
- d. Opsi d kurang tepat karena data tanda-tanda vital sudah terdapat pada kasus
- e. Opsi e kurang tepat karena pemberian cairan intravena dapat diberikan segera setelah masalah napas diatasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan gawat darurat pada kasus cedera kepala/ Trauma.

Referensi: Kartikawati, D. (2011). Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Salemba Medika.

3. D. Jaw thrust

Tanda –tanda cedera servikal, Jatuh dari pohon, jejas di klavikula dan dahi

- a. Opsi a tidak tepat karena heimlich merupakan teknik untuk mengeluarkan benda asing dari jalan napas

- b. Opsi b tidak tepat karena head tilt dan chin lift dilakukan untuk membuka jalan napas pada klien dengan kondisi tidak terdapat cedera kepala atau servikal
- c. Opsi c tidak tepat karena head tilt dan chin lift dilakukan untuk membuka jalan napas pada klien dengan kondisi tidak terdapat cedera kepala atau servikal
- d. Opsi d tepat karena jaw thrust merupakan teknik membuka jalan napas pada klien dengan kecurigaan mengalami cedera kepala atau servikal yang ditandai dengan adanya jejas pada klavikula, area wajah atau leher
- e. Opsi e tidak tepat karena head tilt dan chin lift dilakukan untuk membuka jalan napas pada klien dengan kondisi tidak terdapat cedera kepala atau servikal

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan gawat darurat pada kasus cedera kepala dan manajemen jalan napas.

Referensi: Kartikawati, D. (2011). Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Salemba Medika.

4. D. Bersihkan jalan napas tidak efektif

Terdengar gargling keluar darah dari hidung dan mulut

- a. Opsi a pola napas tidak efektif kurang tepat karena terdapat data suara napas abnormal
- b. Opsi b kurang tepat karena gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan namun bukan menjadi prioritas masalah keperawatan pada kasus
- c. Opsi c gangguan pertukaran gas tidak tepat karena tidak terdapat data analisa gas darah untuk mendukung penegakan diagnosis
- d. Opsi d tepat karena bersihkan jalan napas tidak efektif merupakan masalah keperawatan yang prioritas didukung dengan adanya suara napas abnormal gurgling yang mendandakan jalan napas tidak paten
- e. Opsi e kurang tepat karena penurunan perfusi serebral tidak efektif bukan masalah keperawatan utama pada kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan gawat darurat pada kasus cedera kepala dan manajemen jalan napas.

Referensi: Krisanty, P., Manurung, S., Suratun, Wartonah, Sumartini, M., Dalami, E., Rohimah, & Setiawati, S. (2009). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Trans Info Media.

5. D. Lakukan resusitasi jantung paru

Klien mengalami henti napas dan frekuensi nadi tida teraba. Perawat sudah memanggil bantuan.

- a. Opsi a tidak tepat karena posisi pemulihan dilakukan setelah sudah teraba frekuensi nadi dan sudah terdapat napas spontan

- b. Opsi b tidak tepat karena ventilasi bantuan saja tidak membantu mengatasi henti jantung
- c. Opsi c kurang tepat karena look-listen-feel dilakukan untuk mengetahui keadaan napas sementara data sudah menunjukkan bahwa klien mengalami henti napas
- d. Opsi d tepat karena resusitasi jantung paru adalah langkah yang tepat dilakukan segera ketika perawat telah mengetahui tanda henti jantung dan sudah memanggil bantuan (shout for help)
- e. Opsi e kurang tepat karena defibrilasi diberikan jika defibrillator telah tersedia dan siap digunakan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep bantuan hidup dasar.

Referensi: Kartikawati, D. (2011). Buku Ajar Dasar-Dasar Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Salemba Medika.

6. E. Gangguan sirkulasi spontan

Klien tidak sadar, tidak teraba frekuensi nadi dan tidak bernapas

- a. Opsi a kurang tepat karena nyeri akut merupakan masalah keperawatan saat klien tiba ruang UGD
- b. Opsi b tidak tepat karena tidak terdapat data yang mendukung penegakan masalah intoleransi aktivitas
- c. Opsi c kurang tepat karena data pada kasus tidak mendukung penegakan masalah pola napas tidak efektif
- d. Opsi d tidak tepat karena data pada kasus tidak mendukung masalah gangguan rasa nyaman
- e. Opsi e tepat karena gangguan sirkulasi spontan merupakan masalah keperawatan yang tepat didukung oleh data klien tida sadar, tidak teraba frekuensi nadi dan tidak bernapas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep bantuan hidup dasar dan asuhan keperawatan gawat darurat.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

7. E. Bersihan jalan napas meningkat

Batuk produktif, ronkhi basah di semua area paru

- a. Opsi a tidak tepat karena pola napas membaik adalah luaran untuk masalah pola napas tidak efektif sementara pola napas tidak efektif bukan masalah keperawatan utama pada kasus ini
- b. Opsi b tidak tepat karena status nutrisi membaik merupakan luaran dari masaah defisit nutrisi sedangkan data pada kasus tidak mendukung masalah defisit nutrisi

- c. Opsi c tidak tepat karena termoregulasi membaik adalah luaran dari masalah hipertermia sedangkan hipertermia bukan masalah utama pada kasus ini
- d. Opsi d tidak tepat karena toleransi aktivitas meningkat adalah luaran dari masalah intoleransi aktivitas sementara data pada kasus tidak mendukung masalah ini
- e. Opsi e tepat karena bersihan jalan napas meningkat merupakan luaran dari masalah bersihan jalan napas yang menjadi masalah utama pada kasus ini ditandai dengan adanya batuk produktif, suara ronchi di semua area paru dan peningkatan frekuensi napas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan gawat darurat.

Referensi: Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

8. D. Berikan bantuan napas sebanyak 20 kali selama dua menit

Denyut frekuensi nadi klien teraba dan napas tidak ada

- a. Opsi a tidak tepat karena RJP dilakukan pada kondisi tidak teraba denyut frekuensi nadi
- b. Opsi b kurang tepat karena rujuk klien tidak tepat karena klien telah berada di UGD RS untuk segera dilakukan penanganan pertama pada henti napas
- c. Opsi c tidak tepat karena bantuan napas 10 kali selama dua menit adalah jawaban salah karena napas bantuan dilakukan 10-12 kali per menit selama dua menit yaitu sebanyak 20-24 kali selama 2 menit
- d. Opsi d tepat karena bantuan napas sebanyak 20 kali selama dua menit tepat dilakukan pada klien yang mengalami henti napas untuk meningkatkan proses napas pasien pasca henti jantung dan henti napas. Minimal diberikan 10 -12 kali/ menit Selama 2 menit untuk napas buatan.
- e. Opsi e tidak tepat karena posisi recovery dilakukan setelah napas sudah kembali spontan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang bantuan hidup dasar.

Referensi: Krisanty, P., Manurung, S., Suratun, Wartonah, Sumartini, M., Dalami, E., Rohimah, & Setiawati, S. (2009). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Trans Info Media.

9. D. Hitung RR pasien

Denyut frekuensi nadi klien teraba dan napas klien ada, jika ada napas tindakan sebelum recovery (Prosedur RJP)

- a. Opsi a tidak tepat karena denyut frekuensi nadi sudah teraba dan napas ada. RJP dilakukan pada kondisi tidak teraba frekuensi nadi dan tidak ada napas

- b. Opsi b tidak tepat karena rujuk klien tidak tepat karena klien sudah di unit gawat darurat dan sementara mendapat penanganan
- c. Opsi c tidak tepat karena bantuan napas 10 kali selama dua menit adalah jawaban salah karena napas bantuan dilakukan 10-12 kali per menit selama dua menit dilakukan pada klien yang mengalami henti napas
- d. Opsi d tepat karena pasien dengan teraba frekuensi nadi dan ada napas saja belum cukup dilakukan recovery position, akan tetapi hitung dahulu berapa RR pasien. Jika RR kurang dari 10 -12 kali/menit maka napas klien tidak adekuat untuk dilakukan recovery position sehingga harus diolah napas buatan kembali sebanyak 10-12x/menit Selama 2 menit. Jika napas sudah 10-12x/menit maka sudah disebut adekuat pada pasien dengan henti napas dan jantung.
- e. Opsi e tidak tepat karena posisi recovery dilakukan setelah napas sudah kembali spontan dan adekuat bagi pasien pasca henti jantung dan henti napas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP bantuan hidup dasar.

Referensi: Krisanty, P., Manurung, S., Suratun, Wartonah, Sumartini, M., Dalami, E., Rohimah, & Setiawati, S. (2009). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat. Jakarta: Trans Info Media.

10. B. Gangguan pertukaran gas

Sulit bernapas, kesadaran letargi, frekuensi napas 32x/menit, PH 7.20, PaO₂ 70mmHg, PCO₂ 50mmHg, HCO₃ 23mEq/L.

- a. Opsi a kurang tepat karena pola napas tidak efektif bukan merupakan masalah utama
- b. Opsi b tepat karena gangguan pertukaran gas merupakan masalah keperawatan paling tepat didukung oleh data analisa gas darah yang abnormal
- c. Opsi c tidak tepat karena gangguan ventilasi spontan tidak tepat karena data pada kasus tidak mendukung
- d. Opsi d tidak tepat karena data pada kasus tidak mendukung masalah bersihkan jalan napas tidak efektif
- e. Opsi e kurang tepat karena risiko perfusi serebral tidak efektif bukan merupakan masalah utama

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan gawat darurat.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

11. A. Jaw trust**Pedoman**

Rasional:

- a. Jika ada indikasi cedera leher, metode jaw thrust digunakan untuk membuka jalan napas dan tidak berpotensi cidera leher. Pilihan jawaban A adalah tepat.
- b. Posisi fleksi tidak direkomendasikan karena dapat menutup jalan napas pasien atau tidak tepat untuk membuka jalan napas.
- c. Metode head tilt-chin lift membuat leher hiperekstensi dan dapat mengakibatkan cedera leher
- d. Prosedur Hemlich adalah prosedur pertolongan pertama yang digunakan untuk mengatasi obstruksi saluran napas bagian atas oleh benda asing. Pilihan jawaban B tidak tepat karena tidak relevan dengan kasus.
- e. Modifikasi head tilt-chin lift juga tidak direkomendasikan karena membuat leher hiperekstensi dan dapat mengakibatkan cedera leher.

Fokus pada subjek, bantuan hidup dasar dan membuka jalan napas pada indikasi cedera leher. Hilangkan pilihan A, B, dan D karena memiliki kesamaan jawaban. Pilihan jawaban E juga disingkirkan karena tidak relevan dengan kasus yang dibahas. Pasien tidak ada indikasi kemasukan benda asing yang perlu dikeluarkan dengan menggunakan Prosedur Hemlich.

Referensi: Agus, P. (2000). Kedaruratan Medic: Pedoman Penatalaksanaan Praktis. Jakarta. Binarupa.

12. E. Oksigen melalui masker Non-Rebreathing Mask (NRM) 15 liter**Kebutuhan dasar: Oksigenasi Sistem tubuh: Napas**

Pemberian oksigen nasal kanul 10 L dan 15 L adalah berbahaya untuk pasien. Pemberian oksigen 100% adalah penting dilakukan, akan tetapi spesifikasi masker yang digunakan tidak jelas sehingga pilihan jawaban D kurang tepat. Jika trauma inhalasi diduga terjadi, dianjurkan pemberian oksigen 100% melalui masker non-rebreathing mask sampai kadar karboksi hemoglobin turun mencapai 15%. Dengan terjadinya trauma inhalasi periksa adanya eritema, pembengkakan, atau luka bakar pada bulu/ rambut daerah wajah. Kebutuhan akan pemasangan intubasi endotrakeal harus dipastikan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Trauma Inhalasi. Ingat kembali bahas oksigen 100% setelah trauma inhalasi, untuk membantu Anda singkirkan pilihan jawab A dan B. Dari jawaban sisanya ingat bahwa masker non-rebreathing rapat adalah lebih tepat karena pasien tidak akan menghirup kembali udara napasnya

Referensi: Lewis et al (2014), p. 456.

**13. E. Segera mungkin memindahkan pasien ke ruang operasi, sebagaimana petunjuk dokter, tanpa mendapatkan persetujuan tindakan.
Pemahaman keperluan mendapatkan persetujuan tindakan (informed consent)**

- a. Polisi bukan pihak yang berwenang memberikan persetujuan tindakan, sehingga tidak bisa menandatangani formulir persetujuan tindakan
- b. Menghubungi perawat penanggung jawab untuk memulai sidang etik dan membahas prosedur pembedahan tidak perlu dilakukan karena kondisi pasien emergensi dan mengancam kehidupannya,
- c. Menghubungi pasangan pasien untuk mendapatkan persetujuan via telepon penting dilakukan, tetapi dalam kondisi gawat darurat menyelamatkan kehidupan pasien adalah Prioritas
- d. Teman pasien bukanlah orang yang mempunyai kewenangan memberikan persetujuan, sehingga tidak bias menandatangani formulir persetujuan tindakan.
- e. Secara umum terdapat dua pengecualian untuk mengesampingkan keperluan mendapatkan persetujuan tindakan pada orang dewasa. Pengecualian pertama adalah saat keadaan gawat darurat, dan penundaan tindakan yang dapat mengancam keselamatan dan kehidupan pasien. Pengecualian ke dua adalah jika pasien telah mempercayakan kepada tim kesehatan dan menyatakan bahwa persetujuan tidak perlu lagi diminta dari pasien tersebut.

Perhatikan kata yang ditekankan, 'paling benar. Pilihan C" dapat dengan mudah dikesampingkan terlebih dahulu. Perhatikan konteks kasusnya, tindakan pembedahan perlu segera dilakukan. Pilihan A dan B akan menunda tindakan, sehingga perlu dikesampingkan.

Referensi: Curtis, K., Ramsden, C & Friendship, J., (Eds). (2007) Emergency and Trauma. Philadelphia: WB Saunders.

14. D. Korban dengan hidung dan rambut muka hangus serta kesulitan bernapas.

Konsep Triage dan Luka Bakar

- a. Korban dengan fraktur tertutup ekstremitas atas adalah kondisi serius, akan tetapi korban dapat menunggu untuk dipindahkan setelah mendapatkan pertolongan pertama seperti immobilisasi.
- b. Korban dengan luka-luka lecet pada wajah dan tangan bukan merupakan kondisi gawat darurat sehingga korban masih bisa diberi label kuning dan menunggu.
- c. Pupil dilatasi dan terfiksasi pada korban yang tidak ada denyut nardinya menandakan bahwa korban telah meninggal. Bukan prioritas untuk mendapatkan pertolongan segera.
- d. Hidung dan rambut muka hangus menandakan bahwa korban telah menghirup zat yang panas. Selain itu, korban mengalami kesulitan bernapas dan sebaiknya mendapatkan tindakan penanganan di tempat

kejadian, karna dikhawatirkan korban memiliki trauma napas yaitu sumbatan sebagian yang dapat menuju sumbatan total, dan selanjutnya segera diangkut ke unit gawat darurat untuk menangani sumbatan total dengan intubasi jika perlu.

- e. Cedera jaringan lunak minor adalah kondisi tidak darurat dan dapat menunggu untuk ditangani

Perhatikan kata kunci 'pertama'. Di dalam situasi bencana, gunakan konsep triage untuk menentukan korban mana yang paling terancam jiwanya tetapi memiliki peluang yang masuk akal untuk bertahan hidup. Dan juga konsep untuk korban akibat ledakan (api)

Referensi: de Wit, D. & Kumagai, C. (2013), pp. 984, 1001

15. D. Merah

Konsep Triage dan Kegawatdaruratan Napas

- a. Warna biru tidak ada rekomendasi pada system Triage
- b. Kode hijau adalah prioritas 3 (tunda atau evakuasi). Penanganan tidak terlalu mendesak dan dapat ditunda jika ada korban lain yang lebih memerlukan. Kategori korban dengan kode hijau diberikan pada korban dengan luka minimal, misalnya luka kecil atau pasien cemas akibat bencana.
- c. Kode hitam adalah prioritas 4 (tidak ada harapan atau meninggal). Kode ini diberikan pada korban meninggal atau luka berat yang sangat luas sehingga tidak ada harapan hidup misalnya korban dengan kematian batang otak dan penyakit terminal.
- d. Warna merah adalah prioritas 1 (prioritas tertinggi) yaitu segera untuk penanganan dan evakuasi misalnya resusitasi untuk penyelamatan. Pnemotoraks terbuka merupakan situasi yang dapat mengancam jiwa bila tidak ditangani segera. Korban mempunyai harapan hidup jika segera diberikan pertolongan, jadi kode warna merah harus ditempelkan pada korban tersebut.
- e. Warna kuning adalah prioritas 2 yang berarti mendesak dimana korban membutuhkan tidak segera terutama untuk kasus bedah. Korban luka yang tidak mengancam jiwa misalnya fraktur tertutup, trauma dada tertutup tanpa ancaman sesak napas Direkomendasikan untuk evakuasi ke fasilitas pembedahan dalam waktu 6 jam dari kejadian.

Ketahui pokok masalah, *system triage* dengan standar pengkodean menggunakan warna akan membantu Anda menjawab pertanyaan. Fokus pada informasi dalam pertanyaan. Ingat bahwa kode warna merah harus ditempelkan pada korban yang mempunyai harapan hidup jika pertolongan segera diberikan

Referensi: de Wit, D. & Kumagai, C. (2013), pp. 1001

16. E. Korban yang mengalami amputasi parsial pada tungkai yang mengalami perdarahan

Konsep Triage dan Syok Hemoragic

- a. Korban yang mengalami fraktur pada kedua kaki bukan prioritas pertama karena tidak ada ancaman yang harus segera ditangani
- b. Korban yang mengalami luka parah multipel dan meagalami kematian tidak diprioritaskan untuk ditangani.
- c. Korban sadar yang mengalami memar pada lengan dan kaki membutuhkan evaluasi dan perawatan, namun tidak membutuhkan waktu cepat. Kondisi ini dikategorikan sebagai non kegawatan, dan menjadi prioritas ketiga.
- d. Korban yang mengalami trauma kepala dan menangis histeris membutuhkan penanganan kehidupan. Kondisi ini termasuk gawat tetapi tidak darurat, jika dirawat akan diberikan 1 sampai 2 jam dan termasuk prioritas kedua.
- e. Korban hidup yang harus ditangani segera karena mengancam kehidupan. Korban yang mengalami amputasi parsial pada tungkai yang mengalami perdarahan dikategorikan sebagai kasus darurat dan diprioritaskan karena pasien mendapat ancaman kehilangan darah dan cairan serta berpotensi terjadi hypovolemic.

Gunakan prinsip triage dan ketampilan memprioritaskan menurut prinsip ABC-airway, breathing, circulation. Catat kata penting. 'priority' pada pertanyaan akan mengarahkan Anda pada pilihan D karena pasien terancam kehilangan darah dan cairan (hypovolemic).

Referensi: de Wit, D. & Kumagai, C. (2013)

17. D. Hemlich Manuver

Konsep Airway Breathing

- a. Suction digunakan pada pasien dengan banyak lendir atau secret pada saluran napasnya.
- b. Jaw trus digunakan untuk membebaskan jalan napas pada pasien dengan kondisi trauma servikal.
- c. Head til chin lift digunakan untuk membebaskan jalan napas pada pasien dengan kondisi non trauma.
- d. Abdominal thrust (Heimlich Manuver) yaitu membebaskan jalan napas dengan cara diberikan hentakan mendadak pada ulu hati (daerah subdiafragma-abdomen). Ada dua cara dalam melakukan teknik ini, yaitu:
 - Cara dengan posisi berdiri atau duduk.
 Penolong berdiri dibelakang korban, lingkari pinggang korban dengan kedua lengan penolong, kemudian kepalkan satu tangan dan letakkan sisi jempol tangan kepalan pada perut korban (sedikit di atas pusar dan di bawah ujung sternum). Pegang erat kepalan tangan ke perut dengan hentakan yang cepat ke atas. Setiap

hentakan harus terpisah dan gerakan yang jelas. Hentikan tindakan saat benda yang masuk ke dalam saluran napas keluar.

- Cara dengan posisi tergeletak (tidak sadar) Korban harus diletakkan pada posisi terlentang dengan wajah menghadap ke atas. Penolong berlutut di sisi paha korban. Letakkan salah satu tangan pada perut korban di garis tengah sedikit di atas pusar dan jauh di bawah ujung tulang sternum, tangan kedua diletakkan di atas tangan pertama. Penolong menekan ke arah perut dengan hentakan yang cepat ke arah atas. (berdasarkan ILCOR yang terbaru cara ini tidak dianjurkan lagi, yang dianjurkan langsung melakukan RJP)
- e. Pemberian O₂ tidak akan efektif pada pasien dengan sumbatan jalan napas, pemberian ini dapat digunakan jika indikasi dari sumbatan jalan napas telah dibebaskan.

Gunakan prinsip dan ketampilan memprioritaskan menurut prinsip ABC-airway, breathing, circulation. Tehnik penyelamatan pada pasien tersedak

Referensi: de Wit, D. & Kumagai, C. (2013)

18. D. Mempertahankan pisau tetap pada tempatnya Konsep Airway Breathing

Klien mengalami syok hemoragik, ini dapat dilihat dari adanya pipa besi yang masih tertancap pada dada klien dan mengalami perdarahan, TD menurun, namun frekuensi nadi meningkat Syok hemoragik disebut juga syok hipovolemik yang diartikan sebagai ketidak-normalan dari sistem peredaran darah yang mengakibatkan perfusi organ dan oksigenasi jaringan yang tidak adekuat akibat dari kehilangan akut volume darah. Untuk tatalaksana yang pertama kali dilakukan di IGD, sesuai dengan penatalaksanaan syok, termasuk pemasangan dua buah IV line, pemberian cairan infus. kristaloid maupun koloid, pemasangan kateter. Sampai dengan parameter klinisnya stabil, seperti akral hangat, saturasi oksigen >85%, frekuensi nadi mencapai <100, dan TD mulai naik, produksi urin >0,5/kgBB/jam. Perhatikan kondisi klien yang mengalami syok hemoragik yang harus segera mendapat penanganan untuk menyeimbangkan kembali cairan akibat perdarahan yang dialami. Pemasangan infuse dengan 2 jalur merupakan tindakan paling utama dilakukan.

Gunakan Prinsip penanganan Pendarahan (Syok Hemoragic) dan Oksigenisasi

Referensi: Agus, P. (2000), Kedaruratan medic: Pedoman Penatalaksanaan Praktis, Jakarta, Binarupa aksara.

19. D. Mempertahankan kelancaran jalan napas Konsep Airway Breathing

- a. Pemberian oksigen adalah penting. Akan tetapi sia-sia jika memberikan oksigen pada pasien dengan sumbatan jalan napas karena akan percuma

- diberikan jika O₂ yang masuk tidak maksimal karna adanya sumbatan jalan napas.
- b. Pemberian kortikosteroid dan epinefrin dapat juga diberikan, tetapi bukan merupakan tindakan prioritas yang segera harus dilakukan.
 - c. Pemberian kortikosteroid dan epinefrin dapat juga diberikan, tetapi bukan merupakan tindakan prioritas yang segera harus dilakukan.
 - d. Jika pasien mengalami reaksi anafilaktik, tindakan darurat yang pertama kali adalah mempertahankan kepatenan jalan napas. Ingat prinsip ABC.
 - e. Pasien perlu diajarkan tentang pemakaian gelang pengaman, namun hal ini bukan tindakan darurat. Pemberian oksigen adalah penting. tetapi yang segera harus dilakukan pertama kali adalah membebaskan jalan napas

Gunakan Prinsip penanganan Pendarahan (Syok Hemoragic) A-B-C (Airways-Breathing- Circulation)

Referensi: de Wit, Kumagal (2013)

LATIHAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK

SOAL KEPERAWATAN GERONTIK

1. Perempuan 72 tahun, tinggal di rumah pelayanan sosial lanjut usia. Hasil pengkajian: klien mengatakan ingin melakukan aktivitasnya secara mandiri, namun tidak mampu. Klien dalam kondisi ketergantungan, kebutuhan sehari-hari di penuhi dengan bantuan pengasuh dan teman-temannya, TD 160/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C. Apa pengkajian utama yang perlu dilengkapi pada kasus tersebut?
 - a. Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas ADL
 - b. Kaji kemampuan fungsional klien
 - c. Kaji status psikologis klien
 - d. Kaji status kognitif klien
 - e. Kaji status sosial klien
2. Perempuan 75 tahun, dirawat dengan Hipertensi. Hasil pengkajian: klien mengatakan mudah marah, sering selisih paham dengan suaminya. Klien merasa sendiri, tidak ada dukungan keluarga saat mengalami kesusahan. Hasil pemeriksaan TD 180/100mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 24x/menit dan suhu 36,8°C. Apa pengkajian yang tepat untuk melengkapi data pada kasus tersebut?
 - a. Kaji tingkat kemandirian klien dalam melakukan ADL
 - b. Kaji kemampuan fungsional klien
 - c. Kaji status psikologis klien
 - d. Kaji status kognitif klien
 - e. Kaji status sosial klien
3. Laki laki 86 tahun, tinggal di rumah pelayanan sosial lanjut usia. Hasil pengkajian: klien mengatakan mudah lupa, susah mengingat informasi yang diberikan. Saat ditanya tanggal dan hari, jawaban tidak pernah tepat. Ketika mengikuti kegiatan terapi, klien selalu lupa apa yang sudah diajarkan. Hasil pemeriksaan TD 160/90 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,5°C. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Depresi
 - b. Proses penuaan
 - c. Gangguan memori
 - d. Kemunduran intelektual
 - e. Ketidakadekuatan stimulasi intelektual
4. Laki-laki, 80 tahun tinggal dirumah. Hasil pengkajian: klien mengatakan tidak nafsu makan, perut terasa nyeri, mulut sariawan, berat badan turun 1 kg. Keluarga mengatakan klien tidak mau makan sudah 2 hari. Bising usus hiperaktif, otot menelan lemah dan terlihat lemas. Hasil pemeriksaan TD 190/100 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 25x/menit, suhu 37°C. Apa kegiatan selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
 - a. Membandingkan data sebelum dan sesudah dilakukan pengkajian
 - b. Mengelompokkan data untuk menentukan diagnosis keperawatan
 - c. Memberikan tindakan kompres hangat untuk mengurangi nyeri

- d. Meminta lansia untuk sering makan dengan porsi sedikit
 - e. Merencanakan tindakan untuk mengurangi nyeri
5. Perempuan 85 tahun, di rawat di ruang penyakit dalam dengan Diabetes Militus. Hasil Pengkajian: mengatakan jari kakinya terasa kaku, sering kesemutan dan terasa mati rasa di daerah telapak kaki, berjalan menggunakan alat bantu tongkat. Hasil pemeriksaan TD 170/100 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 28x/menit, suhu 37°C dan GDS 410mg/dl. Apa rencana tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. ROM pasif
 - b. Peregangan otot
 - c. Relaksasi progresif
 - d. Senam kaki diabetik
 - e. Senam Osteoporosis
6. Perempuan 82 tahun dirawat di rumah sakit. Hasil pengkajian: klien mengatakan sering merasa ingin BAK terutama pada malam hari, terkadang mengompol, urin yang keluar menetes. Hasil pemeriksaan: kandung kemih teraba distensi, TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 37°C dan GDS 390mg/dl. Perawat mengharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan, eliminasi urin menjadi membaik. Apa tindakan edukasi yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Mencatat haluanan urin
 - b. Mengambil sampel urin
 - c. Membatasi asupan cairan
 - d. Mengajarkan cara memonitor eliminasi urin
 - e. Mengajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul
7. Laki-laki, 62 tahun, dirawat di puskesmas. Hasil pengkajian: nyeri pada sendi kaki, timbul saat digunakan aktivitas, terasa cekot-cekot, terus menerus, skala 8, tidak nafsu makan dan sulit tidur. Aktivitas dibantu oleh keluarga, terlihat lesu, meringis kesakitan, gelisah dan bersikap protektif pada area nyeri dan mudah lelah. Hasil pemeriksaan TD 170/100 mmHg, frekuensi nadi 104x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 37°C. Klien sudah diajarkan teknik distraksi relaksasi dan pemberian analgesik. Apa yang menjadi kriteria dalam evaluasi pada kasus tersebut?
- a. Nafsu makan membaik
 - b. Tingkat nyeri menurun
 - c. Mobilitas fisik meningkat
 - d. Tingkat ansietas menurun
 - e. Toleransi aktivitas meningkat
8. Laki-laki 76 tahun, dirawat di rumah sakit dengan Hipotensi. Hasil pengkajian: sakit kepala, pandangan mata kabur, kekuatan otot menurun, mual, lemas dan konsentrasi menurun, TD 90/70 mmHg, frekuensi nadi 68x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37°C. Salah satu diagnosis keperawatan yang ditentukan perawat

adalah risiko jatuh. Apa intervensi terapeutik yang paling tepat pada kasus tersebut?

- a. Pasang handrail tempat tidur
 - b. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala
 - c. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - d. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh
 - e. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
9. Laki-laki 78 tahun, di rawat dengan Dimensia. Hasil pengkajian: klien mengatakan mudah lupa, tidak mampu mengingat hal tertentu yang pernah dilakukan, susah mengingat informasi yang diberikan, tidak mampu melakukan hal yang dipelajari sebelumnya, ansietas, hipoksia dan mudah marah, Hasil pemeriksaan TD 180/100 mmHg, frekuensi nadi 104x/menit, frekuensi napas 26x/menit, SpO₂:85%. Apa intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Latihan memori
 - b. Dukungan emosional
 - c. Dukungan kepatuhan program pengobatan
 - d. Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan
 - e. Anjurkan melakukan kegiatan untuk meningkatkan kemampuan dan pembelajaran
10. Perempuan 65 tahun, dirawat dengan Stroke. Hasil pengkajian: klien mengeluh sulit menggerakkan kaki, terasa nyeri, kekuatan otot skala 3, rentang gerak menurun, sendi kaki kaku, lemah dan gerakan terbatas. Perawat memberikan alat bantu serta melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan klien. Hasil pemeriksaan TD 190/100mmHg, frekuensi nadi 106x/menit, frekuensi napas 26x/menit, SpO₂: 90%. Apa evaluasi yang dilakukan pada tindakan yang diberikan pada kasus tersebut?
- a. Tingkat Nyeri menurun
 - b. Tingkat ansietas menurun
 - c. Tingkat keletihan menurun
 - d. Toleransi aktivitas meningkat
 - e. Mobilitas fisik klien meningkat
11. Perawat melakukan kunjungan rumah lansia laki-laki 67 tahun. Hasil pengkajian TD 135/80mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36°C ada luka dekubitus pada kaki kanan. Klien mengatakan luka sudah diobati dengan dedaunan dan obat-obat tradisional, GDS 265mg/dl. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?
- a. Nyeri
 - b. Risiko Infeksi
 - c. Ketidakpatuhan
 - d. Defisit kesehatan
 - e. Defisit pengetahuan

12. Perawat berkunjung ke rumah laki-laki 75 tahun melakukan tindakan ROM aktif. Hasil pengkajian TD 130/80mmHG, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 22x/menit suhu 36,8°C. Pada saat terminasi perawat berjanji akan kembali 2 hari lagi, untuk melakukan evaluasi latihan ROM, namun kembali keesokan harinya. Dihari yang dijanjikan, perawat mendampingi lansia yang dirujuk ke RS lain. Apa prinsip etik yang dilanggar oleh perawat tersebut ?
- Confidentiality*
 - Autonomy*
 - Veracity*
 - Fidelity*
 - Justice*
13. Laki-laki, 63 tahun tinggal di rumah dengan Hipertensi. Hasil pengkajian pasien mengeluh pusing, leher pegal-pegal, TD 200/100mmHg, frekuensi nadi 120x/mnt. Lansia diberi pendidikan kesehatan tentang perawatan hipertensi. Apa tujuan dari tindakan pada kasus tersebut?
- Dapat menjelaskan kembali tentang perawatan hipertensi
 - Mampu menurunkan TD dalam batas normal
 - Mau melakukan kontrol rutin kembali ke Puskesmas
 - Dapat menyediakan makanan rendah garam
 - Mampu melakukan aktifitas sehari-hari
14. Seorang lansia laki-laki, 79 tahun. Hasil pengkajian pasien mengeluh kesulitan tidur, merasa bersalah karena saat menjelang ajal tidak berada disamping istrinya. Hal ini terjadi karena teringat mendiang istrinya yang telah meninggal 1 minggu yang lalu. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Berduka
 - Keputusasaan
 - Ketidakberdayaan
 - Koping tidak efektif
 - Gangguan pola tidur
15. Laki-laki, 86 tahun, hasil pengkajian, pasien merasa khawatir dengan kesehatannya, tidak bisa tidur, karena saat ini menderita hipertensi dan asam urat tinggi. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Ansietas
 - Keputusasaan
 - Ketidakberdayaan
 - Kehilangan dan berduka
 - Harga diri rendah situasional
16. Perempuan, 65 tahun dengan hipertensi. Hasil pengkajian, pasien mengeluh mudah lelah dan sesak napas, TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, frekuensi napas 28 x/menit. Apa intervensi yang tepat pada kasus tersebut?
- Identifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan bagi keluarga
 - Berikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit kepada keluarga
 - Bantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

- d. Anjurkan klien melakukan aktifitas secara bertahap
e. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
17. Perempuan, 76 tahun, tinggal di rumah. Hasil pengkajian, klien mengeluh sering batuk, dahak dibuang disembarang tempat. Aktifitas sehari-hari mengasuh cucunya yang berusia 4 tahun. Apakah intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Diskusikan isolasi klien TBC
 - Diskusikan cara penularan TBC Paru
 - Diskusikan pengaturan keadaan rumah
 - Diskusikan pencahayaan rumah yang baik
 - Diskusikan aktivitas yang harus dilakukan klien
18. Perempuan, 65 tahun di Panti Werdha dengan Parkinson. Hasil pengkajian, pasien tampak lemah dan tidak bersemangat, TD 170/90 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 24x/menit. Apa pengkajian yang harus dilakukan untuk melengkapi data pada kasus tersebut?
- Kemampuan klien untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari
 - Kesukaan dan ketidaksuakaan klien terhadap berbagai makanan
 - Pandangan anggota keluarga tentang penempatan panti jompo
 - Pengetahuan klien terhadap penyakit yang dialami
 - Perasaan klien tentang melepaskan hidup mandiri
19. Perempuan, 72 tahun, periksa di puskesmas. Hasil pengkajian mengeluhkan sesak napas, kelelahan, penggunaan otot bantu napas dan bernapas menggunakan mulut, TD 180/90mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 25x/menit. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Bersihan jalan napas tidak efektif
 - Gangguan pertukaran gas
 - Gangguan rasa nyaman
 - Pola napas tidak efektif
 - Intoleransi aktivitas
20. Perempuan, 70 tahun, kontrol kesehatan ke puskemas. Hasil pengkajian mengeluh nyeri pada sendi, semakin bertambah saat berjalan, TD 140/90mmHg, frekuensi nadi 90 x/mnt, frekuensi napas 20 x/mnt, suhu 370C. Apa perubahan fisiologis yang terjadi pada kasus tersebut?
- Muskuloskeletal
 - Kardiovaskuler
 - Napas
 - Neurologi
 - Endokrin.
21. Laki-laki, 79 tahun, kontrol kesehatan ke puskesmas. Hasil pengkajian mengeluh berdebar-debar, nyeri dada, sering lupa, berjalan sempoyongan dan gangguan koordinasi anggota gerak, TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 100x /menit, frekuensi napas 18x/menit. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Risiko cedera
 - b. Gangguan memori
 - c. Defisit pengetahuan
 - d. Penurunan curah jantung
 - e. Risiko perubahan persepsi sensori
22. Laki-laki, 65 tahun, di Panti Werdha. Hasil pengkajian, pasien pensiunan Polri, tampak berpakaian rapi, otoriter, sulit diatur dan egois. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Waham
 - b. Halusinasi
 - c. Isolasi Sosial
 - d. Harga Diri Tinggi
 - e. *Post Power Syndrom*
23. Laki-laki 65 tahun di rawat RS. Hasil pengkajian lemas, pusing, sering kencing merasa haus, kesadaran lethargis, badan kurus, kulit prulitus, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 19X/menit, suhu 36,9°C, ureum 28 mg/dl, kreatinin 0,91 mg/dl, glukosa puasa 100 mg/dl. Apa data yang spesifik menunjukan kondisi pasien pada kasus tersebut?
- a. Badan kurus
 - b. Pusing dan lemas
 - c. Kulit prulitus dan kurus
 - d. Lethargis dan kulit prulitus
 - e. Sering Buang Air Kecil dan haus
24. Laki-Laki 75 tahun di ICU RSUD. Hasil pengkajian terpasang kateter urin selama 3 minggu, untuk preventif terjadinya inkontinensia urin, TD 130/70 mmHg, frekuensi nadi 70x/menit, frekuensi napas 20X/menit, suhu 36,7°C, BNO normal ureum 15 mgdl, Urea N 13 mg/dl. Apa teknik pemasangan katheter urin yang tepat, pada kasus tersebut?
- a. *Foley Catheter*
 - b. *Bladder Training*
 - c. *Dower Cathether*
 - d. *Catheter Three Way*
 - e. *Kondom Catheher Urine*
25. Perempuan 73 tahun, di ruang rawat geriatik, mengeluh sering mengompol, urin keluar saat batuk atau bersin sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. merasa malu karena kondisi tersebut. Hasil pengkajian TD 138/70 mmhg, frekuensi nadi 68x/menit, frkeuensi napas 16x/menit, suhu 36,8 °C, BNO normal ureum 18 mgdl, Urea N 14 mg/dl. Apakah jenis gangguan eleminasi urine pada kasus tersebut?
- a. Inkontinensi stress
 - b. Inkontinensia urgensi
 - c. Inkontinensi overflow
 - d. Kontinensia campuran
 - e. Inkontinensi fungsional

26. Laki laki, 78 tahun, di UGD RSUD. Hasil pengkajian nyeri dada kiri menjalar ke bahu kiri, nyeri punggung, bibir dan ujung ujung jari sianosis, TD 130/90mmHg, frekuensi nadi 70x/menit, frekuensi napas 22X/menit, suhu 36,5°C. Data penunjang peningkatan enzim jantung, hasil EKG menggambarkan adanya ST elevasi di Lead II, III, dan VF. Apakah masalah keperawatan prioritas yang terjadi pada kasus tersebut?

- a. Nyeri
- b. Intoleransi aktivitas
- c. Penurunan cardiac output
- d. Perfusi jaringan perififer tidak efektif
- e. Mulas pada abdomen diserta berkerigat dingin

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK

1. A. Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas ADL Pengkajian ADL

- a. Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari/ADL lansia adalah kemampuan seseorang lansia dalam memenuhi kebutuhan dan aktivitas sehari – hari seperti makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, buang air kecil, buang air besar, penggunaan toilet, berpindah (tidur atau duduk), mobilitas, dan naik turun tangga.
- b. Kaji kemampuan fungsional klien merupakan kemampuan lansia dalam melakukan gerak untuk beraktivitas termasuk kemampuan mobilitas dan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan diri lansia termasuk aktivitas perawatan diri
- c. Kaji status mental klien adalah pengkajian pada tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan berbahasa, ingatan interpretasi bahasa, keterampilan menghitung dan menulis, kemampuan konstruktional
- d. Pengkajian status kognitif klien adalah pemeriksaan status mental sehingga dapat memberikan gambaran perilaku dan kemampuan mental dan fungsi intelektual.
- e. Pengkajian fungsi sosial klien ini lebih ditekankan pada hubungan lansia dengan keluarga sebagai peran sentralnya dan informasi tentang jaringan pendukung. Hal ini penting dilakukan karena perawatan jangka panjang membutuhkan dukungan fisik dan emosional dari keluarga. Pengkajian aspek fungsi social dapat dilakukan dengan menggunakan alat skrining singkat untuk mengkaji fungsi social lanjut usia, yaitu APGAR keluarga (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian pada klien lansia

Referensi: Fitriani & Riniash W. (2020). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Grobogan: Yayasan Citra Dharma Cindeka

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

2. E. Kaji status sosial klien Pengkajian Klien Lansia

- a. Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari/ADL lansia adalah kemampuan seseorang lansia dalam memenuhi kebutuhan dan aktivitas sehari – hari seperti makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, buang air kecil, buang air besar, penggunaan toilet, berpindah (tidur atau duduk), mobilitas, dan naik turun tangga.
- b. Kaji kemampuan fungsional klien merupakan kemampuan lansia dalam melakukan gerak untuk beraktivitas termasuk kemampuan mobilitas dan

- aktivitas untuk memenuhi kebutuhan diri lansia termasuk aktivitas perawatan diri
- c. Kaji status mental klien adalah pengkajian pada tingkat kesadaran, perhatian, keterampilan berbahasa, ingatan interpretasi bahasa, keterampilan menghitung dan menulis, kemampuan konstruksional
 - d. Pengkajian status kognitif klien adalah pemeriksaan status mental sehingga dapat memberikan gambaran perilaku dan kemampuan mental dan fungsi intelektual.
 - e. Pengkajian fungsi sosial klien ini lebih ditekankan pada hubungan lansia dengan keluarga sebagai peran sentralnya dan informasi tentang jaringan pendukung. Hal ini penting dilakukan karena perawatan jangka panjang membutuhkan dukungan fisik dan emosional dari keluarga. Pengkajian aspek fungsi social dapat dilakukan dengan menggunakan alat skrining singkat untuk mengkaji fungsi social lanjut usia, yaitu APGAR keluarga (*Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve*)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian lansia.

Referensi: Fitriani & Riniash W. (2020). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Grobogan: Yayasan Citra Dharma Cindeka

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

3. C. Gangguan memori Diagnosis Keperawatan

- a. Depresi adalah gangguan suasana hati (*mood*) yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam dan kehilangan minat terhadap hal-hal yang disukai. Seseorang dinyatakan mengalami depresi jika sudah 2 minggu merasa sedih, putus harapan, atau tidak berharga.
- b. Proses penuaan adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita
- c. Gangguan memori adalah ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku ditandai dengan ketidakmampuan mengingat informasi factual
- d. Kemunduran intelektual adalah penurunan Intelelegensi Dasar yang berarti penurunan fungsi otak bagian kanan yang antara lain berupa kesulitan dalam komunikasi nonverbal, pemecahan masalah, mengenal wajah orang, kesulitan dalam pemasukan perhatian dan konsentrasi, namun dalam

- bidang vokabular (kosakata), informasi matematika, dan pengetahuan umum tetap stabil.
- e. Ketidakadekuatan stimulasi intelektual adalah tidak adekuatnya pemberian stimulasi untuk meningkatkan fungsi intelektual lansia.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan lansia berdasarkan SDKI.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

4. B. Mengelompokkan data untuk menentukan diagnosis keperawatan Konsep Diagnosis Keperawatan

- a. Mengelompokkan data untuk menentukan diagnosis keperawatan merupakan tahapan yang harus dilakukan setelah melakukan pengkajian. Data pada kasus adalah hasil pengkajian, maka kegiatan selanjutnya adalah mengelompokkan data untuk menentukan diagnosis keperawatan. Langkah asuhan keperawatan ada 5 langkah yang dimana pelaksanaannya harus dilakukan secara berurutan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi/ rencana keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi.
- b. Membandingkan data sebelum dan sesudah dilakukan tindakan menjelaskan bagian dari evaluasi yaitu tahapan dalam asuhan keperawatan setelah melakukan langkah tindakan keperawatan.
- c. Memberikan tindakan kompres hangat untuk mengurangi nyeri merupakan bagian dari langkah tindakan keperawatan di mana langkah ini dilakukan setelah perawat menentukan intervensi keperawatan
- d. Meminta lansia untuk sering makan dengan porsi sedikit, ini contoh dari kegiatan tindakan keperawatan yaitu dilakukan setelah intervensi
- e. Merencanakan tindakan untuk mengurangi nyeri termasuk dalam intervensi, langkah ini dilakukan setelah perawat menentukan diagnosis keperawatan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

5. D. Senam Kaki Diabetik Rencana keperawatan

Penggunaan kata pada jawaban merupakan kata perintah yang merupakan bagian dari rencana keperawatkan diantaranya:

- a. ROM pasif merupakan latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal dan dibantu oleh perawat
- b. Peregangan otot berguna untuk mengembalikan fleksibilitas otot, melancarkan sirkulasi darah, serta menjaga postur tubuh terbaik lansia. Selain itu, peregangan dapat mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan koordinasi saat melakukan berbagai kegiatan
- c. Relaksasi Progresif merupakan pengobatan non farmakologi yang salah satu kegunaannya untuk menurunkan atau mengurangi rasa sakit (nyeri sendi) arthritis reumatoïd pada lansia.
- d. Senam kaki diabetik adalah kegiatan atau latihan yang dilakukan oleh pasien diabetes melitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah bagian kaki
- e. Senam Osteoporosis adalah olahraga senam dengan fokus latihan keseimbangan, kelenturan, sampai kekuatan otot tubuh. Senam penguatan tulang yang dipopulerkan oleh Perhimpunan Osteoporosis Indonesia ini cocok dilakukan penderita osteoporosis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Askep Diabetes Melitus berdasarkan SDKI dan SIKI.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan TindakanKeperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

6. E. Mengajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul Implementasi keperawatan

- a. Mencatat haluanan urin dilakukan untuk mengetahui pola berkemih. Catatan ini digunakan untuk mencatat waktu dan jumlah urin saat mengalami inkontinensia urin dan non inkontinensia urin dan gejala berkaitan dengan inkontinensia urin
- b. Mengambil sampel urin merupakan prosedur yang menggunakan urine sebagai sampel untuk membantu mendeteksi masalah kesehatan pada tubuh. Contoh sederhananya yakni urine berwarna keruh dapat mengindikasikan adanya infeksi, urine berwarna pekat menunjukkan dehidrasi, dan urine berbau manis mengindikasi penyakit diabetes
- c. Membatasi asupan cairan merupakan tindakan motivasi untuk untuk membatasi asupan cairan, dimana jika tidak dibatasi akan mengakibatkan cairan menumpuk dan akan menimbulkan edema di sekitar tubuh. Kondisi ini akan membuat TD meningkat dan memperberat kerja jantung. Penumpukan cairan juga akan masuk ke paru-paru sehingga membuat pasien mengalami sesak napas. Secara tidak langsung berat badan pasien

- juga akan mengalami peningkatan berat badan yang cukup tajam, mencapai lebih dari berat badan normal
- d. Mengajarkan cara memonitor eliminasi urin adalah kegiatan memonitor eliminasi urine mulai dari memperhatikan pola eliminasi, monitor bau urine, menghitung jumlah urine, monitor warna urine
 - e. Mengajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul merupakan Latihan otot dasar panggul yang dapat memperbaiki kemampuan berkemih dengan risiko yang lebih kecil. Otot dasar panggul mendukung isi abdomen, aktif selama napas, mempertahankan untuk inkontinensia urin dan feces, meningkatkan aliran darah, dan aktif selama hubungan seksual. Latihan ini juga membawa oksigen dalam aliran darah menuju area panggul untuk mempertahankan kesehatan jaringan dan mempertahankan fungsi normal. Latihan dasar otot panggul selain bermanfaat dari aspek fisiologis juga memberikan dampak bagi aspek ekonomi dan waktu yaitu untuk mengurangi keluhan berkemih sehingga pasien dapat pulang lebih cepat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Eliminasi Urine.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan TindakanKeperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 201 & Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

7. B. Tingkat nyeri menurun

Intervensi keperawatan

- a. Nafsu makan merupakan keinginan untuk makan dengan ekspektasi membaik
- b. Tingkat nyeri menurun merupakan luaran negatif yang menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, yaitu pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan nyeri. Pada kasus tersebut data mengarahkan ke diagnosis keperawatan nyeri akut, sehingga luarannya adalah nyeri menurun.
- c. Mobilitas fisik klien meningkat merupakan kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dengan kriteria hasil peningkatan skala kekuatan otot
- d. Tingkat ansietas menurun merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman dengan ekspektasi menurun
- e. Toleransi aktivitas meningkat bagian dari respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga dengan ekspektasi meningkat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep SDKI dan SIKI.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan TindakanKeperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 201&. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

8. A. Pasang handrall tempat tidur Intervensi keperawatan

- a. Pasang handrall tempat tidur adalah pilihan pengamanan yang tepat untuk mencegah klien berguling dari tempat tidur saat tidur dan dapat membantu klien dengan masalah mobilitas, kelemahan fisik yang memungkinkan mereka terpeleset atau kehilangan keseimbangan. Dalam hal ini, handrall tempat tidur berfungsi untuk menambah stabilitas atau menjadi penopang beban saat pasien bergerak untuk turun, berdiri, atau naik kembali ke tempat tidur.
- b. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala. Skala merupakan metode antisipasi yang digunakan untuk memprediksi kondisi jatuh, yang dilakukan dengan menggunakan penilaian risiko jatuh yaitu dengan *Hendrich Fall Scale* (HFS) dan *Morse Falls Scale* (MFS)
- c. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin untuk mencegah terpeleset supaya tidak jatuh
- d. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh bagian dari *mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh* (misal: lantai licin, penerangan kurang)
- e. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, supaya ada yang mendampingi dan mengarahkan untuk mencegah jatuh.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep SDKI dan SIKI.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan TindakanKeperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 201& Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

9. A. Latihan memori Intervensi keperawatan

- a. Latihan memori merupakan implementasi dalam meningkatkan kemampuan memor dengan Teknik Mnemonik. Teknik Mnemonik yaitu suatu teknik yang dipelajari yang mempunyai tujuan dalam membantu kinerja dari memori (ingatan) yang dapat dioptimalkan dengan latihan

- b. Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang dapat memberikan rasa aman, cinta dan kasih, membangkitkan semangat, mengurangi keputusasaan, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat ketidakmampuan fisik dan kelainan yang dialaminya.
- c. Dukungan kepatuhan program pengobatan terdiri dari kegiatan: observasi, identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan terapeutik, buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik, buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan, libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan untuk dijalani. Edukasi, informasikan program pengobatan yang harus dijalani, informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan, anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan
- d. Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan merupakan bagian dari tindakan terapeutik yang dapat meningkatkan kondisi imun seseorang.
- e. Anjurkan melakukan kegiatan untuk meningkatkan kemampuan dan pembelajaran merupakan motivasi untuk meningkatkan kemampuan klien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep SDKI dan SIKI.

Referensi: Adriani, R.B. (2021). Buku Ajar Keperawatan Gerontik. CV Adanu Abimata

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

10. E. Mobilitas fisik klien meningkat Intervensi keperawatan

- a. Tingkat nyeri menurun merupakan luaran negatif yang menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, yaitu pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan nyeri.
- b. Tingkat keletihan menurun adalah kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat. luaran ini untuk diagnosis keperawatan keletihan
- c. Tingkat ansietas menurun merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman dengan ekspektasi menurun
- d. Toleransi aktivitas meningkat bagian dari respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga dengan ekspektasi meningkat

- e. Mobilitas fisik klien meningkat merupakan kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dengan kriteria hasil peningkatan skala kekuatan otot. Pada kasus tersebut data mengarahkan ke diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik sehingga luarannya adalah mobilitas fisik meningkat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep SDKI, SLKI dan SIKI.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan TindakanKeperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

11. E. Defisit pengetahuan

Dedaunan dan obat obatan tradisional

- a. Tidak tepat, karena tidak ada data dalam kasus
- b. Tidak tepat karena data pendukungnya kurang kuat
- c. Tidak tepat karena tidak terdapat data yang mendukung
- d. Tidak tepat karena tidak ada data deficit Kesehatan dari kasus tersebut
- e. Karena ada data yang kuat untuk ditegakkan deficit pengtahuan yaitu di obati dengan dedaunan dan obat obatan tradisional.

Mahasiswa diharapkan mempelajari diagnosis keperawatan.

Maryam, Siti. 2010. Buku saku Asuhan keperawatan pada lansia
Aipni.(2019).Sinersi edisi R.Jakarta:AIPNI

12. D. Fidelity

Dihari yang dijanjikan, ada lansia lain yang dirujuk ke RS lain dan didampingi oleh perawat

- a. Tidak Tepat karena menjaga kerahasiaan pasien tidak ada data pada kasus
- b. Tidak Tepat Selalu mengembalikan keputusan terhadap intervensi /pengobatan kepada klien atau keluarga dan menerapkan informed concern
- c. Tidak tepat: mengungkapkan secara jujur dan tidak merekayasa kondisi klien
- d. Jawaban pada kasus, perawat tidak menepati janji yang sudah disepakati sebelumnya.meskipun alasan bersifat mendesak.
- e. tidak tepat : berlaku bersifat adil.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Prinsip Etik.

Referensi: Maryam, Siti. 2010. Buku saku Asuhan keperawatan pada lansia
Aipni. (2019) Sinersi Edisi R.Jakarta AIPNI

13. A. Dapat menjelaskan Kembali tentang perawatan hipertensi Perawatan dan pencegahan penyakit hipertensi

Jawaban a; Tindakan yang dilakukan oleh Perawat seharusnya berdasarkan intervensi yang sudah ditentukan. Berdasarkan standart yang ada intervensi terdiri dari kegiatan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Kegiatan penyuluhan kesehatan tentang perawatan dan pencegahan penyakit hipertensi merupakan bagian kegiatan edukasi dengan tujuan pasien dapat menjelaskan Kembali tentang perawatan hipertensi.

Jawaban b, mampu menurunkan TD dalam batas normal merupakan kegiatan terapeutik

Jawaban c, mau melakukan kontrol rutin Kembali ke Puskesmas merupakan bagian kegiatan terapeutik

Jawaban d, dapat menyediakan makanan rendah garam merupakan kegiatan terapeutik

Jawaban e, mampu melakukan aktifitas sehari-hari merupakan bagian dari kegiatan terapeutik

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Hipertensi.

Referensi: Iwa, Kornelia Romana, dkk. 2022. Keperawatan Gerontik. CV. Media Sains Indonesia: Bandung

Gemini, dkk. 2021. Keperawatan Gerontik. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI. 2020. Pedoman Standart Prosedur Operasional Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

14. A. Berduka Masalah Keperawatan

- a. Berduka adalah respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh, atau hubungan).
- b. Keputusasaan merupakan sebagai kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi.
- c. Ketidakberdayaan merupakan sebagai persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan; persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang.
- d. Koping tidak efektif merupakan ketidakmampuan menilai dan merespons stresor dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah.
- e. Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang definisi diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI.

Referensi: Iwa, Kornelia Romana, dkk. 2022. Keperawatan Gerontik. CV. Media Sains Indonesia: Bandung

Gemini, dkk. 2021. Keperawatan Gerontik. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini

Morrudo Garcia, etc all. 2021. *Nursing Diagnosis in Older Adults at Risk for Pressure Injury. Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 55, e20200549. <http://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0549>

Tim Pokja PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

15. A. Ansietas

Masalah Keperawatan

- a. Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.
- b. Keputusasaan merupakan sebagai kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi.
- c. Ketidakberdayaan merupakan sebagai persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan; persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang.
- d. Kehilangan dan berduka didefinisikan sebagai respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh, atau hubungan).
- e. Harga diri rendah situasional merupakan evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasisaat ini.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang definisi diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI dan Konsep kehilangan.

Referensi: Iwa, Kornelia Romana, dkk. 2022. Keperawatan Gerontik. CV.Media Sains Indonesia: Bandung

Gemini, dkk. 2021. Keperawatan Gerontik. Aceh: Yayasan Pennerbit Muhammad Zaini

Morrudo Garcia, etc all. 2021. *Nursing Diagnosis in older adults at risk for pressure injury. Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 55,e20200549. <http://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0549>

Tim Pokja PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. PPNI

16. D. Anjurkan klien melakukan aktifitas secara bertahap

Intervensi

Jawaban a, merupakan intervensi untuk anggota keluarga

- Jawaban b, merupakan intervensi untuk anggota keluarga
Jawaban c, merupakan intervensi untuk anggota keluarga
Jawaban d, merupakan intervensi satu satunya untuk pasien
Jawaban e, merupakan intervensi untuk anggota keluarga

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Asuhan Keperawatan Hipertensi.

Referensi: Iwa, Kornelia Romana, dkk. 2022. Keperawatan Gerontik. CV. Media Sains Indonesia: Bandung

Gemini, dkk. 2021. Keperawatan Gerontik. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini

Morrudo Garcia, etc all. 2021. Nursing Diagnosis in older adults at risk for pressure injury. Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, 55, e20200549. <http://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0549>

Elisabeth Wahyu Savitri, Usu Sius. 2021. Weight Bearing Exercise Dan Penurunan TD Pasien Hipertensi. Cetakan 1. Penerbit NEM

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

17. B. Diskusikan cara penularan TBC Paru Intervensi

- a. Diskusikan isolasi klien TBC, kegiatan ini bisa dilakukan Ketika pasien dirawat di rumah sakit
- b. Diskusikan cara penularan TBC Paru, kegiatan ini tepat dilakukan, karena pasien membuang ludah sembarangan, dimana TBC bisa ditularkan melalui *droplet infection* (percikan dahak). Kuman TBC basil tahan asam dimana penderita membuang dahak menggunakan wadah berisi desinfektan, ventilasi rumah cukup, terpapar sinar matahari.
- c. Diskusikan pengaturan keadaan rumah, kegiatan ini bisa dilakukan setelah pasien tahu bahwa apa yang dilakukan bisa menularkan ke anggota keluarga yang lain terutama anak balita
- d. Diskusikan pencahayaan rumah yang baik, kegiatan ini bisa dilakukan, namun pencegahan penularan lebih prioritas
- e. Diskusikan aktivitas yang harus dilakukan klien,, kegiatan ini bisa dilakukan, namun pencegahan penularan lebih prioritas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Asuhan Keperawatan TBC.

Referensi: Kemenkes. 2020. Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB). Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defnisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

18. A. Kemampuan klien untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari Pengkajian

- a. Kemampuan klien untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari merupakan jawaban yang paling tepat, karena Penyakit Parkinson adalah penyakit neurodegeneratif yang disebabkan oleh adanya penurunan jumlah dopamin di otak yang berperan dalam mengendalikan gerakan akibat kerusakan sel saraf di Substansia Nigra Pars compacta (SNc) di batang otak serta adanya agregasi protein abnormal berupa Lewy bodies, yang mengandung α -synuclein. Karakteristik penyakit Parkinson ditandai oleh adanya gejala motorik dominan berupa tremor pada saat istirahat, rigiditas, bradikinesia, dan hilangnya refeks postural tubuh
- b. Kesukaan dan ketidaksesuaian klien terhadap berbagai makanan belum mengarah ke karakteristik dari penyakit parkinson
- c. Pandangan anggota keluarga tentang penempatan panti jompo belum mengarah ke karakteristik dari penyakit parkinson
- d. Pengetahuan klien terhadap penyakit yang dialami belum mengarah ke karakteristik dari penyakit parkinson
- e. Perasaan klien tentang melepaskan hidup mandiri belum mengarah ke karakteristik dari penyakit parkinson

Mahasiswa belajar Kembali terkait asuhan keperawatan pasien dengan Parkinson.

Referensi: Arif Muttaqin. 2009. Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika

Morrudo Garcia, etc all. 2021. Nursing Diagnosis in older adults at risk for pressure injury. Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, 55, e20200549. <http://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0549>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defnisi dan TindakanKeperawatan Edisi 1 Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

19. D. Pola napas tidak efektif Diagnosis keperawatan

- a. Bersihkan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Adapun tanda dan gejala yang ditimbulkan seperti, batuk tidak efektif, sputum berlebih, suara napas mengi atau wheezing dan ronchi.
- b. Gangguan pertukaran gas adalah suatu kondisi ketika individu mengalami penurunan aliran gas yang termasuk didalamnya adalah oksigen dan karbondioksida antara alveoli paru-paru dan sistem vaskular di dalam tubuh.
- c. Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan

kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual.

- d. Pola napas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.
- e. Intoleransi aktifitas didefinisikan sebagai ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Napas.

Referensi: Lynda Juall Carpenito-Moyet. 2012. Buku Saku Diagnosis Keperawatan. ECG

CarpenitoMoyet, Lynda Juall.2009. Diagnosis Keperawatan Aplikasi pada Praktek Klinis. Jakarta: EGC.

Tim Pokja PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. PPNI

Morrudo Garcia, etc all. 2021. Nursing Diagnosis in older adults at risk for pressure injury. Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, 55, e20200549. <http://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0549>

20. A. Muskuloskeletal

Pengkajian Muskuloskeletal

- a. Muskuloskeletal merupakan jawaban yang paling benar, karena pada soal menggambarkan gangguan pada musculoskeletal diantaranya adalah hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri pada sendi, semakin bertambah saat berjalan.
- b. Kardiovaskuler, pada soal tidak menggambarkan gangguan kardiovaskuler
- c. Napas pada soal tidak menggambarkan gangguan napas
- d. Neurologi pada soal tidak menggambarkan gangguan neurologi
- e. Endokrin pada soal tidak menggambarkan gangguan endokrin

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Muskuloskeletal.

Referensi: Iwa, Kornelia Romana, dkk. 2022. Keperawatan Gerontik. CV. Media Sains Indonesia: Bandung

Gemini, dkk. 2021. Keperawatan Gerontik. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini

Morrudo Garcia, etc all. 2021. Nursing Diagnosis in older adults at risk for pressure injury. Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, 55, e20200549. <http://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0549>

Arif Muttaqin. 2013. Buku Asuhan Keperawatan Dengan Sistem Napas. Jakarta: Salemba Medika

Tim Pokja PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. PPNI

21. A. Risiko cedera**Masalah keperawatan**

- a. Risiko cedera didefinisikan sebagai berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.
- b. Gangguan memori didefinisikan sebagai ketidakmampuan mengingat beberapa informasi atau perilaku.
- c. Risiko penurunan curah jantung. diefinisi berisiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.
- d. Gangguan persepsi sensori didefinisikan sebagai perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi.
- e. Defisit pengetahuan didefinisikan sebagai ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan SDKI.

Referensi: CarpenitoMoyet, Lynda Juall.2009. Diagnosis Keperawatan Aplikasi padaPraktek Klinis. Jakarta:EGC.

Gemini, dkk. 2021. Keperawatan Gerontik. Aceh: Yayasan PenerbitMuhammad Zaini

Tim Pokja PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. PPNI

Morrudo Garcia, etc all. 2021. Nursing Diagnosis in older adults at risk for pressure injury. Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P, 55, e20200549. <http://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0549>

22. E. Post Power Syndrom**Masalah keperawatan**

- a. Waham merupakan suatu keyakinan yang salah dan dipertahankan secara kuat atau terus menerus tetapi tidak sesuai dengan kenyataan. Penderita meyakini bahwa dirinya seperti apa yang ada dalam isi pikirnya.
- b. Halusinasi dapat didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dalam setiap modalitas sensorik, terjadi tanpa rangsangan eksternal yang sesuai saat dalamkeadaan sadar penuh.
- c. Isolasi Sosial didefinisikan ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain.
- d. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berakar dalam penerimaan dirisendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kekalahan dan kegagalan tetapi tetap merasa sebagai seorang yang penting dan berharga (Carpenito, 2001).
- e. *Post power syndroma* adalah reaksi somatisasi dalam bentuk sekumpulan penyakit, luka-luka dan kerusakan fungsi-fungsi jasmaniah dan rohaniah yang progresif sifatnya disebabkan oleh karena pasien sudah pensiun,

atau sudah tidak mempunyai jabatan dan kekuasaan lagi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia dengan gangguan psikologi

Referensi: Myers, dkk. 2017. Buku Saku Keperawatan Jiwa (Terjemahan). Jakarta: ECG

Carpenito Moyet, Lynda Juall.2009. Diagnosis Keperawatan Aplikasi pada Praktek Klinis. Jakarta: EGC.

Julfijai Hasan, dkk. 2020. Hubungan Kesiapan Keluarga Dengan Perawatan Lansia Yang Mengalami *Post Power Syndrom* Di Wilayah Kerja Puskesmas Tadoy Kabupaten Bolaang Mongondow. Jurnal Kesehatan Amanah. Manado
Tim Pokja PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. PPNI

23. E. Sering Buang Air Kecil dan haus

Sering Buang Air Kecil dan haus

- a. Badan kurus

Mengapa diabetes kurus? Ketika tubuh tidak mendapatkan glukosa dan energi dari makanan, maka tubuh memecah otot dan lemak Ketika jaringan untuk mendapatkan energi. Hal ini merupakan penyebab penderita diabetes sering kali mengalami penurunan berat badan secara drastis.

- b. Pusing dan lemas

Menandakan Kadar GD rendah. Ketika kadar GD rendah, tubuh bagaikan kehabisan bahan bakar untuk menjalani aktivitas. Saat kondisi ini terjadi, otomatis cepat merasa lelah hingga lemas dan merasa pusing..

- c. Kulit prulitus dan kurus

Pasien mengeluh gatal pada kulit yang menimbulkan keinginan menggaruk.

- d. Lethargis

Kondisi ketika tubuh terasa sangat lelah dan tetap tidak membaik setelah beristirahat. Tak hanya lelah, seseorang yang mengalami letargi akan sulit beraktivitas karena sering mengantuk, lesu, dan sulit berkonsentrasi. Kondisi ini bisa disebabkan oleh gangguan fisik maupun psikologis.

- e. Sering Buang Air Kecil dan haus

Karena sel-sel di tubuh tidak dapat menyerap glukosa, ginjal mencoba mengeluarkan glukosa sebanyak mungkin. Akibatnya, penderita jadi lebih sering kencing daripada orang normal dan mengeluarkan lebih dari 5 liter air kencing sehari. Ini berlanjut bahkan di malam hari.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala Trias P pada pasien DM.

Referensi: Sulastri, (2022) Buku Pintar Perawatan DM.Standar SDKI,SLKI dan SIKI.CV.Trans Info Media.Jakarta Timur

24. B. Bladder Training**Inkontinensia urin****a. Foley Catheter**

Selang kateter ini memiliki bentuk pipa yang terbuat dari karet atau plastik. Fungsinya adalah untuk memasukkan dan mengeluarkan cairan dari kandung kemih

b. Bladder Training

Terbukti efektif untuk mengembalikan fungsi otot-otot detrusor akibat pemasangan cateter terlalu lama.

c. Dower Cathether

Merupakan jenis kateterisasi menggunakan selang yang terbuat dari karet, dengan tujuan mengeluarkan urine dari penderita yang tidak dapat mengeluarkan urinnya akibat ada hambatan atau gangguan, atau akibat penderita yang sedang tidak sadar..

d. Catheter Three Way

Mempunyai 3 buah jalan antara lain untuk mengembangkan balon satu cabang sebagai pengunci, cabang lainnya digunakan untuk mengalirkan urin dari kandung kemih dan dapat disambung dengan tabung tertutup dari kantung urin.

e. Kondom Catheher Urine

Merupakan alat kesehatan yang memudahkan mengalirkan urin pada pasien pria. Kondom kateter ini lunak, berupa selaput karet yang lembut yang disarungkan ke kemaluan dan cocok untuk klien inkontinensia atau koma yang masih mampunya kemampuan mengosongkan kandung kemih spontan dan komplit

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang system perkemihan.

Referensi: Sulastri, (2022) Buku Pintar Perawatan DM.Standar SDKI,SLKI dan SIKI.CV.Trans Info Media.Jakarta Timur.

25. A. Inkontinensi stress**Mengeluh sering mengompol****a. Inkontinensi stress**

Terjadi saat seseorang melakukan gerakan yang menciptakan tekanan tiba-tiba. Sehingga, dasar panggul atau otot sfingter melemah. Contoh dari gerakan yang dimaksud adalah batuk, bersin, dan berolahraga.

b. Inkontinensia urgensi

Ketidak mampuan seseorang untuk menahan urin yang keluar dari kandung kemih, baik disadari ataupun tidak disadari. Risiko inkontinensi urgensi, dimana pasien berisiko mengeluh tidak dapat menahan kencing segera setelah timbul sensasi ingin kencing.

c. Inkontinensi overflow

Suatu kondisi ketika Anda tidak dapat benar-benar mengosongkan kandung kemih saat Anda buang air kecil. Sisa-sisa urin dari dalam kandung kemih kemudian merembes keluar tanpa Anda sadari.

d. Kontinensia campuran

Terjadi ketika Anda mengalami dua kondisi sekaligus, yaitu inkontinensia stres dan inkontinensia urgensi. Jenis inkontinensia ini konon lebih sering terjadi pada wanita berusia tua, meski tak menutup kemungkinan untuk dialami pria

e. Inkontinensi fungsional

Merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengeluaran urin tidak terkendali karena kesulitan dan tidak mampu mencapai toilet pada waktu yang tepat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang sistem perkemihan.

Referensi: Sulastri, (2022) Buku Pintar Perawatan DM.Standar SDKI,SLKI dan SIKI.CV. Trans Info Media. Jakarta Timur.

26. B. Intoleransi aktivitas

Nyeri dada kiri menjalar ke bahu kiri

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

b. Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis untuk menyesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari atau yang ingin dilakukan.

c. Penurunan cardiac output

Penurunan cardiac output bisa menjadi tanda bahwa jantung bermasalah atau mengalami gangguan. Penurunan cardiac output memang hanya bisa dideteksi oleh tenaga medis, tetapi tanda-tandanya dapat dikenali bila sudah parah. Tanda-tandanya meliputi: Tidak mampu berolahraga berat atau lama seperti biasanya.

d. Perfusi jaringan periferal tidak efektif

Perfusi perifer tidak efektif penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

e. Mulas pada abdomen diserta berkeringat dingin

Mulas pada abdomen diserta berkeringat dingin

Kambuhnya penyakit asam lambung yang disebabkan oleh telat makan juga bisa menimbulkan keringat dingin. Pasalnya, saat telat makan dalam waktu lama, asam lambung akan naik dan kadar GD menurun. Akibatnya, kepala menjadi pusing dan timbul keringat dingin.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang system kardiovaskuler.

Referensi: Riza (2018) Sistem Kardiovassksusler.D.Publish Budi Utama. Sleman Yogyakarta

LATIHAN SOAL KEPERAWATAN

JIWA

SOAL KEPERAWATAN JIWA

1. Perempuan, 38 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien mengatakan dirinya adalah utusan Tuhan, pasien nampak tidak focus, sering berbicara sendiri dan selalu memukul orang lain. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut ?
 - a. Ajarkan pasien berkenalan
 - b. Latih pasien cara menghardik
 - c. Dukung pasien mengontrol emosinya
 - d. Amankan pasien dari mencederai diri dan orang lain
 - e. Fasilitasi pasien beradaptasi dengan lingkungan yang baru
2. Laki-laki, 32 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengejeknya, pasien tampak tidak focus dan pandangannya selalu tertuju ke arah pintu jendela. Apa diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Gangguan sensori persepsi; halusinasi
 - b. Risiko perilaku kekerasan
 - c. Harga diri rendah
 - d. Isolasi sosial
 - e. Ansietas
3. Perempuan, 26 tahun, dirawat di RSU untuk persiapan operasi kista ovarium pada bagian kanan sejak seminggu yang lalu. Hasil pengkajian: pasien mengatakan sulit tidur, TD 150/95mmHg dan hasil USG teridentifikasi kista dengan diameter 5cm. Pasien mengatakan bagaimana kalau nanti operasi mengalami kegagalan. Apa diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Harga diri rendah situasional
 - b. Gangguan citra tubuh
 - c. Ketidakberdayaan
 - d. Ansietas
 - e. Depresi
4. Perempuan, 24 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan pasien sering mengurung diri di kamar, tidak mau melakukan aktifitas, tidak mau berinteraksi dengan orang lain, pasien tampak duduk menyendiri dan menolak bertemu dengan siapapun. Apa diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Risiko perilaku kekerasan
 - b. Defisit perawatan diri
 - c. Harga diri rendah
 - d. Isolasi sosial
 - e. Halusinasi
5. Perempuan, 22 tahun, dirawat di RSU karena akan dilakukan tindakan operasi kista adenoma mammae. Hasil pengkajian: pasien mengatakan sedih dan malu karena terdapat bekas luka pada payudaranya, pasien tampak murung, sering

- menyendiri dan menganggap dirinya tidak berguna lagi sebagai seorang wanita. Apa tujuan tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- Lindungi pasien
 - Mengontrol rasa cemas
 - Menggali tanda gejala lain
 - Meningkatkan harga diri pasien
 - Menghilangkan ketakutan pasien
6. Perempuan, 30 tahun, datang ke RSU dengan keluhan sakit perut. Saat diperiksa dokter pasien didiagnosis menderita kanker rahim. Pasien berkata "Bagaimana saya bisa terkena penyakit ini, tidak mungkin saya menderita sakit seperti ini". Apa tahap berduka pada kasus tersebut?
- Anger*
 - Denial*
 - Bargaining*
 - Depression*
 - Acceptance*
7. Perempuan, 32 tahun, dibawa ke RSJ karena memukul dan mengancam akan membunuh ayahnya. Hasil pengkajian: pasien mengatakan ada yang masuk ke dalam tubuh ayahnya, yang dia lihat sekarang adalah bukan ayahnya, melainkan orang lain yang menyamar menjadi ayahnya. Pasien juga sering terlihat bicara sendiri. Apa diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
- Isolasi sosial
 - Harga diri rendah
 - Perilaku kekerasan
 - Defisit perawatan diri
 - Gangguan sensori persepsi: halusinasi
8. Perempuan, 24 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien mengatakan tidak bisa tidur dan sering mendengar suara-suara yang mengancam ingin membunuhnya. Pasien pernah menjadi korban bullying di sekolah. Apa diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
- Isolasi social
 - Harga diri rendah
 - Perilaku kekerasan
 - Defisit perawatan diri
 - Gangguan sensori persepsi: Halusinasi
9. Perempuan, 32 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien mengatakan tidak bisa tidur, suka menyendiri dan rasa ingin mengakhiri hidup selalu muncul dalam pemikirannya. Pasien pernah mencoba terjun ke Sungai, namun terselamatkan oleh warga. Apa diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
- Halusinasi
 - Isolasi social
 - Risiko Bunuh diri
 - Perilaku kekerasan

- e. Defisit perawatan diri
10. Perempuan, 27 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien mengatakan tidak bisa tidur, suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain. Pasien riwayat keguguran saat kehamilan 10 minggu. Apa diagnosis pada kasus tersebut?
- a. Halusinasi
 - b. Isolasi sosial
 - c. Risiko Bunuh diri
 - d. Perilaku kekerasan
 - e. Defisit perawatan diri
11. Seorang laki-laki, 48 tahun, dirawat di RSJ. Keluarga mengatakan pasien sering berkata kasar, mata melotot, melempar barang di rumah dan memukul orang di hadapannya jika tersinggung. Ketika kondisi pasien mulai tenang, perawat melakukan interaksi sesuai kontrak waktu yang telah ditetapkan. Apa yang harus diperhatikan oleh perawat pada kasus tersebut?
- a. Jangan menatap mata pasien
 - b. Cuci tangan sebelum berinteraksi
 - c. Tampil percaya diri di hadapan pasien
 - d. Menghafalkan kemampuan yang harus dilatih pada pasien
 - e. Memperhitungkan jarak ideal interaksi antara perawat dan pasien
12. Seorang laki-laki, 41 tahun, dirawat di RSJ selama 3 minggu. Perawat telah menjelaskan keuntungan mempunyai teman, kerugian tidak memiliki teman, mengajarkan cara berkenalan dan bersosialisasi dengan orang lain. Saat pasien diperbolehkan pulang oleh dokter, perawat mengevaluasi kemampuan klien. Apa evaluasi subjek pada kasus tersebut?
- a. Penampilan pasien tampak rapih
 - b. Pasien memahami cara minum obat
 - c. Pasien mampu berkenalan dengan baik
 - d. Pasien membicarakan tentang hobinya
 - e. Pasien menyebutkan nama teman yang sudah di kenal
13. Laki-laki, 25 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien mengatakan dirumah suka marah-marah apabila keinginannya tidak dikabulkan. Saat marah klien suka membanting piring dan memecahkan kaca. Perawat sudah melatih kemampuan pasien cara fisik dan minum obat untuk mengontrol emosinya. Apa jenis kemampuan selanjutnya yang dilatih perawat pada kasus tersebut?
- a. Cara spiritual
 - b. Teknik napas dalam
 - c. Bicara dengan baik
 - d. Pukul kasur bantal
 - e. Penyelesaian masalah
14. Seorang laki-laki, 30 tahun, diantar ke RSJ oleh keluarganya karena dirumah sering tertawa dan bicara sendiri. Klien sebelumnya bekerja di pabrik sepatu, di

PHK dua bulan yang lalu karena sering melamun dan bicara tidak nyambung. Apa diagnosis keperawatan untuk kasus tersebut?

- a. Halusinasi
 - b. Isolasi social
 - c. Harga diri rendah
 - d. Defisit keperawatan diri
 - e. Risiko perilaku kekerasan
15. Seorang laki-laki, 28 tahun dirawat di RSJ. Hasil pengkajian, pasien mampu mengenali halusinasinya; isi, frekuensi , waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon, mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan minum obat secara teratur. Apa kemampuan yang belum dimiliki oleh pasien sesuai kasus tersebut?
- a. Spiritual
 - b. Pukul kasur bantal
 - c. Melakukan kegiatan
 - d. Menarik napas dalam
 - e. Mengenali aspek positif yang dimilikinya
16. Perempuan, 38 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian : pasien mengatakan ada bayangan besar berwarna hitam, membuatnya sering merasa ketakutan, sulit tidur, takut keluar kamar, teriak-teriak dan berbicara sendiri. Apakah jenis halusinasi pada kasus tersebut?
- a. Pendengaran
 - b. Pengecapan
 - c. Penglihatan
 - d. Penghidu
 - e. Perabaan
17. Seorang laki-laki, umur 40 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian : pasien tidak mau bicara, sering duduk menyendiri dan tidak mau berkumpul dengan teman, namun kadang pasien masih mempertahankan kontak mata saat interaksi. Apa intervensi Keperawatan yang dapat dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Membina hubungan saling percaya
 - b. Membuat jadwal kegiatan sehari hari
 - c. Membiarkan klien sendiri agar tenang
 - d. Mendemonstrasikan cara mengatasi kesedihan
 - e. Mengajarkan berhubungan sosial secara bertahap
18. Seorang laki-laki, 39 tahun, dirawat di RSJ. Keluarga mengatakan pasien memecahkan kaca jendela rumah dan mengancam orang lain dengan mata melotot, berteriak teriak dan berkata kasar. Hasil pengkajian : pasien merasa kesal karena kalah judi online dan mencoba lari dari ruangan. Apa tindakan yang tepat untuk kasus tersebut?
- a. Melakukan kolaborasi
 - b. Melatih cara berkenalan
 - c. Menempatkan di ruang isolasi

- d. Mengajarkan pukul kasur bantal
e. Menjelaskan tentang akibat perilaku kekerasan
19. Seorang laki – laki, 46 tahun, dirawat di RSJ selama 2 minggu. Saat pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter, perawat berkata kepada pasien "Nanti dirumah minum obat 3x sehari sesuai jadwal yang sudah kita buat bersama ya". Apa elemen komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?
- a. Evaluasi
 - b. Validasi
 - c. Eksplorasi perasaan
 - d. Rencana tindak lanjut
 - e. Kontrak yang akan datang
20. Perempuan, 25 tahun, dibawa keluarga ke RSJ karena sudah 1 minggu mengurung diri. Hasil pengkajian: tidak mau mandi, badan kotor dan bau, tidak mau makan, bila makan berantakan, BAB dan BAK sembarangan. Apakah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Defisit perawatan diri
 - b. Gangguan citra tubuh
 - c. Harga diri rendah
 - d. Gangguan persepsi sensori
 - e. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi
21. Laki-laki, 25 tahun dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: klien mengatakan tidak tahu siapa dirinya, ada dimana saat ini dan tidak tahu hari / tanggal. Perawat merencanakan terapi untuk mengatasi gangguan orientasi realita yang dialami klien. Apakah terapi yang sesuai diberikan untuk klien tersebut?
- a. Terapi Lingkungan
 - b. Terapi kelompok
 - c. Terapi Psikodrama
 - d. Terapi Keluarga
 - e. Terapi Modifikasi Perilaku
22. Perempuan, 45 tahun dirawat di RSJ sudah 1 minggu dengan keluhan sering mendengar suara-suara yang mengejek dirinya. Kondisi saat ini hubungan saling percaya telah terbina. Apakah komunikasi selanjutnya yang dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?
- a. Saat ini kita akan membicarakan tentang suara-suara yang ibu dengar.
 - b. Berapa kali suara-suara itu didengar?
 - c. Apakah yang dilakukan ketika mendengar suara-suara itu?
 - d. Ibu harus minum obat secara teratur.
 - e. Bagaimana perasaan ibu saat ini?
23. Perempuan, 27 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: mudah marah, melangkah dengan cepat, napas cepat/hiperventiasi, menegangkan rahang, menggenggam tangan, dan tubuhnya bergetar, berbicara melantur dengan nada suara tinggi,

dan tampak preokupasi dengan pikirannya. Pasien tampak memukulkan kepala tangannya ke tangan yang lain sambil mondor mandir. Apakah tingkat ansietas klien pada kasus tersebut?

- a. Antisipasi
 - b. Ringan
 - c. Sedang
 - d. Berat
 - e. Panik
24. Perempuan, 30 tahun dirawat di RSJ dengan masalah keperawatan halusinasi pendengaran. Hasil pengkajian: pasien telah mengenal halusinasi dan sudah diajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Apakah evaluasi tindakan keperawatan terhadap pasien pada kasus tersebut?
- a. Saya tidak melihat, anda berbohong.
 - b. Bagaimana perasaan ibu saat ini?
 - c. Apakah orang lain melihat bayangan itu?
 - d. Apakah ibu sudah mencoba menghardik bayangan itu?
 - e. Apakah sudah merasa nyaman melihat bayangan itu?
25. Perempuan, 32 tahun dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Hasil pengkajian: sering mengatakan dirinya bodoh, tidak berguna, tidak tahu untuk apalagi hidup, tidak mau mandi, tidak mau makan, saat bicara selalu menunduk. Apakah tindakan keperawatan utama yang dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Menyusun dan jadwal kegiatan yang dilatih
 - b. Membiarkan kesempatan untuk mengungkapkan perasaan
 - c. Melakukan terapi kelompok
 - d. Mengajarkan klien cara berkenalan dengan orang lain
 - e. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien.
26. Laki-laki, 30 tahun dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien mengatakan "Suster, tadi malam saya bertemu bayangan ibu saya yang sudah meninggal". Pasien berusaha meyakinkan perawat. Apakah komunikasi yang tepat untuk pasien tersebut pada kasus tersebut?
- a. Saya yakin itu hanya khayalananda.
 - b. Masa sih, kan ibu kamu sudah lama meninggal.
 - c. Saya yakin, pikiran itu akan hilang dengan sendirinya.
 - d. Saya percaya anda melihatnya, tapi saat ini saya tidak melihatnya.
 - e. Menurut saya, itu hanya karena rasa rindu ke ibumu yang sudah meninggal
27. Perempuan, 28 tahun dibawa ke Rumah Sakit Jiwa karena mengunci diri di kamar dan tidak mau keluar. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan pasien tidak mau berbicara dan menolak bertemu dengan siapapun, tampak sedih dan murung, 1 bulan yang lalu mengalami pemerkosaan. Keluarga takut pasien akan bunuh diri. Hasil pengkajian: pasien sering menggigit kukunya, selalu menunduk dan tidak ada kontak mata. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Ansietas
 - b. Kehilangan

- c. Berduka disfungsional
 - d. Isolasi Sosial
 - e. Harga Diri Rendah
28. Laki-laki, 32 tahun dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: pasien tidak punya teman dekat, suka menyendiri, lebih banyak berdiam diri, tidak ada kontak mata. Perawat sudah melakukan pendekatan sehingga pasien sudah mulai menceritakan tentang dirinya dan apa yang ia rasakan. Apakah tindakan perawat selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien
 - b. Memenuhi kebutuhan dasar pasien
 - c. Membuat jadwal kegiatan harian bersama pasien
 - d. Melatih pasien berkenalan secara bertahap.
 - e. Membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN

JIWA

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN JIWA

1. D. Amankan pasien dari mencederai diri dan orang lain Pasien selalu memukul orang lain.

Pada kasus, pasien mengalami kegawatdaruratan psikiatrik, yang disebabkan oleh halusinasi dan PK

- a. Ajarkan pasien berkenalan: untuk pasien isolasi social (tidak relevan)
- b. Latih pasien cara menghardik: untuk pasien halusinasi, kondisi tenang (tidak relevan)
- c. Dukung pasien mengontrol emosinya: untuk pasien RPK (tidak relevan)
- d. Amankan pasien dari mencederai diri dan orang lain: tindakan sesuai prinsip kegawatdaruratan pada keadaan kasus psikiatrik (jawaban benar)
- e. Fasilitasi pasien beradaptasi dengan lingkungan yang baru: untuk mengurangi stressor pasien (tidak relevan)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

2. A. Gangguan sensori persepsi : Halusinasi pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengejeknya dan pandangannya selalu tertuju ke arah pintu jendela.

Pada kasus terdapat tanda gejala halusinasi pendengaran dan penglihatan. Tanda gejala halusinasi pendengaran: pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengejeknya.

Tanda gejala halusinasi penglihatan: pandangan pasien selalu tertuju ke arah pintu jendela.

- a. Gangguan sensori persepsi; halusinasi (terdapat tanda gejala halusinasi pada kasus)
- b. Risiko perilaku kekerasan (tidak relevan)
- c. Harga diri rendah (tidak relevan)
- d. Kecemasan (tidak relevan)
- e. Isolasi social (tidak relevan)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

3. D. Ansietas

Pasien mengatakan sulit tidur, TD 150/95mmHg dan Pasien mengatakan bagaimana kalau nanti operasi mengalami kegagalan?

Pada kasus terdapat tanda gejala ansietas: sulit tidur, TD meningkat, pasien mengatakan kekhawatiran tentang operasinya.

- a. Harga diri rendah situasional: tidak relevan
- b. Gangguan citra tubuh: tidak relevan
- c. Ketidakberdayaan: tidak relevan
- d. Ansietas: terdapat tanda gejala ansietas pada kasus
- e. Depresi: tidak relevan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan ansietas

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

4. D. Isolasi sosial

Keluarga mengatakan pasien sering mengurung diri di kamar, tidak mau melakukan aktifitas, tidak mau berinteraksi dengan orang lain, pasien tampak duduk menyendiri dan menolak bertemu dengan siapapun.

Pada kasus terdapat tanda gejala isolasi sosial: sering mengurung diri di kamar, tidak mau melakukan aktifitas, tidak mau berinteraksi dengan orang lain, pasien tampak duduk menyendiri dan menolak bertemu dengan siapapun.

- a. Risiko perilaku kekerasan: tidak relevan
- b. Defisit perawatan diri: tidak relevan
- c. Harga diri rendah: tidak relevan
- d. Isolasi social (terdapat tanda gejala isolasi social pada kasus: jawaban benar)
- e. Halusinasi: tidak relevan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

5. D. Meningkatkan harga diri pasien

Pasien menganggap dirinya tidak berguna lagi sebagai seorang wanita.

Pada kasus terdapat tanda gejala Harga diri rendah situasional: pasien mengatakan dirinya tidak berguna lagi sebagai seorang wanita, akibat post op kista adenoma mammae.

- a. Lindungi pasien: tidak relevan
- b. Mengontrol rasa cemas: tidak relevan
- c. Menggali tanda gejala lain: tidak relevan
- d. Meningkatkan harga diri pasien: jawaban benar, karena berkaitan dengan masalah konsep diri (harga diri).
- e. Menghilangkan ketakutan pasien: tidak relevan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Harga diri rendah situasional.

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC

6. B. Denial

Pasien berkata “Bagaimana saya bisa terkena penyakit ini, tidak mungkin saya menderita sakit seperti ini”.

Pada kasus terdapat pernyataan “menyangkal” yang diucapkan oleh pasien, seolah – olah tidak percaya dengan diagnosis dokter

- a. Anger: marah (tidak relevan)
- b. Denial: menyangkal (jawaban benar)
- c. Bargaining: tawar menawar (tidak relevan)
- d. Depression: depresi (tidak relevan)
- e. Acceptance: menerima (tidak relevan)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep berduka/kehilangan.

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC

7. E. Gangguan sensori persepsi; Halusinasi

Pasien mengatakan ada yang masuk ke dalam tubuh ayahnya, yang dia lihat sekarang adalah bukan ayahnya, melainkan orang lain yang menyamar menjadi ayahnya. Pasien juga sering terlihat bicara sendiri.

Pada kasus terdapat tanda gejala halusinasi penglihatan: pasien melihat orang lain menyamar seperti ayahnya dan pasien sering bicara sendiri

- a. Isolasi social: tidak relevan
- b. Harga diri rendah: tidak relevan
- c. Perilaku kekerasan: tidak relevan
- d. Defisit perawatan diri: tidak relevan
- e. Gangguan sensori persepsi: halusinasi: jawaban benar

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Halusinasi.

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC

8. E. Gangguan sensori persepsi: Halusinasi

Pasien sering mendengar suara-suara yang mengancam ingin membunuhnya.

Pada kasus terdapat tanda gejala Halusinasi pendengaran:

Pasien sering mendengar suara – suara yang mengancam

- a. Isolasi sosial: tidak relevan

- b. Risiko bunuh diri: tidak relevan
- c. Perilaku kekerasan: tidak relevan
- d. Defisit perawatan diri: tidak relevan
- e. Gangguan sensori persepsi: Halusinasi: jawaban benar (pada kasus terdapat tanda gejala halusinasi)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pasien dengan Halusinasi

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC

9. C. Risiko bunuh diri

Pasien mengatakan rasa ingin mengakhiri hidup selalu muncul dalam pemikirannya dan pasien pernah mencoba terjun ke Sungai, namun terselamatkan oleh warga.

Pada kasus terdapat tanda gejala risiko bunuh diri : selalu berpikir ingin bunuh diri dan pasien telah melakukan usaha bunuh diri, meskipun tidak berhasil

- a. Halusinasi : tidak relevan
- b. Isolasi social : tidak relevan
- c. Risiko Bunuh diri : jawaban benar
- d. Perilaku kekerasan : tidak relevan
- e. Defisit perawatan diri : tidak relevan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Bunuh diri

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC

10. B. Isolasi sosial

Pasien mengatakan tidak bisa tidur, suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain

Pada kasus terdapat tanda gejala isolasi sosial : pasien mengatakan tidak bisa tidur, suka menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain

- a. Halusinasi : tidak relevan
- b. Isolasi social : jawaban benar
- c. Risiko Bunuh diri : tidak relevan
- d. Perilaku kekerasan : tidak relevan
- e. Defisit perawatan diri : tidak relevan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC

11. E. Memperhitungkan jarak ideal interaksi antara perawat dan pasien

Keluarga mengatakan klien sering berkata kasar, mata melotot, melempar barang di rumah dan memukul orang di hadapannya jika tersinggung

- a. Kata "jangan" diganti, dengan kalimat ;kontak mata dialihkan ke arah lain
- b. Cuci tangan sebelum berinteraksi (tidak spesifik terhadap diagnosis RPK)
- c. Tampil percaya diri di hadapan klien (tidak spesifik terhadap diagnosis RPK)
- d. Menghafalkan kemampuan yang harus dilatih pada klien (berorientasi hanya kepada perawat, bukan orientasi klien)
- e. Memperhitungkan jarak interaksi ideal antara perawat dan pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hal – hal yang harus diperhatikan jika berinteraksi pada klien RPK

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC.Jakarta

12. E. Pasien menyebutkan nama teman yang sudah di kenal

Perawat telah menjelaskan keuntungan mempunyai teman, kerugian tidak memiliki teman, mengajarkan cara berkenalan dan bersosialisasi dengan Orang lain

- a. Penampilan Pasien tampak rapih; (kemampuan Pasien Defisit Perawatan diri)
- b. Pasien memahami cara minum obat; (Kemampuan Pasien Risiko Perilaku Kekerasan dan Halusinasi)
- c. Pasien mampu berkenalan dengan baik : (evaluasi objektif pada Pasien isolasi social)
- d. Pasien membicarakan tentang hobinya : (tidak spesifik)
- e. Pasien menyebutkan nama teman yang sudah di kenal : (evaluasi subjek kemampuan klien isolasi social)

13. C. Bicara Dengan Baik

Perawat sudah melatih kemampuan pasien secara fisik dan minum obat

- a. cara spiritual (kemampuan keempat klien RPK)
- b. teknik napas dalam (kemampuan pertama klien RPK)
- c. bicara dengan baik (kemampuan ketiga klien RPK)
- d. pukul kasur bantal (kemampuan pertama klien RPK)
- e. penyelesaian masalah (tidak spesifik)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kemampuan yang harus dilatih setelah kemampuan pertama dan kedua pada klien RPK

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC.Jakarta

14. A. Halusinasi

Klien sering tertawa dan bicara sendiri

- a. Halusinasi : klien ketawa sendiri, bicara sendiri, mondar – mandir
- b. Isolasi social : klien tidak mau berinteraksi dengan orang lain, lebih senang menyendiri dan posisi tidur seperti janin
- c. Harga diri rendah : klien merasa malu, minder, tidak berguna dan kontak mata kurang
- d. Defisit keperawatan diri : klien nampak kotor, bau dan penampilan tidak rapih
- e. Risiko perilaku kekerasan : klien merasa kesal, marah, pandangan mata tajam, bicara kasar

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda gejala Halusinasi

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC.Jakarta

15. C. Melakukan kegiatan

Klien mampu mengenali halusinasinya : isi, frekuensi , waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon, mampu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan minum obat secara teratur.

- a. Spiritual (kemampuan klien RPK)
- b. Pukul kasur bantal (kemampuan klien RPK)
- c. Melakukan kegiatan (kemampuan klien Halusinasi)
- d. Menarik napas dalam (kemampuan klien RPK)
- e. Mengenali aspek positif yang dimilikinya (kemampuan klien HDR)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kemampuan yang harus dilatih pada klien dengan Halusinasi

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC.Jakarta

16. C. Penglihatan

Klien mengatakan ada bayangan besar berwarna hitam, membuatnya sering merasa ketakutan, sulit tidur, takut keluar kamar, teriak – teriak dan berbicara sendiri.

- a. Pendengaran (klien mendengar suara – suara)
- b. Pengecapan (klien merasa dengan lidah)
- c. Penglihatan (klien melihat sesuatu)
- d. Penghidu (klien mencium sesuatu dengan hidung)
- e. Perabaan (klien merasakan sesuatu di kulit)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jenis – jenis Halusinasi

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC.Jakarta

17. E. Mengajarkan berhubungan sosial secara bertahap**Klien sering duduk menyendiri dan tidak mau berkumpul dengan teman.**

- Membina hubungan saling percaya (general untuk semua masalah keperawatan jiwa)
- Membuat jadwal kegiatan sehari hari (general untuk semua masalah keperawatan jiwa)
- Membiarkan klien sendiri agar tenang (tidak spesifik)
- Mendemonstrasikan cara mengatasi kesedihan (tidak spesifik)
- Mengajarkan berhubungan sosial secara bertahap (intervensi yang tepat untuk klien dengan isolasi social)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi isolasi sosial

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC.Jakarta

18. C. Menempatkan di ruang isolasi**Mencoba lari dari ruangan.**

- Melakukan kolaborasi : (tidak spesifik)
- Melatih cara berkenalan : (kemampuan klien dengan isolasi social)
- Menempatkan di ruang isolasi : (agar klien tidak kabur dari ruangan)
- Mengajarkan pukul kasur bantal : (dalam keadaan klien yang belum stabil, perawat belum dapat melakukan komunikasi terapeutik)
- Menjelaskan tentang akibat perilaku kekerasan (dalam keadaan klien yang belum stabil, perawat belum dapat melakukan Pendidikan kesehatan)

Mahasiswa diharapkan memahami kembali tentang tindakan keperawatan pada klien RPK

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC.Jakarta

19. D. Rencana tindak lanjut

Perawat berkata kepada klien “nanti dirumah minum obat 3x sehari sesuai jadwal yang sudah kita buat bersama ya”

- Evaluasi : (bagaimana perasaan bapak hari ini ?)
- Validasi : (apa yang sudah dilakukan untuk mengatasi halusinasi yang muncul ?)
- Eksplorasi perasaan : (bagaimana perasaan bapak saat halusinasi itu muncul ?)
- Rencana tindak lanjut : (Tugas Pasien di rumah yang harus dilakukan)
- Kontrak yang akan datang : (Besok kita akan berlatih cara minum obat yang benar)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahapan komunikasi terapeutik

Referensi: Keliat, B.A. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. EGC.Jakarta

20. A. Defisit perawatan diri**Diagnosis keperawatan gangguan jiwa**

- a. Gejala dan tanda mayor sesuai
- b. Gejala dan tanda mayor tidak berhubungan dengan tanda dan gejala gangguan tidak tubuh
- c. Gejalan dan tanda mayor tidak menunjukkan ada ungkapan klien yang berisi kritik diri
- d. Tidak ditemukan tanda dan gejala gangguan persepsi sensori
- e. Tidak ditemukan tanda dan gejala gangguan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Defisit Perawatan Diri.

Referensi: Bahan Ajar Keperawatan Jiwa Oleh Norma Risnasari Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI Kediri

21. A. Terapi Lingkungan**TerapiKeperawatan Jiwa**

- a. Bertujuan untuk mengembangkan rasa percaya diri untuk berhubungan dengan orang lain dan belajar mempercayai orang lain.
- b. Terapi ini bagi mereka yang sudah siapuntuk bersosialisasi dan melaksanakan kegiatan secara berkelompok.
- c. Terapi ini menggunakan struktur masalah emosi klien atau pengalaman pasien dalam suatu drama. Tidak sesuai dengan kondisi pasien.
- d. Terapi Keluarga menggunakan pendekatan keluarga bagi klien yang sudah siap berkomunikasi secara terbuka dengan anggota keluarga.
- e. Terapi ini diberikan bagi klien yang menunjukkan perubahan perilaku yang maladaptive untuk dilakukan modifikasi perilaku.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Terapi Modalitas Keperawatan Jiwa.

Referensi: Bahan Ajar Keperawatan Jiwa Oleh Norma Risnasari Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI Kediri

22. E. Bagaimana perasaan ibu saat ini?**Komunikasi pada pasien halusinasi**

- a. Setelah BHSP perawat perlu memvalidasi kondisi klien sebelum lanjut membicarakan masalah klien. Hal ini untuk meyakinkan terlebih dahulu bahwa klien dalam kondisi baik saat menceritakan masalah-masalahnya.
- b. Suara-suara yang di dengar merupakan masalah yang diceritakan pasien.
- c. Tindakan saat mendengar suara pasien merupakan masalah yang dikaji perawat.
- d. Tindakan menganjurkan minum obat secara teratur merupakan bagian dari SP (strategi pelaksanaan selanjutnya)
- e. Validasi perawat terhadap kondisi klien sebelum melanjutkan SP1

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan halusinasi Pendengaran.

Referensi: Bahan Ajar Keperawatan Jiwa Oleh Norma Risnasari Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI Kediri

23. D. Berat

Ansietas

- a. Tingkat ansietas yang sudah diketahui sebelumnya sehingga sudah diatasi sebelum kejadian muncul.
- b. Tingkat ansietas yang terjadi berhubungan dengan ketegangan hidup sehari-hari
- c. Tingkat ansietas yang membuat seseorang terfokus pada hal yang penting dan melupakan hal yang lain.
- d. Tingkat ansietas yang mengurangi lahan persepsi seseorang dan memerlukan arahan untuk memusatkan perhatian pada area lain.
- e. Tingkat ansietas yang menurunkan kemampuan seseorang berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, dan kehilangan pemikiran rasional.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Klien dengan Ansietas

Referensi: Bahan Ajar Keperawatan Jiwa Oleh Norma Risnasari Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI Kediri

24. B. Bagaimana perasaan ibu saat ini?

Halusinasi

- a. Pentinya untuk meunjukkan rasa percaya pada klien agar meningkatkan motivasi melakukan yang diajarkan perawat.
- b. Dibutuhkan untuk memvalidasi kondisi kliens etelah Tindakan keperawatan yang diberikan.
- c. Penegasan dari perawat tentang halusinasi adalah hanya dilihat atau didengar oleh klien.
- d. Pertanyaan menunjuk pada tahap evaluasi hasil Tindakan bukan lagi saat sedang melakukan Tindakan menghardik.
- e. Pernyataan ini menunjukkan bahwa kita mendukung halusinasi klien bukan membantu klien memahami bahwa hal tersebut tidak nyata.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Klien dengan Halusinasi Pendengaran.

Referensi: Bahan Ajar Keperawatan Jiwa Oleh Norma Risnasari Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI Kediri

**25. E. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien
HDR**

- a. Jadwal disusun setelah mengetahui kemampuan dari aspek positif klien
- b. Mengungkapkan perasaan adalah bagian dari BHSP dengan klien
- c. Terapi kelompok dilakukan setelah klien tidak lagi merasa harga diri rendah untuk bersosialisasi.
- d. Mengajarkan klien bersosialisasi setelah klien menyadari memiliki kemampuan dari aspek positif yang akan dilatih.
- e. Pentingnya terlebih dahulu mengetahui kemampuan dan aspek positif dari klien sebelum tindakan lainnya untuk meningkatkan rasa percaya diri klien dalam bersosialisasi dan menyadari dirinya berharga.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Klien dengan Harga Diri rendah

Referensi: Bahan Ajar Keperawatan Jiwa Oleh Norma Risnasari Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI Kediri

**26. D. Saya percaya anda melihatnya, tapi saat ini saya tidak melihatnya
Komunikasi, Halusinasi**

- a. Bila mengatakan demikian berarti menunjukkan perawat tidak percaya kepada klien.
- b. Sama dengan poin a
- c. Kata-kata ini akan membuat klien merasa perawat tidak menanggapi keluhannya secara serius sehingga dapat memutuskan hubungan saling percaya klien dan perawat.
- d. Penegasan seperti ini diperlukan. Menunjukkan perawat percaya dengan napa yang dikatakan klien dan jujur dengan apa yang dialami klien juga menegaskan definisi kondisi klien yaitu halusinasi
- e. Sama dengan poin c

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Klien dengan Halusinasi Penglihatan.

Referensi: Bahan Ajar Keperawatan Jiwa Oleh Norma Risnasari Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI Kediri

**27. D. Isolasi Sosial
Isolasi sosial**

- a. Ansientas menjadi penyebab bukan masalah utama.
- b. Tanda dan gejala mayor kurang mendukung masalah kehilangan.
- c. Tanda dan gejala mayor kurang mendukung masalah berduka.
- d. Tanda dan gejala mayor menunjukkan perilaku klien yang mendukung terutama perilaku menarik diri.
- e. e.Tanda dan gejala mayor kurang mendukung masalah HDR. HDR bisa menjadi etiologic.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Klien dengan Isolasi Sosial Menarik Diri.

Referensi: Bahan Ajar Keperawatan Jiwa Oleh Norma Risnasari Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI Kediri

**28. E. Membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial
Isolasi sosial.**

- a. Menanyakan keluhan tidak tepat karena klien sudah pada tahap menceritakan tentang dirinya dan apa yang ia rasakan.
- b. Kebutuhan dasar klien tidak menunjukkan masalah yang harus diatasi saat ini
- c. Jadwal kegiatan dibuat pada tahap akhir strategi pelaksanaan.
- d. Melatih klien berkenalan dengan orang lain setelah perawat mengetahui penyebab isolasi sosial klien.
- e. Tahap ini dilakukan setelah klien menceritakan masalahnya untuk mencaritahu penyebab isolasi sosial.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Klien dengan Isolasi Sosial.

Referensi: Bahan Ajar Keperawatan Jiwa Oleh Norma Risnasari Prodi DIII Keperawatan Universitas Nusantara PGRI Kediri

LATIHAN SOAL KEPERAWATAN

KELUARGA

SOAL KEPERAWATAN KELUARGA

1. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan seorang ibu, 60 tahun, sejak 1 tahun yang lalu dinyatakan hipertensi. Hasil pengkajian keluarga mengatakan tidak memahami kesehatan pasien, bingung cara menurunkan TD, obat dari puskesmas sudah habis dimakan, dan tidak mengeluh sakit. TD 180/100 mmHg, pasien tampak makan cemilan gorengan yang disajikan keluarga. Apa masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut ?
 - a. Ketidakpatuhan
 - b. Manajemen kesehatan tidak efektif
 - c. Deficit pengetahuan pada keluarga
 - d. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
 - e. Pemeliharaan kesehatan keluarga tidak efektif
2. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan anak laki-laki, 16 tahun, sejak 5 bulan positif TB Paru dan baru 1 bulan menjalankan program pengobatan Puskesmas. Hasil pengkajian keluarga mengatakan malu jika penyakitnya diketahui tetangga, belum menentukan PMO yang diminta walaupun petugas puskesmas sudah menyampaikan program pengobatan dan perawatan di rumah, pasien tampak lemah, lesu, sering batuk, dan tidak ada seorangpun dalam keluarga yang memakai masker. Apa masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
 - a. Ketidakpatuhan
 - b. Manajemen kesehatan tidak efektif
 - c. Deficit pengetahuan pada keluarga
 - d. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif
 - e. Pemeliharaan kesehatan keluarga tidak efektif
3. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan seorang ibu RT, 55 tahun, sejak 6 bulan yang lalu dinyatakan hipertensi. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan tidak memahami kesehatan pada pasien, sejak dinyatakan hipertensi pasien manja, tampak sehat, tidak ada yang sempat mengantar ke puskesmas karena sibuk bekerja dan banyak urusan lainnya. Pasien tidak keluhan, hanya khawatir TD yang tinggi, TD 180/110 mmHg. Apakah intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut ?
 - a. Dukungan coping keluarga
 - b. Koordinasi diskusi keluarga
 - c. Pelaporan status kesehatan keluarga
 - d. Dukungan kepatuhan program pengobatan
 - e. Dukungan keluarga merencanakan perawatan
4. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan Laki-laki, 59 tahun, sejak 6 bulan yang lalu dinyatakan hipertensi. Pasien mendapatkan obat anti hipertensi yang baru saat kunjungan ke Puskesmas minggu lalu, yaitu captropil dan furosamide. Hasil pengkajian: keluarga takut dan khawatir karena sejak minum obat tersebut sering kencing. Apakah edukasi kesehatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Efek terapi obat
 - b. Efek toksik obat
 - c. Efek utama obat
 - d. Efek normal obat
 - e. Efek samping obat
5. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan Laki-laki, 48 tahun, sejak 1 tahun yang lalu dinyatakan menderita Diabetes Mellitus (DM). Hasil pengkajian: keluarga mengatakan pasien minum obat ketika merasa badannya tidak nyaman, program diet DM belum berjalan, dan masih suka makan yang manis-manis, pasien belum mau kontrol secara rutin ke puskesmas, apalagi mengikuti program prolanis, kadar GD sewaktu 250 mg/dL. Apakah topik edukasi kesehatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Program diet untuk pengendalian GD
 - b. Peran keluarga dalam pengendalian GD
 - c. Pentingnya minum obat pengontrol GD secara tepat
 - d. Program prolanis DM sebagai manfaat bagi anggota BPJS
 - e. Upaya dan manfaat pengendalian GD yang harus dijalani
6. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan Laki-laki, 50 tahun, sejak 1 tahun yang lalu dinyatakan hipertensi. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan kurang memahami masalah hipertensi, kesulitan dalam menjalankan program pengendalian TD. Keluarga menyamakan makanan untuk semua anggota keluarga, TD 180/110 mmHg. Melihat kondisi klien dan keluarga, perawat memberikan intervensi dukungan keluarga merencanakan perawatan hipertensi. Apakah langkah awal prosedur pada intervensi tersebut?
- a. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga
 - c. Informasi fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
 - d. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan
 - e. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan
7. Perawat melaksanakan kunjungan rumah, didapat laki-laki, 50 tahun, sejak 1 tahun yang lalu dinyatakan hipertensi. Hasil pengkajian : keluarga mengatakan kurang memahami masalah hipertensi, kesulitan dalam menjalankan program pengendalian TD. Keluarga menyamakan makanan untuk semua anggota keluarga, TD 180/110 mmHg. Perawat memberikan intervensi dukungan keluarga. Apakah tindakan terapeutik pada intervensi tersebut?
- a. Libatkan keluarga untuk mendukung program perawatan hipertensi
 - b. Identifikasi tindakan perawatan hipertensi yang dapat dilakukan keluarga
 - c. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
 - d. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya perawatan hipertensi
 - e. Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program perawatan hipertensi

8. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan seorang anak, 3 tahun, buang air besar 5 kali sehari, konsistensi encer, ada ampas, kulit kering, muka pucat, dan anak masih aktif. Hasil pengkajian frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Diare
 - Hipovolemia
 - Risiko ketidakseimbangan cairan
 - Risiko ketidakseimbangan elektrolit
 - Kesiapan peningkatan keseimbangan cairan
9. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan kepala keluarga, 55 tahun, menderita DM sudah 1 tahun, keluhan kaki kesemutan, sering baal, ada bekas luka dikaki yang baru sembuh. Klien tidak pernah berobat karena merasa tidak ada keluhan yang berat. Hasil pengkajian TD 120/80 MmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, suhu 37°C , GDS: 300 mg/dl. Apakah tindakan mandiri perawat yang tepat pada kasus tersebut ?
- Merawat kaki DM
 - Promosi tentang diit DM
 - Edukasi latihan fisik : senam kaki DM
 - Menganjurkan jalan kaki tanpa alas kaki
 - Menganjurkan olah raga ringan setiap hari
10. Perawat melakukan kunjungan rumah yang kedua. Keluarga sudah diajari cara melakukan kompres air hangat pada anggota keluarga yang mengalami peningkatan suhu tubuh. Perawat menilai tindakan tersebut sudah dilakukan dengan baik dan benar. Apakah tugas kesehatan keluarga yang sudah terpenuhi pada kasus tersebut?
- Memodifikasi lingkungan
 - Mengambil keputusan yang tepat
 - Memanfaatkan pelayanan kesehatan
 - Merawat anggota keluarga yang sakit
 - Mengenal masalah kesehatan keluarga
11. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan seorang anak perempuan, 7 tahun, menderita batuk dan pilek sejak 1 minggu yang lalu. Anak mengeluh hidung tersumbat dan sulit mengeluarkan dahak. Hasil pengkajian frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37°C . Masalah keperawatan yang muncul adalah bersihkan jalan napas tidak efektif. Apakah tindakan keperawatan prioritas yang diberikan pada keluarga tersebut?
- Memberikan obat turun panas
 - Memberikan balsem dihidung anak
 - Menganjurkan keluarga memberikan obat antibiotic
 - Menganjurkan memberikan minum hangat pada anak
 - Mengajarkan keluarga tentang tumbuh kembang pada anak

12. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan seorang bapak, 70 tahun menderita asam urat. Klien mengeluh nyeri pada pergelangan kaki dan sering kesemutan sejak 3 tahun yang lalu. Hasil pengkajian kadar asam urat 9 mg/dL, keluarga sering menghidangkan makanan yang berasal dari kacang-kacangan dan tidak tahu apa yang harus dilakukan. Perawat merencanakan memberikan pendidikan kesehatan : pengajaran proses penyakit (asam urat) yang dialami. Apakah kriteria hasil yang tepat untuk rencana tindakan pada kasus tersebut?
- Keluarga mampu mengurangi nyeri
 - Keluarga mampu memodifikasi lingkungan
 - Keluarga mampu mendefinisikan asam urat
 - Keluarga memahami pengaturan diit asam urat
 - Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat
13. Perawat melakukan kunjungan rumah, diperoleh data sepasang suami istri dengan 3 anak, dimana anak pertama berumur 13 tahun, anak kedua berumur 5 tahun, dan anak ketiga berumur 2,5 tahun. Apa tahap perkembangan keluarga tersebut?
- Bergining family*
 - Child bearing family*
 - Families with teenagers*
 - Families with preschool*
 - Families with school children*
14. Perawat melakukan kunjungan rumah, didapatkan seorang ibu, 50 tahun, mempunyai keluhan nyeri pada perutnya. Hasil wawancara diketahui ibu sering mengkonsumsi makanan asam dan pedas. Hasil pengkajian TD 110/70mmHg, frekuensi nadi 72x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 36,6°C. Saat ini perawat sedang menjelaskan penyakit gastritis pada keluarga. Apakah tahap selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- Tahap mengenal masalah kesehatan
 - Tahap memanfaatkan pelayanan kesehatan
 - Tahap merawat keluarga dengan masalah kesehatan
 - Tahap memutuskan untuk mengatasi masalah kesehatan
 - Tahap memodifikasi lingkungan untuk mengatasi masalah kesehatan
15. Perawat melakukan kunjungan ke rumah, diperoleh data keluarga terdiri dari kepala keluarga, istri, 3 orang anak, nenek, 1 orang menantu dan 1 orang cucu mereka tinggal bersama dalam satu rumah dan saling berinteraksi satu sama lain. Apakah tipe keluarga tersebut?
- The Nuclear Family*
 - Commuter Family*
 - The Single-Parent Family*
 - The Dyad Family*
 - The Extended Family*
16. Perawat melakukan kunjungan ke rumah, didapatkan seorang ibu, 40 tahun mengeluh nyeri kepala dan wajahnya terasa kaku, kedua tungkai kakinya terasa

kesemutan. Hasil pengkajian TD 190/100 mmHg, frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit. Kepala keluarga mengatakan lebih senang membeli obat sakit kepala di warung terdekat, walau pernah mendapatkan obat dari Puskesmas, menganggap penyakitnya biasa, dan akan sembuh dengan sendirinya. Apa penyebab masalah pada keluarga tersebut?

- a. Ketidakmampuan membuat keputusan
 - b. Ketidakmampuan memodifikasi lingkungan
 - c. Ketidakmampuan dalam menentukan masalah
 - d. Ketidakmampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan
 - e. Ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang sakit
17. Perawat melakukan kunjungan rumah diperoleh data, Perempuan 50 tahun menderita rematik sejak 1 tahun yang lalu, nyeri bagian lutut dan pola tidur berubah. Hasil pengkajian: TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, skala nyeri 7, klien tampak meringis menahan sakit, aktivitas dibantu oleh keluarga dan sakit yang dirasakan hilang timbul. Apakah masalah keperawatan yang terjadi pada kasus tersebut?
- a. Nyeri akut
 - b. Nyeri kronis
 - c. Intoleransi aktivitas
 - d. Gangguan pola tidur
 - e. Gangguan rasa nyaman

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN

KELUARGA

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KELUARGA

1. D. Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Keluarga mengatakan tidak memahami masalah kesehatan pasien

- a. Ketidakpatuhan: perilaku tidak mengikuti rencana perawatan yang disepakati dengan petugas kesehatan, sehingga hasil perawatan tidak efektif.
- b. MKTE: Pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah kedalam kebiasaan hidup sehari hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan.
- c. Defisit pengetahuan: Ketiadaan atau kurang informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu
- d. MKKTE: Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan keluarga (sesuai kasus)
- e. Pemeliharaan KTE: Ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan/atau menemukan bantuan utk mempertahankan kesehatan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen kesehatan keluarga.

Referensi: Tim Pokja PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

2. A. Ketidakpatuhan

Keluarga belum menentukan PMO yang diminta walaupun petugas puskesmas sudah menyampaikan program pengobatan dan perawatan di rumah.

- a. Ketidakpatuhan: perilaku tidak mengikuti rencana perawatan yang disepakati dengan petugas kesehatan, sehingga hasil perawatan tidak efektif (sesuai kasus)
- b. MKTE: Pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah kedalam kebiasaan hidup sehari hari tidak memuaskan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan.
- c. Defisit pengetahuan: Ketiadaan atau kurang informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu
- d. MKKTE: Pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan keluarga (sesuai kasus)
- e. Pemeliharaan KTE: Ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola, dan/atau menemukan bantuan utk mempertahankan kesehatan

3. A. Dukungan coping keluarga

Keluarga mengatakan tidak memahami masalah kesehatan pada pasien dan tidak ada yang sempat mengantar ke puskesmas karena semua anggota keluarga sibuk bekerja dan banyak urusan lainnya.

- a. Memfasilitasi peningkatan nilai, minat dan tujuan dalam keluarga (intervensi utama, sesuai kasus)
- b. Menyeimbangkan kegiatan keluarga untuk mencapai tujuan bersama anggota keluarga (intervensi utama, tidak sesuai kasus)
- c. Mencatat dan melaporkan hasil pemeriksaan atau perawatan pasien yang telah dilakukan pada periode tertentu (intervensi pendukung, tidak sesuai kasus)
- d. Dukungan menaati program pengobatan (tidak sesuai kasus)
- e. Memfasilitasi perencanaan pelaksanaan perawatan kesehatan (intervensi utama, tidak sesuai kasus)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Intervensi keperawatan keluarga.

Tim Pokja PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

4. D. Efek normal obat

Sejak minum obat pasien menjadi sering kencing.

- a. Efek terapi obat: hasil penanganan medis yang sesuai dengan apa yg diinginkan.
- b. Efek toksik obat: tingkat kerusakan yang dapat disebabkan oleh suatu obat terhadap organisme.
- c. Efek utama obat; hasil penanganan medis yg sesuai dengan apa yang diinginkan dari reaksi obat tertentu.
- d. Efek normal obat: kondisi yang muncul secara fisiologis akibat minum obat tertentu (sesuai kasus)
- e. Efek samping obat: reaksi tidak diinginkan yang terjadi ketika kita mengkonsumsi suatu obat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang respon tubuh secara fisiologis terhadap obat.

Referensi: Tim Pokja PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

5. E. Upaya dan manfaat pengendalian GD yang harus dijalani

Program diet DM belum berjalan, dan masih suka makan yang manis-manis, pasien belum mau kontrol secara rutin ke puskesmas.

- a. Edukasi hanya tentang program diet untuk pasien DM (belum tepat sesuai kasus)
- b. Edukasi hanya tentang peran keluarga (tidak sesuai kasus)
- c. Edukasi tentang pentingnya minum obat (belum sesuai kasus)

- d. Edukasi hanya tentang program prolanis (belum sesuai kasus)
- e. Upaya dan manfaat pengendalian GD yang harus dijalani untuk jawaban a sampai d sudah tercakup di jawaban e

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Edukasi yang tepat pada pasien DM.

Referensi: Tim Pokja PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

6. D. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan Keluarga mengatakan kurang memahami masalah hipertensi.

Intervensi : Dukungan keluarga merencakan perawatan (I.13477) (hal.26)

Tindakan observasi :

- a. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan
- b. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
- c. Identifikasi Tindakan yang dapat dilakukan keluarga
- d. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan

Tindakan Terapeutik

- a. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan
- b. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada pada keluarga
- c. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal

Tindakan Edukasi

- a. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga
- b. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- c. Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi dukungan keluarga merencakan perawatan (SIKI).

Referensi: Tim Pokja PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

7. D. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya perawatan hipertensi Keluarga mengatakan kurang memahami masalah hipertensi, kesulitan dalam menjalankan program pengendalian TD.

Intervensi : Dukungan keluarga merencakan perawatan (I.13477) (hal.26)

Tindakan observasi :

1. Identifikasi kebutuhan dan harapan keluarga tentang kesehatan
2. Identifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
3. Identifikasi Tindakan yang dapat dilakukan keluarga
4. Identifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan

Tindakan Terapeutik

1. Motivasi pengembangan sikap dan emosi yang mendukung upaya kesehatan
2. Gunakan sarana dan fasilitas yang ada pada keluarga
3. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal

Tindakan Edukasi

1. Informasikan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan keluarga
 2. Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada
- Ajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi dukungan keluarga merencakan perawatan (SIKI).

Referensi: Tim Pokja PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI

8. A. Diare**Buang air besar 5 kali sehari**

- a. Pengeluaran feses yang sering, lunak dan tidak berbentuk (BAB anak lebih dari 3 kali)
- b. Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial dan/atau intraselular diikuti tanda objektif frekuensi nadi meningkat, frekuensi nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering,
- c. Berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstitial atau intraseluler
- d. Berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit
- e. Data subjektif menunjukkan keinginan klien untuk meningkatkan keseimbangan cairan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askek Diare.

Referensi: PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta:DPP PPNI

9. C. Edukasi latihan fisik : senam kaki DM**DM**

- a. Jawaban kurang spesifik perawatan apa yang dilakukan

- b. Memberikan pendidikan kesehatan tentang diit untuk pasien DM
- c. Membantu memperlancar aliran darah pada kaki (gerakan fokus pada kaki)
- d. Tindakan berisiko terjadinya luka pada kaki
- e. Gerakan untuk seluruh tubuh

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep DM.

Referensi: PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan. Edisi 1. Jakarta:DPP PPNI

10. D. Merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga sudah diajari perawat cara memberikan kompres air hangat

- a. Memodifikasi lingkungan rumah yang mendukung kesehatan
- b. Upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga
- c. Memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di sekitar
- d. Keluarga telah memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan (kompres air hangat)
- e. Keluarga mengenal masalah kesehatan dan perubahan yang muncul pada anggota keluarga (kunjungan ke1)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi kesehatan keluarga.

Referensi: IPKKI. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta:UI Press

11. D. Menganjurkan memberikan minum hangat pada anak

Sulit mengeluarkan dahak

- a. Memberikan obat bukan wewenang perawat
- b. Balsem untuk orang dewasa/anak (kurang lengkap)
- c. Memberikan obat bukan wewenang perawat
- d. Memberikan minuman hangat tindakap yang tepat sesuai kasus
- e. Tumbuh kembang tidak sesuai dengan kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang implementasi diagnosis bersihkan jalan napas.

PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan. Edisi 1. Jakarta:DPP PPNI

12. D. Keluarga memahami pengaturan diit asam urat

Keluarga sering menghidangkan makanan yang berasal dari kacang-kacangan dan tidak tahu apa yang harus dilakukan.

- a. Keluarga tahu cara mengurangi rasa nyeri (kurang sesuai dengan kasus, data nyeri sedikit)

- b. Keluarga tahu cara memodifikasi lingkungan (tidak ada data yang mengarah ke lingkungan)
- c. Keluarga mengetahui pengertian asam urat
- d. Keluarga memahami hidangan makanan yang tepat untuk klien
- e. Keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat (tidak sesuai dengan kasus)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asam urat.

Referensi: IPKKI. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: UI Press

13. C. Families with teenagers

Anak pertama berumur 13 tahun.

- a. Keluarga Pasangan Baru atau Keluarga Baru
- b. Keluarga dengan kelahiran Anak Pertama (kehamilan sampai kelahiran dilanjutkan anak pertama berusia 3,2 tahun)
- c. Keluarga dengan Anak Remaja (anak pertama usia 13 – 20 tahun)
- d. Keluarga dengan Anak Prasekolah (usia anak pertama 2,5 – 5 tahun)
- e. Keluarga dengan Anak Sekolah (anak pertama memasuki sekolah usia 6 - 12 tahun)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahap perkembangan keluarga.

Referensi: Mendrofa, Fery & Setiyaningrum,P. (2021). Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Semarang : Catur Karya Mandiri

14. D. Tahap memutuskan untuk mengatasi masalah kesehatan

Perawat sedang menjelaskan penyakit gastritis pada keluarga.

- a. Keluarga mengenal masalah kesehatan dan perubahan yang muncul pada anggota keluarga (tahap 1)
- b. Memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di sekitar (tahap 4)
- c. Keluarga telah memiliki kemampuan untuk melakukan tindakan (tahap 3)
- d. Upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan keluarga (tahap 2)
- e. Memodifikasi lingkungan rumah yang mendukung kesehatan (tahap 5)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tugas kesehatan keluarga.

Referensi: Mendrofa, Fery & Setiyaningrum,P. (2021). Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Semarang : Catur Karya Mandiri

15. D. *The Extended Family*

Keluarga terdiri dari kepala keluarga, istri, nenek, 3 orang anak, 1 orang menantu.

- a. Keluarga inti (keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak)
- b. Kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda
- c. Keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak
- d. Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak)
- e. Keluarga luas/besar, keluarga inti ditambah nenek, tante, keluarga yang lain

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tipe keluarga.

Referensi: Mendorfa, Fery & Setyaningrum,P. (2021). Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Semarang : Catur Karya Mandiri

16. E. Ketidakmampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Senang membeli obat sakit kepala di warung terdekat.

- a. Keluarga tidak mampu mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan masalah kesehatan keluarga
- b. Keluarga tidak mampu memodifikasi lingkungan rumah yang mendukung kesehatan
- c. Keluarga tidak mengenal masalah kesehatan dan perubahan yang muncul pada anggota keluarga
- d. Keluarga tidak mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di sekitar
- e. Keluarga telah memiliki kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askep keluarga.

Referensi: Mendorfa, Fery & Setyaningrum,P. (2021). Buku Ajar Keperawatan Keluarga. Semarang: Catur Karya Mandiri

17. B. Nyeri kronis

Skala nyeri 6 & sakit yang dirasakan sering hilang muncul.

- a. Nyeri yang berlangsung kurang dari 3 bulan
- b. Nyeri yang berlangsung lebih dari 3 bulan
- c. Ketidak cukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari
- d. Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (kasus terjadi perubahan pola tidur)
- e. Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual dan sosial

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askep rematik.

PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta:DPP PPNI

LATIHAN SOAL KEPERAWATAN

MATERNITAS

SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS

1. Perempuan, 24 tahun, G1P0A0, hamil 36 minggu, datang ke Poli KIA untuk memeriksakan kehamilan. Hasil pengkajian: TFU 33 cm, punggung kanan dan bagian terendah janin berada di atas spina ischiadika. Berapakah tafsiran berat badan janin pada kasus tersebut?
 - a. 2600 gram
 - b. 3255 gram
 - c. 3410 gram
 - d. 3450 gram
 - e. 3500 gram
2. Perempuan, 26 tahun, G1P0A0, hamil 28 minggu, datang ke Poli KIA dengan keluhan kulit lebih hitam seperti topeng dibagian wajah, leher, ketiak dan perut. Hasil pengkajian: pasien bertanya "Apakah tanda hitam dikulitnya bisa hilang, dan apakah ada cream untuk mengurangi warna hitam di kulit?", TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37°C. Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Ansietas
 - b. Kurang pengetahuan
 - c. Gangguan citra tubuh
 - d. Gangguan rasa nyaman
 - e. Gangguan identitas diri
3. Perempuan, 26 tahun, dengan G1P0A0 37 minggu di rawat di Ruang Bersalin dengan keluhan: sakit perut, keluar lendir dan darah dari kemaluan. Hasil pengkajian kontraksi uterus terjadi dalam 10 menit 3–4 kali, his yang lamanya 40 detik, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,8°C Apakah penyebab kontraksi uterus pada kasus tersebut ?
 - a. Distensi Vagina
 - b. Tekanan janin
 - c. Dilatasi servik
 - d. Gerakan janin
 - e. Distensi perineum
4. Perempuan, 28 tahun, G2P0A0, hamil 12 minggu, datang ke Poli KIA dengan keluhan mual dan muntah. Hasil pengkajian: ibu tampak pucat, nafsu makan menurun, berat badan turun 10% dari berat badan sebelum hamil, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 18x/menit. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut ?
 - a. Nausea
 - b. Konstipasi
 - c. Hipovolemia
 - d. Defisit nutrisi
 - e. Gangguan rasa nyaman

5. Perempuan, 28 tahun, G1P1A0, hamil 36 minggu, datang ke Poliklinik KIA untuk pemeriksaan rutin kehamilannya. Hasil pengkajian: Palpasi Leopold 3 ditemukan masa lunak, kurang bundar, dan tidak melenting di area suprapubik, janin tunggal. Apakah interpretasi yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Letak janin melintang
 - b. Presentasi janin normal
 - c. Punggung sebelah kanan
 - d. Posisi terendah adalah bokong
 - e. Kepala janin dibawah belum masuk PAP
6. Perempuan, 27 tahun, G1P0A0, hamil 37 minggu, datang ke ruang bersalin dengan keluhan perut mulas. Hasil pengkajian: his terjadi 4-5 kali dalam 10 menit lama 50-60 detik, his semakin lama semakin kuat dan teratur, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 86 x/menit, frekuensi napas 21x/menit, suhu 37°C. Apakah faktor yang memengaruhi persalinan pada kasus tersebut?
 - a. *Power*
 - b. *Passage*
 - c. *Position*
 - d. *Pasenger*
 - e. *Psikologis ibu*
7. Perempuan, 22 tahun, G1P0A0, hamil 36 minggu, datang ke Poli KIA dengan keluhan kakinya pegal. Hasil pengkajian: terdapat varises di kaki, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36.5°C. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Hindari berdiri lama
 - b. Gunakan celana ketat
 - c. Luruskan kaki saat duduk
 - d. Tidak melakukan olahraga
 - e. Hindari penggunaan sepatu dengan telapak berisi bantalan
8. Perempuan, 29 tahun, G1P0A0, hamil 32 minggu, datang ke RS diantar keluarga dengan keluhan keluar darah segar dari daerah kemaluan saat duduk nonton TV. Hasil pengkajian: ada perdarahan, tidak disertai nyeri, pembukaan serviks 1 cm, TD 100/80mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, DJJ 130x/menit. Apakah penyebab pada kasus tersebut?
 - a. Abortus
 - b. Plasenta Previa
 - c. Mola hidatidosa
 - d. Solusio plasenta
 - e. Kehamilan Ektopik
9. Perempuan, 23 tahun, G2P2A0, aterm, di ruang persalinan, melahirkan spontan bayi perempuan. Hasil pengkajian pasien mengeluh nyeri, muka meringis, bayi menangis kuat, nilai A/S 9. TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,4°C. Perawat telah memotong tali pusat. Apakah langkah tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?

- a. Membungkus tali pusat dengan kasa
 - b. Membersihkan tali pusat dengan kasa
 - c. Mengikat tali pusat dengan umbilical klep
 - d. Memberikan betadin pada bekas potongan tali pusat
 - e. Menarik tali pusat sebelum ada tanda pelepasan plasenta
10. Perempuan, 25 tahun G1P0A0 hamil 24 minggu, melakukan kunjungan kedua di Puskesmas. Pada saat kunjungan pertama pasien mengeluh mual, tidak nafsu makan. Hasil pengkajian saat ini keluhan berkurang, terpenuhi kebutuhan sesuai keluhan. Perawat memberi pujian dengan mengatakan bagus sambil menunjukkan jempol. TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,8°C, hasil pemeriksaan lab Hb 11gr%. Apa teori keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Self care
 - b. Adaptasi
 - c. Personal
 - d. Interaksi
 - e. Humanistik
11. Perempuan, 25 tahun, inpartu, saat ini berada di ruang persalinan. Hasil pengkajian pasien mengeluh ingin BAB, nyeri daerah perut. Pasien teriak-teriak, napas terengah-engah, gelisah dan memukul tempat tidur. Hasil pemeriksaan fisik: anus membuka, TD 120/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,6°C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Gangguan konsep diri
 - b. Tidak efektifnya coping
 - c. Gangguan pertukaran gas
 - d. Gangguan eliminasi BAB
 - e. Gangguan rasa nyaman: nyeri
12. Perempuan, 23 tahun, G1P0A0 hamil 40 mg di kamar bersalin, mengeluh perut mules-mules setiap 5 menit. Hasil pengkajian TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, fekuensi napas 20x/menit, TFU 32 cm, punggung kanan, presentasi kepala sudah masuk p.a.p. DJJ 136x/menit, keluar lendir darah pervagina, pembukaan 6 cm pada pukul 08.00, His terjadi setiap 5 menit, lamanya 45 detik, Kapan terjadi persalinan pada kasus tersebut?
- a. Pukul 10.00
 - b. Pukul 11.00
 - c. Pukul 12.00
 - d. Pukul 13.00
 - e. Pukul 14.00
13. Perempuan, 32 tahun, G2PIA0, datang ke puskesmas. Hasil pengkajian pasien mengeluh sering kencing, cepat lelah, dan sering berkeringat. Hasil pemeriksaaan fisik: TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas18 x/menit, TFU

- 30 cm, posisi janin punggung kanan, presentasi kepala, belum masuk p.a.p. Hasil pemeriksaan lab: Hb 12gr%. Berapa usia kehamilan pada kasus tersebut?
- 31 Minggu
 - 32 Minggu
 - 33 Minggu
 - 34 Minggu
 - 35 Minggu
14. Perempuan, 24 tahun, G1P0A0, datang ke Puskesmas bersama suami, Hasil pengkajian pasien mengeluh mual. Mentrusi terakhir tanggal 12 September 2022, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36,4°C, palpasi leopold TFU 28 cm, posisi janin punggung kiri dan DJJ 140 x/ menit. Hasil pemeriksaan lab: Hb 12gr%. Kapan taksiran persalinan pada kasus tersebut?
- 5 Juni 2023
 - 5 Juli 2023
 - 15 Juni 2023
 - 19 Juni 2023
 - 19 Juli 2023
15. Seorang bayi perempuan, 3 hari, rawat gabung di ruangan nifas bersama ibunya. Hasil pengkajian denyut frekuensi nadi 120x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 36,2°C, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, ibu sangat mudah memberi ASI pada bayi, dan saat memulai menyusu tampak muka bayi mengarah ke puting payudara ibunya. Apakah reflek yang terjadi pada kasus tersebut?
- Terkejut/Moro
 - Menoleh/Rooting
 - Mengisap /Sucking
 - Menelan /Swallowing
 - Menggenggam /Grasp
16. Perempuan, 24 tahun, P2A0 nifas minggu ke empat, datang ke poliklinik untuk kontrol dan ingin menjadi aseptor KB. Hasil pengkajian: pasien belum pernah menjadi akseptor KB sejak anak pertama, mempunyai riwayat hipertensi, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas, 18x/menit, suhu 37°C. Hasil pemeriksaan lab: Hb 12,5 gr%. Apa alat kontrasepsi yang tepat pada kasus tersebut?
- Pil
 - Suntik
 - AKDR
 - Implant
 - Tebektomi
17. Perempuan, 23 tahun, P1A0 dirawat hari ke-2 di ruang nifas RS. Hasil pengkajian pasien mengeluh ASI keluar sedikit, puting terasa nyeri saat menyusui, ibu takut menyusui, puting lecet. TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi

- napas, 18x/menit, suhu 37°C. Hasil pemeriksaan lab: Hb 13 gr%. Apa rencana tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
- Bersihkan payudara
 - Anjurkan menyusui bayi
 - Berikan bayi susu formula
 - Rujuk untuk mendapatkan obat
 - Kompres hangat pada payudara
18. Perempuan, 29 tahun, hamil 30 minggu datang ke poliklinik bersama suami untuk konsultasi kehamilannya. Hasil pengkajian pasien memiliki anak hidup tiga, riwayat obstetrik keguguran pada anak ke dua, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 37°C. Hasil pemeriksaan lab: Hb 11gr%. Apa status obstetrik pada kasus tersebut?
- G5P3A1
 - G4P3A1
 - G4P2A1
 - G3P3A1
 - G3P2A1
19. Perempuan, 26 tahun datang ke Poliklinik KIA dengan keluhan 2 bulan tidak haid. Hasil pengkajian: akhir-akhir ini sering mual, muntah, pusing pada pagi hari, merasa hamil dan ingin memastikan kehamilannya. Apakah pemeriksaan yang tepat dilakukan pada pasien tersebut?
- Tes Elisa
 - Pap Smear
 - Pemeriksaan USG
 - Pemeriksaan HCG
 - Pemeriksaan urinalisis
20. Perempuan, 36 tahun, G3P2A0, datang ke puskesmas untuk melakukan kunjungan *Antenatal Care*. Saat ini perawat melakukan pemeriksaan leopold untuk menentukan bagian sisi kiri dan kanan uterus. Apakah tindakan selanjutnya yang akan dilakukan perawat?
- Mengukur TFU
 - Menentukan umur kehamilan
 - Menentukan bagian teratas janin
 - Menentukan bagian terbawah janin
 - Menentukan seberapa jauh bagian terbawah janin masuk PA
21. Seorang perempuan, 25 tahun, P2A0, post partum spontan hari kedua. Hasil pengkajian: ASI keluar sedikit, payudara terasa sakit dan bengkak. Saat ini perawat telah melakukan perawatan payudara. Apakah hasil yang diharapkan dari tindakan perawatan payudara?
- ASI keluar lancar
 - Payudara tidak sakit
 - Pengetahuan meningkat

- d. Payudara tidak bengkak
e. Pasien dapat melakukan perawatan payudara
22. Seorang perempuan 22 tahun, P1A0, post partum hari kedua di rawat di ruang nifas. Hasil pengkajian: mengeluh nyeri skala 3, takut untuk beraktivitas, takut menggendong bayi, belum bisa memandikan bayinya, dan sering bertanya cara menyusui bayinya. Hasil pemeriksaan: TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 16 x/menit, suhu 37°C, kondisi puting baik, dan ASI keluar. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus ini?
- a. Nyeri akut
 - b. Intoleransi aktifitas
 - c. Defisit pengetahuan
 - d. Menyusui tidak efektif
 - e. Ketidaknyamanan pasca partum
23. Perempuan 29 tahun, G2P1A0, hamil 37 minggu di ruang bersalin. Hasil Pengkajian: mengeluh nyeri perut seperti ingin melahirkan, keluar darah bercampur lendir, dan ketuban pecah. Saat perawat melakukan pemeriksaan dalam, perawat lupa memakai sarung tangan. Apakah prinsip etik yang dilanggar oleh perawat tersebut?
- a. *Fidelity*
 - b. *Veracity*
 - c. *Beneficience*
 - d. *Confidentiality*
 - e. *Nonmaleficence*
24. Perempuan 29 tahun, G2P1A0, hamil 40 minggu, di ruang bersalin RS. Hasil pengkajian: mengeluh nyeri perut ingin melahirkan, pembukaan lengkap, ketuban masih utuh. Perawat melakukan tindakan amniotomi akan tetapi tidak menutup sampiran. Apakah prinsip etik yang dilanggar pada pasien tersebut?
- a. *Veracity*
 - b. *Beneficience*
 - c. *Confidentiality*
 - d. *Accountability*
 - e. *Non maleficence*
25. Perempuan 33 tahun, G3P2A1 hamil 40 minggu, masuk RS. Hasil pengkajian: mengeluh nyeri perut semakin sering dan bertambah lama, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37°C, *bloody show* berupa darah (+), anus membuka, perineum menonjol, pembukaan lengkap, ketuban belum pecah, ibu mulai gelisah dan berteriak kesakitan. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Memeriksa DJJ
 - b. Memecahkan ketuban
 - c. Melakukan palpasi leopold
 - d. Menyiapkan alat persalinan
 - e. Mengajarkan teknik mengedan

26. Perempuan 32 tahun, G2P1A0, di ruang bersalin, diagnosis medis Abortus Inkomplet. Dokter dan perawat mendiskusikan tindakan yang akan dilakukan pada pasien tanpa melibatkan pasien. Apakah prinsip etik yang dilanggar oleh dokter dan perawat pada pasien tersebut?
- Justice*
 - Fidelity*
 - Veracity*
 - Autonomy*
 - Non maleficience*
27. Perempuan 24 tahun, G1P0A0, hamil 10 minggu, masuk RS karena mengeluh keluar darah dari vagina disertai nyeri perut skala 4. Hasil pengkajian: tidak ada dilatasi serviks, perdarahan jumlah sedikit, hasil USG janin (+), DJJ lemah dan tidak teratur. Apakah tindakan utama yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- Lakukan transfusi darah
 - Lakukan manajemen nyeri
 - Lakukan tindakan kuretase
 - Lakukan manajemen cairan
 - Anjurkan pasien untuk bedrest total
28. Perempuan, 28 tahun, datang ke Poliklinik dengan keluhan sudah 2 bulan tidak haid disertai mual muntah. Hasil pengkajian: HCG (+), USG janin hidup, HPHT tanggal 13 Januari 2023. Kapan tafsiran tanggal persalinan pada kasus tersebut?
- 19 Oktober 2023
 - 20 Oktober 2023
 - 19 November 2023
 - 20 November 2023
 - 13 Januari 2024
29. Perempuan 36 tahun datang ke poli KIA untuk memeriksakan kandungannya, hasil anamnesis di dapatkan data bahwa pasien saat ini sedang hamil 24 minggu, mempunyai 2 orang anak laki-laki, 1 orang anak perempuan, dan memiliki riwayat keguguran 2 kali pada kehamilan pertama dan kedua. Bagaimanakah cara menulis riwayat obstetrik pada pasien tersebut ?
- G5P4A2
 - G6P5A2
 - G5P3A1.
 - G5P3A2
 - G6P3A2
30. Perempuan 32 tahun hamil 34 minggu, G2P1A0, datang ke Poli KIA. Hasil pengkajian nyeri pada paha atas ketika berjalan, perawat melakukan Leopold I : fundus uteri teraba keras dan melenting dengan TFU 29 cm. TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 17x/menit suhu 37°C. Apa hasil pemeriksaan pada kasus tersebut?
- Kepala
 - Bokong

- c. Punggung
 - d. Ekstremitas atas
 - e. Ekstremitas bawah
31. Perempuan 19 tahun datang ke Poli KIA, Dari hasil pengkajian di dapatkan data tidak haid dan sering merasa pusing. HPHT 2 Februari 2023. Siklus haid berlangsung 28 hari. Perawat kolaborasi bagian laboratorium dalam pemeriksaan urine, hasilnya positif, dan disimpulkan G1P0A0, Kapankah taksiran persalinan pasien tersebut?
- a. 11 Oktober 2023
 - b. 9 November 2023
 - c. 11 November 2023
 - d. 11 November 2024
 - e. 12 Desember 2023
32. Perempuan 20 tahun, P1A0 melahirkan normal bayi laki-laki lima menit yang lalu di ruang bersalin. Hasil pengkajian bayi warna kulit kemerahan dan ekstremitas biru, denyut jantung 120 x/menit, menangis kuat, bersin (+), bergerak aktif, napas baik. Berapa nilai APGAR pada bayi tersebut ?
- a. 10
 - b. 9
 - c. 8
 - d. 7
 - e. 6
33. Perempuan 33 thn, G2P1A0, datang ke puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya, hasil anamnesis susah BAB, siklus haid 35 hari dan tidak teratur, HPHT tanggal 18-1-2023, perawat melakukan pemeriksaan Leopold I didapati hasil tinggi fundus uteri 24,5 cm. Berapa usia kehamilan pada kasus di atas?
- a. 24 minggu
 - b. 28 minggu
 - c. 26 minggu
 - d. 25 minggu
 - e. 34 minggu
34. Perempuan 26 tahun G3P2A0 hamil 34 minggu datang ke Poli KIA untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pengkajian TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 88 x/mt, frekuensi napas 20 x/mt, suhu 36,4°C. Perawat sedang melakukan pemeriksaan leopold III untuk menentukan presentasi janin. Bagaimanakah cara pemeriksaan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Meraba fundus uteri
 - b. Mengukur tinggi Rahim
 - c. Meraba bagian bawah Rahim
 - d. Meraba sisi /samping abdomen
 - e. Menggoyangkan bagian bawah Rahim

35. Perempuan 23 tahun P1A0 post partum hari kedua, hasil pengkajian didapatkan data ASI keluar tidak lancar dan kedua payudara terasa nyeri, dan teraba keras, puting susu masuk ke dalam, sehingga ibu kesulitan dalam menyusui bayinya. Apakah intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Melakukan Breast Care
 - Mengkompres Payudara ibu
 - Kolaborasi pemberian booster ASI
 - Menganjurkan ibu menyusui bayinya
 - Mengajari ibu cara menyusui yang baik
36. Perempuan 29 tahun G2P1A0, 38 minggu, datang ke ruang bersalin. Hasil pengkajian nyeri pada perut yang menjalar ke pinggang, letak punggung kiri, DJJ 160 x/menit, kontraksi uterus kuat setiap 2-3 menit, lamanya 90 detik, perineum menonjol, ketuban masih utuh. Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus di atas?
- Menyiapkan peralatan
 - Mengatur posisi pasien
 - Memecahkan ketuban
 - Menganjurkan untuk mengedan
 - Menganjurkan pasien untuk berjalan
37. Perempuan 28 tahun, P4A1, dirawat postpartum 5 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan: perdarahan dan pembalut cepat penuh dalam 3 jam, TFU 1 jari di bawah pusat, kontraksi uterus lembek. Apakah tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- Mengobservasi tanda tanda vital setiap 30 menit
 - Mengatur posisi kepala lebih rendah dari kaki
 - Melakukan mesase lembut di fundus uteri
 - Menganjurkan untuk banyak minum
 - Menganjurkan istirahat
38. Perempuan 29 tahun, G3P2A0, hamil 38 minggu datang ke Puskesmas. Hasil pengkajian pergerakan janin kurang dirasakan dalam 2 hari ini. Hasil leopold: TFU 28 cm, punggung kiri, presentasi kepala belum masuk PAP. Perawat akan mendengarkan frekuensi DJJ. Dimana posisi meletakkan alat pada kasus tersebut?
- Sebelah kanan dibawah pusat
 - Sebelah kiri dibawah pusat
 - Sebelah kanan diatas pusat
 - Sebelah kiri diatas pusat
 - Diatas simpisis pubis
39. Perempuan, 28 tahun, G1P0A0, datang ke puskesmas dengan keluhan terlambat haid sudah 3 minggu. Hasil pengkajian badan terasa lemas, pusing, mual dan tidak nafsu makan, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, suhu 36°C, HB 10 gram/dl. Apa pengkajian pertama yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- Pemeriksaan Urine
 - Pemeriksaan HPHT

- c. Pemeriksaan Payudara
 - d. Pemeriksaan Balottement
 - e. Pemeriksaan Tanda *Cadwick*
40. Perempuan, 24 tahun, G1P0A0, hamil 17 minggu, datang ke poli obygn dengan keluhan demam sudah 7 hari. Hasil pengkajian badan terasa lemas, pusing, mual dan tidak nafsu makan dan susah buang air besar, lidah kotor dengan tepi hiperemosis. Pemeriksaan fisik TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, suhu 39°C. Perawat akan memberikan terapi antibiotik sesuai kolaborasi. Apakah terapi kolaborasi yang diberikan oleh perawat?
- a. Ampicilin
 - b. Ciprofloxacin
 - c. Cotrimoxazol
 - d. Clorampenicol
 - e. Clonazepam
41. Perempuan, 22 tahun, G1P0A0, hamil 40 minggu, sedang dalam proses persalinan kala II. Hasil pemeriksaan fisik TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 22/menit, suhu 37,5°C. Setelah kepala bayi lahir kemudian terjadi putaran paksi luar. Apakah langkah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. Raba leher bayi
 - b. Lepaskan lilitan tali pusat
 - c. Bersihkan hidung dan mulut
 - d. Pegang kepala biparietal
 - e. Lakukan sanggah susur
42. Perempuan, 18 tahun, G1P0A0, hamil 12 minggu, datang ke Puskesmas, mengeluh mual muntah, lemas, nyeri ulu hati, tidak dapat melakukan kegiatan harian. Pasien bertanya tentang makanan dan minuman yang harus di hindari saat mual muntah. Hasil pemeriksaan fisik TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 23/menit, suhu 37,5°C, mata tampak cekung, bibir kering dan tugor kulit kurang baik. Apa topik pendidikan kesehatan yang tepat untuk kasus tersebut?
- a. Hindari makanan manis
 - b. Makan porsi kecil sedikit tapi sering
 - c. Hindari makanan yang mengandung karbohidrat
 - d. Makanan dan minuman sajikan dalam keadaan hangat
 - e. Hindari makanan berlemak/berminyak dan sedikit pedas
43. Perempuan, 33 tahun, P1A0, 3 hari post partum, di IGD Ponc, mengeluh perdarahan menghabiskan 4 pembalut/3 jam, pusing, lemas dan haus. Hasil pengkajian TD 90/70 mmHg, frekuensi nadi 112x/menit, teraba lemah, frekuensi napas 24/menit, suhu 37,5°C, konjungtiva anemis, lochea merah dengan gumpalan darah, akral teraba dingin, urine keluar sedikit, Hb 8 gr/dl, leukosit 15.000/dl. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Syok

- b. Kecemasan
 - c. Perdarahan
 - d. Risiko infeksi
 - e. Risiko deficit volume cairan
44. Perempuan, 21 tahun, G1P0A0, hamil 20 minggu, datang ke Puskesmas. Hasil pengkajian TFU tepat di umbilikus, bagian janin yang terdapat di fundus teraba kepala, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 75x/menit, napas 20x/menit, suhu 36,5°C, konjungtiva ananemis. Apa langkah keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. Menentukan puctum maksimum
 - b. Auskultasi denyut jantung janin
 - c. Menentukan bagian terendah janin
 - d. Palpasi punggung janin ada di kiri/kanan
 - e. Menentukan janin sudah masuk PAP atau belum
45. Perempuan, 23 tahun, dalam persalinan kala II per vaginam, di ruang persalinan. Hasil pengkajian bayi lahir dengan ketuban jernih, menangis spontan, tonus otot kuat dan bergerak aktif, bayi di keringkan dan tali pusat telah di potong. Apakah langkah tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. Segera bedong bayi
 - b. Bersihkan vernix caseosa
 - c. Letakan bayi di perut ibu
 - d. Tempelkan mulut bayi pada payudara ibu
 - e. Pasangkan topi untuk menghindari hipotermi
46. Perempuan, 34 tahun, P1A1, dengan kehamilan ektopik terganggu satu bulan yang lalu. Saat ini pasien ingin sebagai akseptor KB, menggunakan kotrasepsi yang efektif agar tidak hamil selama 3 tahun. Suami tidak ingin memakai kondom dan pantang berkala. Hasil pemeriksaan fisik TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C. Apakah alat kontrasepsi yang efektif untuk pasangan tersebut?
- a. Kontrasepsi IUD
 - b. Kontrasepsi susuk
 - c. Kontrasepsi suntik 1 bulan
 - d. Kontrasepsi suntik 3 bulan
 - e. Kontrasepsi pil kombinasi
47. Perempuan, 23 tahun, P2A0, postpartum spontan hari kedua, dirawat di ruang nifas. Hasil pengkajian pasien mengeluh ASI tidak memancar, bayi rewel dan menangis saat disusui, maupun setelah disusui. Saat ini perawat sedang melakukan tindakan untuk melancarkan ASI, pada tahap meletakkan handuk dipangkuan pasien. Apa langkah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Memijat dengan ibu jari
 - b. Menentukan titik pemijatan
 - c. Memijat diantara tulang belakang

- d. Melakukan pijatan dari atas ke bawah
e. Mengolesi minyak kelapa pada kedua telapak tangan
48. Perempuan, 22 tahun, P1A0, postpartum spontan hari kedua, dirawat di ruang nifas. Hasil pengkajian, bayi rewel dan menangis saat disusui, maupun setelah disusui, intake tidak adekuat, menghisap tidak terus menerus, ASI tidak memancar, perlekatan kurang, BAK 6x/24 jam. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Berikan teknik cara menyusui
 - Identifikasi kesiapan menyusui
 - Libatkan sistem pendukung; suami, keluarga
 - Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui
 - Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri menyusui
49. Perempuan, 26 tahun, P3A0, postpartum spontan hari pertama, dirawat di puskesmas. Hasil pengkajian bayi rewel dan menangis saat disusui, maupun setelah disusui, ASI tidak memancar. Perawat melakukan tindakan untuk melancarkan ASI, pada tahap prainteraksi, yaitu menjelaskan tujuan, alat, prosedur dan menanyakan kesiapan pasien, dan pasien merespon baik terhadap informasi perawat. Apa prinsip etik yang dilaksanakan pada kasus tersebut?
- Justice*
 - Autonomy*
 - Beneficience*
 - Confidentiality*
 - Non Maleficence*
50. Perempuan, 23 tahun, P1A0, dirawat di RS dengan *postseptio caesarea* hari kedua. Hasil pengkajian bayi rewel dan menangis saat disusui, maupun setelah disusui, ASI tidak memancar. Tampak perawat membantu menenangkan bayi, dan bayi tidak menangis. Apakah prinsip etik yang terjadi pada kasus tersebut?
- Justice*
 - Autonomy*
 - Beneficience*
 - Confidentiality*
 - Nonmaleficence*
51. Perempuan, P1A0, 20 tahun post partus spontan hari pertama, dirawat di nifas RS. Hasil pengkajian ASI baru keluar sedikit, pengeluaran ASI, perlekatan dan posisi menyusui benar, BAK bayi 8 kali hari ini. Pasien tahu bahwa hari pertama menyusui memang kondisinya seperti ini. Pasien ingin diajari cara pijat oksitosin. Pasien belajar dari pengalaman anak sebelumnya dan sering melihat informasi di internet. Apa intervensi utama pada diagnosis di kasus tersebut?
- Manajemen nyeri
 - Edukasi kesehatan
 - Edukasi persalinan
 - Bimbingan antisipatif
 - Promosi antisipasi keluarga

52. Perempuan, 25 tahun, P1A0, postpartum spontan hari pertama, dirawat di ruang nifas. Hasil pengkajian, pasien mengeluh tidak nyaman di payudara, menangis dan berkeringat, kontraksi uterus baik, payudara bengkak, terdapat luka episiotomi. TD: 140/90 mmHg, frekuensi nadi 104 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, suhu 37.6°C. Apakah masalah keperawatan utama yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Nyeri akut
 - b. Ketidakamanan
 - c. Ketidaknyamanan
 - d. Kegagalan menyusui
 - e. Gangguan mobilisasi
53. Perempuan, 23 tahun, P1A0 postpartum spontan 2 jam yang lalu, *rooming-in*, di ruang nifas. Hasil pengkajian pasien mengeluh lemas dan merasa nyeri di jalan lahir, pembalut ada lokhea 50 cc, kontraksi uterus kuat. Apakah tindakan prioritas yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Monitor jumlah kalori
 - b. Monitor kecukupan gizi
 - c. Monitor tanda-tanda vital
 - d. Monitor keseimbangan cairan
 - e. Monitor kemampuan menyusui
54. Perempuan 22 tahun P1A0, baru melahirkan bayi laki-laki di ruang persalinan 10 menit yang lalu. Hasil pengkajian saat kelahiran bayi merintih atau menangis lemah, tubuh berwarna merah muda ekstremitas biru, frekuensi nadi kurang dari 100x/menit, aktifitas/gerakan lemah. Pasien tampak menyapa bayinya. Apa tindakan yang tepat dilakukan pada bayi kasus tersebut?
- a. Rooming in
 - b. Injeksi vitamin K
 - c. Resusitasi neonatus
 - d. Inisiasi menyusu dini
 - e. Pemeriksaan antropometri
55. Perempuan, 24 tahun, G2P1A0 hamil 36 minggu, datang ke puskesmas untuk kontrol kehamilan. Hasil pengkajian TD 120/70 mmHg, frekwensi frekuensi nadi 88 x/menit, frekwensi napas 18x/menit, suhu 36.8°C. Perawat melakukan palpasi lepold, hasilnya bagian atas bokong, TFU 34 cm. Perawat meletakkan tangan di sisi kiri perut ibu dan teraba bagian kecil-kecil yang menonjol. Apa langkah selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Menengahkan fundus uteri
 - b. Menggoyangkan bagian pada perut bawah
 - c. Meraba sisi kanan perut ibu, menahan sisi kiri perut
 - d. Meraba perut bagian bawah, menahan bagian fundus uteri
 - e. Menekan simfisis ke arah bawah, mengukur berapa masuk PAP

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN

MATERNITAS

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS

1. B. 3255 gram

TFU 33 cm, punggung kanan dan bagian terendah janin berada di atas *spina ischiadika*.

- A. Tidak sesuai rumus
- B. 3255 gram

Tafsiran berat badan janin yang paling umum digunakan oleh tenaga kesehatan menggunakan rumus Jonhson-Toshack:

$$\text{BB janin (gr)} = (\text{TFU} - N) \times 155$$

$$= (33-12) \times 155$$

$$= 21 \times 155$$

$$= 3.255 \text{ gram}$$

Keterangan:

N = 11 bila kepala masih berada di bawah *spina ischiadika*

N = 12 bila kepala masih berada di atas *spina ischiadika*

N = 13 bila kepala belum lewat PAP

- C. Tidak sesuai rumus
- D. Tidak sesuai rumus
- E. Tidak sesuai rumus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penggunaan rumus cara menafsir berat badan janin.

Referensi: Syaiful, Yuanita., Fatmawati, Lilis. (2019). Asuhan keperawatan kehamilan. Surabaya: Jakad Publishing.

2. C. Gangguan citra tubuh

Keluhan kulit lebih hitam seperti topeng, pasien bertanya "apakah tanda hitam dikulitnya bisa hilang? Apakah ada cream untuk mengurangi warna hitam di kulit?".

- A. Ansietas. Tidak ada data yang mendukung pada kasus tersebut.
- B. Kurang pengetahuan. Tidak ada data yang mendukung pada kasus tersebut.
- C. Gangguan citra tubuh karena ada data pendukung yaitu perubahan persepsi tentang penampilan fisik individu yang disebabkan oleh kehamilan ditandai dengan pasien mengeluh kulitnya berwarna hitam seperti topeng dan bertanya "apakah tanda hitam dikulitnya bisa hilang? Apakah ada cream untuk mengurangi warna hitam di kulit?".
- D. Gangguan rasa nyaman. Tidak ada data yang mendukung pada kasus tersebut.
- E. Gangguan identitas diri. Tidak ada data yang mendukung pada kasus tersebut.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.

Referensi: PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

3. C. Dilatasi Serviks

kontraksi uterus terjadi dalam 10 menit 3 – 4 kali HIS yang lamanya 40 detik

- A. Tekanan janin artinya bagian terendah janin menekan bagian serviks
- B. Gerakan janin artinya didalam uterus janin bergerak bebas karena adanya cairan amnion
- C. Dilatasi Serviks
Persalinan sejati ditandai adanya dilatasi dan penipisan serviks yang progresif yang dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).
- D. Distensi vagina artinya kekakuan vagina
- E. Distensi perineum artinya kekakuan pada perineum

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep persalinan.

Referensi: Fauziah, Siti. (2015). Keperawatan Maternitas. Jakarta: Prenadamedia Group.

Wulandari, dkk. (2023). Keperawatan Maternitas. Jambi: Sonpedia Publishing.

4. D. Defisit nutrisi

Nafsu makan menurun, Berat Badan turun 10%

- A. Nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. Pada kasus tersebut ada muntah namun data mayor kurang sehingga bukan menjadi prioritas masalah keperawatan utama.
- B. Konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak. Pada kasus tersebut tidak ditemukan adanya masalah konstipasi.
- C. Hipovolume adalah penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler. Pada kasus tersebut ditemukan TD menurun namun data mayor kurang sehingga bukan menjadi prioritas masalah keperawatan utama.
- D. Defisit Nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Menjadi masalah keperawatan utama karena ditemukan data berat badan turun 10% dan nafsu makan menurun.
- E. Gangguan Rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial. . Pada kasus tersebut ada keluhan mual namun data mayor kurang sehingga bukan menjadi prioritas masalah keperawatan utama.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang standar 200ormone200 keperawatan Indonesia.

Referensi: PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

5. **D. Posisi terendah adalah bokong**

Palpasi Leopold 3 ditemukan masa lunak, kurang bundar, dan tidak melenting di area supra pubik, janin tunggal.

- A. Letak janin melintang. Leopold 2 jika ditemukan bagian kanan ibu bulat keras dan sebelah kiri bagian yang kecil tangan dan kaki janin berarti letak lintang janinnya
- B. Leopold 3 dan 4 ditemukan massa bulat, keras tidak melenting dan kepala sudah masuk PAP berarti posisi janin normal
- C. punggung janin sebelah kanan. Leopold 2 jika teraba benda yang rata, keras seperti papan.
- D. Leopold 3, apabila ditemukan bagian terendah massa bulat, keras, tidak melenting atau melenting berarti kepala janin. Sebaliknya apabila ditemukan lunak, kurang bundar, tidak melenting berarti bokong.
- E. Leopold 4, ditemukan kepala belum masuk PAP

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan Leopold.

Referensi: Silalahi, Veronica., Widjayanti, Yhenti. (2022). Keperawatan Maternitas. Aceh: Syiah Kuala University Press.

6. **A. Power**

His terjadi 4-5 kali dalam 10 menit lama 50-60 detik, his semakin lama semakin kuat dan teratur.

- A. *Power* atau kekuatan yang mendorong janin pada saat persalinan adalah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen.
- B. *Passage* adalah jalan lahir.
- C. Position adalah posisi ibu saat proses persalinan
- D. Passegger terdiri dari janin (letak janin, posisi janin, presentasi janin) plasenta dan air ketuban atau amnion
- E. Psikologis ibu adalah kondisi kesiapan mental ibu dalam menghadapi persalinan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep persalinan.

Referensi: Wulandari, dkk. (2023). Keperawatan Maternitas. Jambi: Sonpedia Publishing.

7. **A. Hindari berdiri lama**

Terdapat varises di kaki

- A. Hindari berdiri terlalu lama untuk mencegah tekanan bagian terendah pembuluh darah balik lebih berat kerjanya.
- B. Penggunaan celana ketat tidak dianjurkan karena akan bertambah varises dibagian kaki
- C. Meluruskan kaki saat duduk membantu mengurangi pembekakan di kaki
- D. Dianjurkan untuk melakukan olahraga secara teratur untuk mencegah varises
- E. Dianjurkan untuk menggunakan sepatu dengan telapak yang berisi bantalan untuk mencegah varises

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang ketidaknyamanan masa kehamilan.

Referensi: Sukini, Tuti. (2023). Ketidaknyamanan Masa Kehamilan. Magelang: Pustaka rumah Cinta.

8. B. Plasenta Previa

Hamil 32 minggu, adanya perdarahan yang tidak nyeri.

- A. Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan atau pengakhiran kehamian kurang dari 20 minggu.
- B. Plasenta Previa adalah perdarahan yang tidak nyeri, yang biasanya belum terjadi sampai menjelang akhir trimester kedua atau sesudahnya.
- C. Mola hidatidosa atau hamil anggur adalah kehamilan abnormal berupa tumor jinak dari sel-sel trofoblas.
- D. Solutio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya yang normal dari uterus, sebelum janin dilahirkan. Gejalanya perdarahan pervaginam yang berwarna kehitam-hitaman, perut mendadak sakit terus-menerus dan tidak lama disusul dengan perdarahan.
- E. Kehamilan ektopik adalah kehamilan dapat terjadi di luar rahim dan terjadi perdarahan pada umur kehamilan <20 minggu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gangguan perdarahan kehamilan.

Referensi: Hermawati, dkk. (2022). Buku ajar pengantar keperawatan maternitas. Indramayu: Penerbit Adab

9. C. Mengikat tali pusat dengan umbilical klep

Tahap persalinan, telah memotong tali pusat.

- A. Membungkus tali pusat dengan kasa; ini dilakukan setelah melap tali pusat dengan kasa dan dibungkusnya menggunakan kasa kering steril
- B. Membersihkan tali pusat dengan kasa: Langkah ini dilakukan setelah tali pusat diikat atau diklep dengan alat yang khusus.
- C. Mengikat tali pusat dengan umbilical klep: ini jawaban yang tepat

- D. Memberikan betadin pada bekas potongan tali pusat: Langkah ini tidak lagi menggunakan betadin, tapi alcohol 70 %. Dilakukan sebelum pemotongan tali pusat
- E. Menarik tali pusat sebelum ada tanda pelepasan plasenta: tidak termasuk tahapan pemotongan tali pusat. Tapi lebih kepada tahapan pelepasan plasenta

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang proses persalinan: fokus pada pemotongan tali pusat (SOP atau SPO).

Referensi: Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier

10. A. Self Care

- **Kunjungan ke dua**
 - **Kunjungan pertama mual, tidak nafsu makan**
 - **Keluhan berkurang**
 - **Dapat memenuhi kebutuhan**
 - **Perawat memberi pujian**
 - **Menunjukkan jempol, dan mengatakan bagus**
- A. Self care: menurut Orem: Konsep nya mengatakan bahwa manusia dapat memenuhi kebutuhannya sendiri, pasien mampu memenuhi kebutuhannya
 - B. Adaptasi menurut Calista Roy. Konsep nya mengatakan bahwa manusia dapat beradaptasi, termasuk pada ibu hamil, namun dalam kasus tidak ada penunjukan adanya adaptasi
 - C. Personal menurut Imogene King terkait dengan teori berfokus pada interaksi: hormon personal, interpersonal, dan sosial: ke 3 membentuk hubungan personal antara perawat dengan pasien.
 - D. Interaksi: terjawab sama yang diatas
 - E. Humanistik menurut Watson, hasil dari aktifitas keperawatan yang berhubungan dengan aspek hormone dari kehidupan, bahwa perawat memberikan kenyamanan dan perhatian serta empati pada pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang model teori keperawatan; diantaranya: self care, adaptasi, personal interaksi, humanistic.

Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier

11. E. Gangguan rasa nyaman: nyeri

- **Adanya keluhan tidak nyaman dan obyektif: gelisah (sesuai SDKI)**
- **Nyeri daerah perut**
- **Teriak-teriak**
- **Anus membuka (ciri persalinan)**

- A. Gangguan konsep diri: tidak ada data yang mendukung: seperti tidak mampu untuk melahirkan
- B. Tidak efektifnya coping : tidak menjadi masalah utama, karena ada kata kunci anus membuka. Walau ada data terikat, dan memukul tempat tidur
- C. Gangguan pertukaran gas: tidak ada dating yang mendukung. Data terengah-engah bukan gambaran gangguan pertukaran gas.
- D. Gangguan eliminasi BAB: ada data mengeluh ingin BAB, tapi tidak ada lagi yang mendukung atau mendekati keluhan tersebut. Ibu mau melahirkan kadangkala merasa ingin BAB atau ada persepsi ingin BAB. Justru ada data persalinan anus membuka
- E. Gangguan rasa nyaman: nyeri: Kunci jawab; sesuai dengan kata kunci, dan ini adalah fase persalinan ada data anus membuka

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep dasar persalinan, terutama tahap kala I-kalaIV, dan mempelajari diagnosis keperawatan gangguan rasa nyaman.

Referensi: Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier

12. C. Pukul 12.00

**G1P0A0 hamil 40 minggu
Keluar Hormon darah pervagina
Pembukaan 6 cm pukul 08.00**

- A. Pukul 10.00; belum terjadi persalinan; dengan prediksi pembukaan baru 8 cm.
- B. Pukul 11.00; belum terjadi persalinan; dengan prediksi pembukaan baru 9 cm.
- C. Pukul 12.00; Terjadi persalinan; dengan prediksi pembukaan baru 9 cm
- D. Pukul 13.00: tidak sesuai
- E. Pukul 14.00: tidak sesuai.

Kesimpulan: secara teori lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang lama persalinan pada ibu pertama kali melahirkan (primipara), dan ibu melahirkan lebih dari satu kali (multipara).

Referensi: Pillitteri A. (2014), Maternal and Child Health Nursing, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins

13. C. 34 minggu

G2P1A0

**TFU 30 cm,
posisi janin punggung kanan,
presentasi kepala, belum masuk p.a.p.**

RUMUS Mc Donald

Tentukan tinggi Fundus, kemudian TFU dikali 2 dibagi 7

Hasil hitungan adalah bulan

Jawaban:

$$30 \times 2 = 60 : 7 = 8.57 \text{ bulan}$$

$$1 \text{ bulan} = 4 \text{ minggu}$$

$$8 \times 4 \text{ minggu} = 32 \text{ minggu}$$

$$0.57 \text{ adalah } \frac{1}{2} \text{ bulan} = 2 \text{ minggu}$$

$$\text{Jadi} = 32 + 2 = 34 \text{ minggu}$$

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus menghitung usia kehamilan.

Referensi: Pillitteri A. (2014), Maternal and Child Health Nursing, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins

14. D.19 Juni 2023

G1P0A0

Menstruasi terakhir tanggal 12 September 2022

Rumus Neagle:

Hari ditambah 7

Bulan dikurang 3

Tahun di tambah 1

$12 - 9 - 2022$

+7 -3 +1

$19 - 6 - 2023 = 19 \text{ Juni } 2023$

Latihan: HPHT: 29 September 2022

$29 - 9 - 2022$

+7 -3 +1

$36 - 6 - 2023 \rightarrow \text{Bulan Juni } 30 \text{ hari, sehingga } 36 - 30 = 6$

Bulan 6 + 1 = 7, sehingga menjadi bulan Juli

$6 - 7 - 2021 = 6 \text{ Juli } 2023$

Latihan: HPHT: 13 Februari 2022

$13 - 2 - 2022$

+7 -3 +1

$20 - 11 - 2022 \Rightarrow 1 \text{ tahun} = 12 \text{ bulan ditambahkan bulan ke } 2 = 14$

bulan menjadi $14 - 3 = 11$,

Tahun menjadi 2021 + 1 = 2022
10 November 2022

Atau dengan cara:

13 – 2 – 2020

$$\begin{array}{r} +7 \quad +9 \quad +0 \\ \hline 20 \quad -11 \quad -2020 \end{array}$$

KHUSUS bulan Januari, Februari, Maret

Hari ditambah 7

Bulan ditambah 9

Tahun tambah 0

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus menghitung taksiran persalinan.

Referensi: Pillitteri A. (2014), Maternal and Child Health Nursing, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins

15. B. Menoleh/rooting

Bayi 3 hari

Mulai menyusu

Muka bayi mengarah ke putting payudara ibu

- A. Terkejut/ Moro Reflex adalah respon tiba2 pada bayi ketika mendengar suara atau yang mengejutkan Menggenggam/ Grasp Reflex adalah refleks hormone jari2 tangan yang mencengkram benda2 yang disentuhkan ke tangan bayi
- B. Menoleh/ Rooting Reflex adalah mencari area I payudara
- C. Mengisap/Suckling Reflex ada pada bayi baru lahir untuk mendapatkan makanan. Jika kita masukkan I payudara ibunya
- D. Menelan/Swallowing Reflex adalah menelan benda yang ada dalam mulutnya
- E. Menggenggam/Grasp Reflex adalah refleks jari2 tangan yang mencengkram benda2 yang disentuhkan ke tangan bayi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang refleks bayi.

Referensi: Pillitteri A. (2014), Maternal and Child Health Nursing, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins

16. C. AKDR

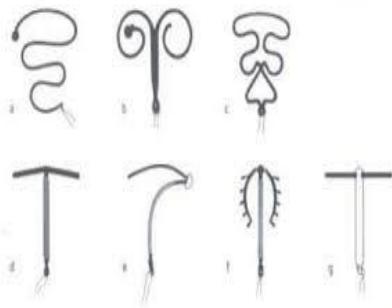
Umur 24 tahun

P2A0 nifas minggu ke empat

Riwayat hipertensi

TD 150/90 mmg

- A. Pil: berisi hormonal: tidak boleh untuk yang mengalami penyakit sistemi, seperti DM, penyakit jantung dll
- B. Suntik: idem
- C. AKDR = Alat Kontrasepsi Dalam Rahim: spiral,
- D. Implant: idem dengan a, dan b
- E. Tubektomi: pengikatan atau pemotongan saluran tuba fallopian



Bentuk AKDR

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Penggunaan KB hormonal dan KB AKDR.

Referensi: Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier

17. B. Anjurkan menyusui bayi

P1A0 nifas hari ke dua

ASI keluar sedikit

- A. Bersihkan payudara: tidak ada yang kotor
- B. Anjurkan menyusui: Saat I payudara lecet tapi tidak parah, walaupun sampai mengeluarkan sedikit darah, tetap menyusui. Apalagi ASI masih sedikit keluar walau secara fisiologi ASI akan keluar pada hari ke 2-3 postpartum. Tindakan ini sekaligus melatih atau merangsang agar ASI keluar.
- C. Berikan bayi susu formula: tidak dianjurkan sampai usia 6 bulan, karena adanya penggalakan ASI Eksklusif, sebelum mendapat makanan tambahan
- D. Kompres hangat pada payudara: tidak lengkap, dan tidak boleh hanya kompres panas jika perawatan payudara
- E. Rujuk untuk mendapatkan obat : tidak merupakan keluhan utama untuk terjadi perubahan fisiologis

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara menyusui.

Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier

18. A. G5P3A1 : G: hamil ke-5, Partus ke-3, Abortus 1

Sedang hamil 30 minggu

Memiliki anak hidup tiga

Keguguran anak ke dua

- A. G5P3A1 : G=hamil ke 5, Partus ke 3, Abortus 1
- B. G4P3A1 : G= hamil ke 4, Partus 3, Abortus 1
- C. G4P2A1: G= hamil ke 4, Partus 2, Abortus 1
- D. G3P3A1: G= hamil ke 3, Partus 3, Abortus/ keguguran 1
- E. G3P2A1: G= hamil ke 3, Partus 2, Abortus/ keguguran 1

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perhitungan ormone pada kehamilan

Referensi: Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier

19. C. Pemeriksaan USG**Memastikan kehamilan**

- A. Tes Elisa merupakan pemeriksaan penyakit HIV AIDS
- B. Pap semear merupakan pemeriksaan lender serviks
- C. Pemeriksaan USG merupakan tanda pasti kehamilan karena dapat memvisualisasi bentuk janin, hormone janin, dan DJJ
- D. Pemeriksaan HCG merupakan pemeriksaan pada urine untuk mendeteksi hormone HCG yang biasanya meningkat pada kehamilan akan tetapi masih dalam tanda kemungkinan hamil karena kenaikan kadar HCG bukan hanya terjadi pada saat kehamilan
- E. Pemeriksaan urinalisis merupakan pemeriksaan urine

Mahasiswa di harapkan mempelajari tanda tanda pasti kehamilan.

Referensi: Edisi Bahasa Indonesia 7. Churchill Livingstone: Elsevier (Singapore) Ote.Ltd.

Klossner, J. (2006). Introductory Maternity Nursing, Lippincott Williams & Walkins Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

20. D. Menentukan bagian terbawah janin

Menentukan bagian sisi kiri dan kanan uterus merupakan leopold 2. Setelah itu di lakukan leopold 3.

- A. Mengukur TFU merupakan tujuan dari pemeriksaan leopold 1
- B. Menentukan umur kehamilan merupakan tujuan dari pemeriksaan leopold 1
- C. Menentukan bagian teratas janin merupakan tujuan dari pemeriksaan leopold 1
- D. Menentukan bagian terbawah janin merupakan tujuan dari pemeriksaan leopold 3
- E. Menentukan seberapa jauh bagian terbawah janin masuk PA merupakan tujuan dari pemeriksaan leopold 4

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan Manuver Leopold 1 sampai Leopold 4.

Referensi: Klossner, J. (2006). Introductory Maternity Nursing, Lippincott Williams & Walkins

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

Diyan Indriyani (2013) Keperawatan maternitas pada Area Antenatal.edisi pertama: Graha Ilmu Yogyakarta

21. A. ASI keluar lancar

Tujuan Perawatan payudara

- A. Tujuan perawatan payudara : ASI keluar hormon
- B. Payudara tidak sakit ketika ASI keluar dengan hormon
- C. Hasil dari tindakan edukasi
- D. ASI yang tertahan di payudara menyebabkan payudara Bengkak dan sakit
- E. Tujuan akhir dari tindakan edukasi perawatan payudara.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tujuan perawatan payudara.

Referensi: Klossner, J. (2006). Introductory Maternity Nursing, Lippincott Williams & Walkins

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

22. C. Defisit pengetahuan

Takut menggendong bayi, belum bisa memandikan bayinya, sering bertanya cara menyusui bayinya, P1A0.

- A. Skala nyeri 3 merupakan nyeri ringan jadi bukan masalah utama
- B. Data pendukung kurang untuk menegakkan hormone keperawatan Intoleransi aktifitas
- C. Data pada kasus merupakan data pendukung penegakkan hormone keperawatan Defisit pengetahuan
- D. Data pendukung kurang untuk menegakkan hormone keperawatan Menyusui tidak efektif
- E. Data pendukung kurang untuk menegakkan hormone keperawatan Ketidaknyamanan pasca partum

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hormone keperawatan.

Referensi: SDKI, (2017), Persatuan Perawat Nasional Indonesia., cetakan ke tiga: Jakarta

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

23. E. Nonmaleficience**Perawat lupa memakai sarung tangan.**

- A. Fidelity : menepati janji
- B. Veracity : kejujuran
- C. Beneficence : berbuat baik
- D. Confidentiality : kerahasiaan
- E. Nonmaleficence : tidak merugikan atau menimbulkan bahaya (lupa memakai sarung tangan dapat menimbulkan bahaya infeksi organ reproduksi pada pasien)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd

24. C. Confidentiality**Perawat tidak menutup sampiran**

- A. Veracity: kejujuran
- B. Beneficence: berbuat baik
- C. Confidentiality: kerahasiaan (menutup sampiran bertujuan menjaga privacy pasien)
- D. Accountability: bertanggung jawab
- E. Nonmaleficence: tidak merugikan atau menimbulkan bahaya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd

25. B. Memecahkan ketuban**Pembukaan lengkap, ketuban belum pecah**

- A. Memeriksa DJJ adalah tindakan yang dilakukan pada kala I saat pembukaan belum lengkap
- B. Memecahkan ketuban adalah tindakan yang dilakukan pada saat pembukaan lengkap pada kala II
- C. Melakukan palpasi leopold adalah tindakan yang dilakukan pada kala I
- D. Menyiapkan alat persalinan dilakukan apabila ketuban sudah pecah dan dilanjutkan tindakan menolong persalinan
- E. Mengajarkan 209ormon mengedan adalah tindakan yang dilakukan pada kala II menolong persalinan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masing masing fase atau kala dalam persalinan normal.

1. Klossner, J. (2006). Introductory Maternity Nursing, Lippincott Williams & Wilkins
2. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

26. D. Autonomy

Dokter dan perawat mendiskusikan tindakan yang akan dilakukan pada pasien tanpa melibatkan pasien.

- A. Justice: bersikap adil
- B. Fidelity: menepati janji
- C. Veracity: kejujuran
- D. Autonomy: menghargai hak pasien dalam membuat keputusan di kasus tidak memperhatikan hak pasien dalam memberikan tindakan apakah menolak atau setuju
- E. Nonmaleficence: tidak merugikan atau menimbulkan bahaya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi: Klossner, J. (2006). Introductory Maternity Nursing, Lippincott Williams & Wilkins
Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

27. E. Anjurkan pasien untuk bedrest total

USG janin + (abortus iminens)

- A. Bukan tindakan utama, perdarahan sedikit
- B. Bukan tindakan utama, skala nyeri 4
- C. Kuretase tidak perlu dilakukan karena janin masih hidup
- D. Perdarahan dalam jumlah sedikit
- E. Jika pasien mengalami abortus iminens maka tindakan utama ialah pasien bedrest total untuk mempertahankan kehamilan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang abortus.

Referensi: Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd

28. B. 20 Oktober 2023

USG janin + (abortus iminens)

- A. Hasil perhitungan tidak tepat

- B. Rumus HPHT+7, bulan+9, tahun+0 ($13+7=20$, $1+9=10$, tahun+0, jadi TTP 20 Oktober 2023)
- C. Hasil perhitungan tidak tepat
- D. Hasil perhitungan tidak tepat
- E. Hasil perhitungan tidak tepat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perhitungan tafsiran tanggal persalinan.

Referensi: Klossner, J. (2006). Introductory Maternity Nursing, Lippincott Williams & Walkins

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (2013). Keperawatan Maternitas (2-vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8. Mosby: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

29. E. G6P3A2

Ibu hamil ke 6, dengan anak hidup 3 dan memiliki Riwayat keguguran 2 kali.

- A. G5P4A2; (G5, adalah kehamilan kelima, P4 adalah melahirkan ke 4 dan A2 riwayat abortus 2 x)
- B. G6P5A2 ;(G6 adalah kehamilan keenam, P5 adalah melahirkan kelima dan Abortus 2 x)
- C. G5P3A1; (G 5 adalah kehamilan kelima, P3 adalah melahirkan ketiga dan Abortus 1 x)
- D. G5P3 A2; (G5 adalah kehamialn kelima, P3 adalah melahirkan ketiga dan Abortus 2 x)
- E. G6P3A2; (G6 adalah kehamilan keenam, p3 adalah melahirkan ketiga dan abortus 2 x)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara penulisan status obstetric.

Referensi: Reeder, S., Martin L., dan Griffin.D. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Vol.1 Alih Bahasa Afiyanti, Rachmawati dan Djuwitaningsih. Jakarta : EGC

30. A. Kepala

Teraba keras dan melenting

- A. Sifat kepala teraba keras bulat dan melenting
- B. Sifat bokong adalah lunak dan besar
- C. Sifat Punggung adalah keras seperti papan dan memanjang
- D. Sifat tangan saat diraba seperti meraba bagian-bagian kecil dan terputus-putus
- E. Sifat kaki saat diraba seperti meraba bagian-bagian kecil dan terputus-putus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teknik palpasi saat pemeriksaan leopold I dan hasilnya.

Referensi: Reeder, S., Martin L., dan Griffin.D. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Vol.1 Alih Bahasa Afiyanti, Rachmawati dan Djuwitaningsih. Jakarta: EGC

**31. B. 9 November 2023
Hamil, HPHT 2 Februari 2023**

Kehamilan diawali dengan tidak datangnya haid dan merupakan hormon yang penting untuk mengetahui usia kehamilan dan mengetahui taksiran tanggal persalinan. Rumus yang dipakai rumus Naegle adalah Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) : Tanggal 2-2-2023

Rumus : Tanggal + 7, Bulan +9, Tahun + 1 (atau tetap/0)

Jadi : HPHT : 2 (+7) 2+9 2023 +0 : 9 November 2023

Maka tanggal tafsiran partus adalah Tanggal 9 November 2023

- A. 11 Oktober 2023, bukan merupakan tanggal tafsiran yang benar, karena bulan ditambahkan 8
- B. 9 November 2023, merupakan tanggal tafsiran yang benar
- C. 11 November 2023, bukan merupakan tanggal tafsiran yang benar, karena hari ditambah 6
- D. 11 November 2024, bukan merupakan tanggal tafsiran yang benar, karena tahun ditambah 1, seharusnya tahunnya tetap atau + 0
- E. 12 Desember 2023, bukan merupakan tanggal tafsiran yang benar, karena hari ditambah 8 dan bulan ditambah 10

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus Naegle untuk menentukan tafsiran persalinan.

Referensi: Ricci, S.S, & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. Philadelpia: Lippincott.

32. B. 9
Warna kulit tubuh kemerahan dan ekstremitas biru, Denyut jantung 120 x/menit, Menangis kuat, Bersin, Bergerak aktif, Napas baik.
Appearance (warna kulit), Pulse (denyut jantung), Grimace (refleks gerak), Activity (aktivitas otot), dan Respiration (napas).

Activity (aktivitas otot)

- Jika bayi menggerakkan kedua kaki dan tangannya secara spontan begitu lahir, maka skor yang diberikan adalah 2
- Jika bayi hanya melakukan sedikit gerakan begitu lahir, maka skor yang diberikan adalah 1
- Jika bayi tidak bergerak sama sekali begitu ia lahir, maka skor yang diberikan adalah 0

Pulse (denyut jantung)

- Jika jantung bayi berdenyut setidaknya 100 kali per menit, maka skor yang diberikan adalah 2

- Jika jantung bayi berdenyut kurang dari 100 kali per menit, maka skor yang diberikan adalah 1
- Jika jantung bayi tidak berdenyut sama sekali, maka skor yang diberikan adalah 0

Appearance (warna kulit)

- Jika seluruh kulit di tubuhnya berwarna kemerahan, maka skor yang diberikan adalah 2
- Jika kulit tubuh bayi berwarna kemerahan, tetapi tangan dan kakinya berwarna kebiruan, maka skor yang diberikan adalah 1
- Jika seluruh kulit bayi berwarna kebiruan, keabu-abuan, atau pucat pasi, maka skor yang diberikan adalah 0

Grimace (reflek gerak)

- Jika bayi menangis, batuk atau bersin, serta menarik diri ketika dokter memberikan rangsangan, maka skor yang diberikan adalah 2
- Jika bayi meringis, menangis lemah ketika ketika dokter memberikan rangsangan, maka skor yang diberikan adalah 1
- Jika bayi tidak menangis atau bahkan merespons sama sekali ketika dokter memberikan rangsangan, maka skor yang diberikan adalah 0

Respiration (napas)

- Jika bayi langsung menangis dengan kencang dan kuat, maka skor yang diberikan adalah 2
- Jika bayi hanya merintih, maka skor yang diberikan adalah 1
- Jika bayi tidak menangis sama sekali alias diam membisu, maka skor yang diberikan adalah 0

- A. Nilai 10 didapati bila warna kulit seluruh tubuh dan ekremitas kemerahan, denyut jantung diatas 100 x/menit, menangis kuat, bersin, bergerak aktif dan bernapas normal
- B. Nilai 9 didapati bila warna kulit seluruh tubuh dan ekremitas kemerahan, denyut jantung dibawah 100 x/menit, menangis kuat, bersin, bergerak aktif dan bernapas normal
- C. Nilai 8 didapati bila warna kulit seluruh tubuh dan ekremitas kemerahan, denyut jantung dibawah 100 x/menit, menangis lemah, bersin, bergerak aktif dan bernapas normal
- D. Nilai 7 didapati bila warna kulit seluruh tubuh dan ekremitas kemerahan, denyut jantung dibawah 100 x/menit, menangis lemah, bersin, bergerak aktif dan bernapas lambat
- E. Nilai 6 didapati bila warna kulit seluruh tubuh kemerahan dan ekremitas kebiruan, denyut jantung dibawah 100 x/menit, menangis lemah, bersin, ekremitas bergerak sedikit dan bernapas merintih

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang nilai normal Apgar Score pada bayi baru lahir.

Referensi: Lowdermilk, Perry, S. E., Cashion, Alden, & O. (2019). Maternity Women & Health Care (12th ed.). Elsevier Inc.

33. B. 28 minggu**Ibu hamil, HPTP 18-1-2023 TFU 24,5 cm**

Rumus untuk menentukan usia kehamilan adalah dengan rumus Tinggi Fundus uteri (TFU) dalam cm di bagi 8/7.

- A. 24 minggu, bukan merupakan jawaban yang benar
- B. 28 minggu, merupakan jawaban yang benar karena $24,5 \times 8/7 = 28$.
- C. 26 minggu, bukan merupakan jawaban yang benar
- D. 25 minggu, bukan merupakan jawaban yang benar
- E. 34 minggu, bukan merupakan jawaban yang benar

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian ibu hamil, terutama saat menentukan usia kehamilan.

Referensi: Lowdermilk, Perry, S. E., Cashion, Alden, & O. (2019). Maternity Women & Health Care (12th ed.). Elsevier Inc.

34. C. Meraba bagian bawah Rahim**Ibu hamil 34 minggu, palpasi abdomen**

Presentasi adalah bagian terbawah janin, biasanya kepala atau bokong. Sifat kepala adalah keras dan melenting, sifat bokong lunak dan besar. Cara mengetahui presentasi janin adalah dengan merasa bagian bawah janin apakah teraba keras dan melenting atau lunak dan besar.

- A. Menggoyangkan bagian bawah Rahim, ini dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah masuk Pintu atas Panggul (PAP)
- B. Meraba bagian bawah Rahim, untuk mengetahui apa yang menjadi presentasi atau bagian bawah janin
- C. Meraba fundus uteri ini untuk mengetahui Tinggi fundus uteri dan apa yang terdapat di dalam fundus
- D. Meraba sisi /samping abdomen, untuk mengetahui punggung bayi
- E. Mengukur tinggi Rahim, dilakukan pada pemeriksaan leopold I

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teknik pemeriksaan Leopold 1 – 4 dengan hasilnya agar lebih mudah saat melakukan tindakan dan mengetahui hasil nya.

Referensi: Lowdermilk, Perry, S. E., Cashion, Alden, & O. (2019). Maternity Women & Health Care (12th ed.). Elsevier Inc.

35. B. Mengkompres Payudara ibu**ASI keluar tidak hormon dan kedua payudara terasa nyeri, dan teraba keras, I susu masuk ke dalam.**

Perawatan payudara dilakukan pada setiap ibu nifas, baik yang melahirkan normal maupun yang melahirkan dengan tindakan..

- A. Melakukan Breast Care, merupakan tindakan yang tepat dilakukan pada ibu post partum hari I, terutama pada ibu yang mempunyai kelainan anatomic seperti puting yang masuk ke dalam
- B. Mengkompres Payudara ibu dilakukan jika post partum hari ke dua dan seterusnya
- C. Kolaborasi pemberian booster ASI tidak dianjurkan pada post partum hari I karena ASI biasanya akan mulai banyak pada hari ke 3 -4 post partum
- D. Menganjurkan ibu menyusui bayinya, tidak ada data yang mendukung
- E. Mengajari ibu cara menyusui yang baik dilakukan jika ada ibu yang mendukung, seperti ibu mengatakan belum tahu cara perawatan payudara

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teknik perawatan payudara pada ibu post partum.

Referensi: Lowdermilk, Perry, S. E., Cashion, Alden, & O. (2019). Maternity Women & Health Care (12th ed.). Elsevier Inc.

36. C. Memecahkan ketuban

Kontraksi uterus kuat setiap 2-3 menit, lamanya 90 detik , ketuban utuh

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi.

- A. Mengatur posisi pasien, kurang tepat dilakukan karena ketuban pasien belum pecah.
- B. Menyiapkan peralatan, alat – alat persalinan sudah disiapkan sebelum pasien datang (segera setelah pasien pulang).
- C. Memecahkan ketuban, ini dilakukan jika pembukaan sudah lengkap, dan kontraksi uterus kuat 5 x dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 50 detik.
- D. Menganjurkan untuk mengedan, belum dianjurkan karena ketuban belum dipecahkan.
- E. Menganjurkan pasien untuk berjalan, tidak dianjurkan karena pembukaan sudah lengkap.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan persalinan normal.

Referensi: APN, (2017). Buku Acuan Persalinan Normal. Jakarta : JNPK-KR

37. C. Melakukan mesase lembut di fundus uteri

perdarahan pembalut cepat penuh dalam 3 jam, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus lembek.

- A. Mengatur posisi kepala lebih rendah, tidak tepat dilakukan karena perdarahan bukan karena perubahan perfusi jaringan sistemik

- B. Melakukan mesase lembut difundus, dilakukan jika kontraksi uterus lembek yang bisa memicu perdarahan dengan banyaknya pembuluh darah yang terbuka pada bekas tempat melekatnya plasenta.
- C. Mengobservasi tanda vital, ini merupakan kegiatan rutin yang dilakukan
- D. Menganjurkan banyak minum, ini tindakan tidak relevan dengan penyebab perdarahan
- E. Menganjurkan istirahat, ini juga tindakan tidak mendukung intervensi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penanganan perdarahan post partum.

Referensi: Lowdermilk, Perry, S. E., Cashion, Alden, & O. (2019). Maternity Women & Health Care (12th ed.). Elsevier Inc.

38. B. Sebelah kiri dibawah pusat Punggung kiri, presentasi kepala

- A. Sebelah kanan di bawah pusat, ini jika punggung kanan presentasi kepala
- B. Sebelah kiri di bawah pusat, jika punggung kiri dan presentasi kepala 9 (jawaban yang betul)
- C. Sebelah kanan di atas pusat, jika punggung kanan presentasi bokong
- D. Sebelah kiri di atas pusat, jika punggung kiri presentasi bokong
- E. Di atas simpisis pubis, jika terdapat kelainan letak, hormon obliq

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan palpasi leopold 1-4.

Referensi: Lowdermilk, Perry, S. E., Cashion, Alden, & O. (2019). Maternity Women & Health Care (12th ed.). Elsevier Inc.

39. E. Pemeriksaan Tanda Chadwick Terlambat haid 3 minggu, pusing, mual

- A. Tidak sesuai teori
- B. Tidak sesuai teori
- C. Tidak sesuai teori
- D. Tidak sesuai teori
- E. Tanda Chadwick merupakan salah satu tanda kemungkinan hamil. Pemeriksaan tanda Chadwick untuk melihat perubahan warna kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina dan serviks (leher Rahim) perubahan ini terjadi karena di pengaruhi oleh 216ormone estrogen pada masa kehamilan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda mungkin hamil pada asuhan Keperawatan dengan Ante Natal Care.

Referensi: Reeder,S., MartinL., dan Griffin.D. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Vol.1 Alih Bahasa Afiyanti, Rachmawati dan Djuwitaningsih. Jakarta : EGC

40. A. Ampicilin

Deman sudah 7 hari, antibiotik (kolaborasi)

- A. Penggunaan Ampicilin aman pada ibu hamil dan menyusui, untuk tatalaksana infeksi karena tidak berefek teratogenic pada manusia dan dapat di ekskresikan dalam jumlah sedikit di ASI namun dinilai tidak berefek pada balita yang di susui.
- B. Ciprofloxacin, dapat membahayakan janin dalam kandungan
- C. Cotrimoxazol, dapat menyebabkan kernicterus (kerusakan otak pada bayi baru lahir dengan penyakit kuning) pada hormone
- D. Clorampenicol, memiliki efek samping *grey baby syndrome* pada bayi, dan bisa di eksresikan dalam ASI ibu
- E. Clonazepam, dapat di eksresikan melalui ASI dan bisa menimbulkan efek sedasi pada bayi yang di susui.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penatalaksaan kolaborasi pemberian obat antibiotic pada ibu hamil dan efek sampingnya.

Referensi: Reeder,S., MartinL., dan Griffin.D. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Vol.1 Alih Bahasa Afiyanti, Rachmawati dan Djuwitaningsih. Jakarta : EGC

41. D. Pegang kepala biparietal

Kala II, sudah terjadi putaran paksi luar

- A. Raba leher bayi, dilakukan saat kepala ekpulsi
- B. Lepaskan lilitan tali pusat, dilakukan bila saat meraba leher, teraba tali pusat
- C. Bersihkan hidung dan mulut, dilakukan setelah kepala 217ormon pada jalan lahir
- D. Pegang kepala biparietal, dilakukan setelah putaran paksi luar kepada
- E. Lakukan sanggah susur, untuk melahirkan bayi dilakukan setelah kepala dan badan lahir

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP persalinan normal khususnya pada persalinan Kala II.

APN, (2017). Buku Acuan Persalinan Normal. Jakarta : JNPK-KR

42. E. Hindari makanan berlemak/berminyak dan sedikit pedas

Hamil 12 minggu, mual muntah, nyeri ulu hati.

- A. Hindari makanan manis, tidak tepat, karena glukosa tetap diperlukan bagi ibu hamil, hanya dikurangi karena bisa memperberat mual dan muntah
- B. Makan porsi sedikit tapi sering; tidak sesuai teori
- C. Tidak sesuai teori
- D. Tidak sesuai teori
- E. Makanan berlemak/ berminyak, dapat memperberat mual, makanan pedas bisa mengiritasi lambung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diet pada pasien hiperemisis gravidarum.

Referensi: Reeder,S., MartinL., dan Griffin.D. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Vol.1 Alih Bahasa Afiyanti, Rachmawati dan Djuwitaningsih. Jakarta : EGC

43. A. Syok

Perdarahan setelah 7 hari persalinan, frekuensi nadi 112 x /menit teraba lemah.

- A. Syok, terjadi akibat kehilangan darah yang banyak, yang menyebabkan perfusi darah ke otak berkurang dan menyebabkan otak kekurangan O₂. Syok ditandai dengan frekuensi nadi yang cepat dan teraba lemah.
- B. Kecemasan, tidak ada data yang mendukung
- C. Perdarahan, sudah terjadi, namun masalah syok lebih utama
- D. Risiko infeksi, tidak ada data yang mendukung
- E. Risiko cairan sudah terjadi, masalah sudah terjadi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda-tanda perdarahan pada ibu post partum.

Referensi: Reeder,S., MartinL., dan Griffin.D. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Vol.1 Alih Bahasa Afiyanti, Rachmawati dan Djuwitaningsih. Jakarta : EGC

44. D. Palpasi punggung janin ada di kiri/kanan

TFU tepat di hormones, pemeriksaan Leopold I

- A. Menentukan puctum maksimum. Merupakan area dinding anterior dimana teraba impuls jantung yang paling jelas biasanya terletak 3 jari dibawah pusat
- B. Auskultasi denyut jantung janin. Bertujuan untuk mendeteksi denyut jantung janin
- C. Menentukan bagian terendah janin. Dilakukan untuk melihat apakah bayi berada di posisi yang tepat atau tidak dan menentukan kepala bayi sudah turun di rongga tulang panggul atau masih di area perut

- D. Palpasi punggung janin ada di kiri/kanan. Pada tahap ini untuk mencari tahu apakah janin berada di posisi kanan atau kiri ibu dalam kandungan yang kemudian akan dilanjutkan dengan pemeriksaan DJJ
- E. Menentukan janin sudah masuk PAP atau belum. Kepala janin yang sudah masuk PAP merupakan tanda permulaan persalinan, biasanya terjadi di usia kehamilan 38 minggu

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hasil pemeriksaan lepolod 1-4.

Referensi: Reeder,S., MartinL., dan Griffin.D. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Vol.1 Alih Bahasa Afiyanti, Rachmawati dan Djuwitaningsih. Jakarta : EGC

45. C. Letakan bayi di perut ibu

Bayi telah di keringkan dan tali pusat telah di potong

- A. Segera bedong bayi ; tidak sesuai teori
- B. Bersihkan vernix caseosa; tidak sesuai teori
- C. Letakan bayi di perut ibu ; Untuk meningkatkan rasa percaya diri ibu untuk mulai menyusui dan merupakan proses kedekatan ibu dan bayi
- D. Tempelkan mulut bayi pada payudara ibu ; tidak sesuai teori
- E. Pasangkan topi untuk menghindari hipotermi; tidak sesuai teori

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perawatan pada bayi baru lahir.

Referensi: Reeder,S., MartinL., dan Griffin.D. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Vol.1 Alih Bahasa Afiyanti, Rachmawati dan Djuwitaningsih. Jakarta : EGC

46. E. Kontrasepsi pil kombinasi

Pemakaian kontrasepsi untuk jangka waktu 3 tahun.

- A. Kontrasepsi IUD. IUD akan dipasang di dalam Rahim untuk mencegah kehamilan dengan cara kerja menghentikan sperma untuk membuat sel telu
- B. Kontrasepsi susuk. Kontrasepsi yang hanya mengandung hormone progesterone
- C. Kontrasepsi suntik 1 bulan. Kontrasepsi yang hanya mengandung hormone progestin dan estrogen, kontrasepsi ini tidak mengganggu siklus haid
- D. Kontrasepsi suntik 3 bulan. Kontrasepsi yang hanya mengandung hormone progestin kedalam pembuluh darah
- E. Kontrasepsi pil kombinasi. Kontrasepsi yang hanya mengandung hormone progesterone dan estrogen

Mahasiswa diharapkan mempelajari macam-macam kontrasepsi, keuntungan dan kerugian dari masing-masing kotrasepsi tersebut.

Referensi: Reeder,S., MartinL., dan Griffin.D. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga Vol.1 Alih Bahasa Afiyanti, Rachmawati dan Djuwitaningsih. Jakarta : EGC

47. B. Menentukan titik pemijatan

Pasien mengeluh ASI tidak memancar, perawat sedang melakukan tindakan untuk melancarkan ASI, pada tahap meletakkan handuk dipangkuan pasien.

- A. memijat dengan ibu jari, ini tidak tepat dengan SOP berdasarkan buku SPO PPNI, karena kita belum menentukan titik pijat.
- B. menentukan titik pemijatan, ini Jawaban, karena setelah meletakkan handuk langkah selanjutnya menentukan titik pemijatan, sebelum melakukan pemijatan.
- C. memijat diantara tukang belakang, ini tidak tepat karena langkah pemijatan, dimana sebelumnya harus menentukan titik pijat terlebih dahulu
- D. melakukan pijatan dari atas ke bawah, ini tidak tepat karena ini adalah langkah saat memijat, sementara belum menentukan titik pijat
- E. mengolesi minyak kelapa pada kedua telapak tangan, ini tidak tepat karena mengolesi minyak pada telapak tangan dilakukan setelah ditemukan titik pijat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP atau SPO pijat oksitosin.

Referensi: Tim Pokja SPO Keperawatan DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

48. A. berikan teknik cara menyusui

Intake tidak adekuat, menghisap tidak terus menerus, ASI tidak memancar, perlekatan kurang.

- A. Berikan teknik cara menyusui, merupakan Jawaban karena ada gambaran ketidak mampuan ibu atau pasien dalam menyusui bayinya, sehingga perlu informasi teknik cara menyusui bentuk edukasi berdasarkan buku SIKI PPNI.
- B. Identifikasi kesiapan menyusui, ini tidak tepat karena termasuk tindakan Observasi dari rumusan intervensi (Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi) berdasarkan buku SIKI PPNI.
- C. Libatkan sistem pendukung; suami, keluarga, ini tidak tepat karena termasuk tindakan Terapeutik dari rumusan intervensi (Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi) berdasarkan buku SIKI PPNI.

- D. Identifikasi tujuan dan keinginan menyusui, ini tidak tepat karena termasuk tindakan Observasi dari rumusan intervensi (Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi)
- E. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri menyusui, ini tidak tepat karena termasuk tindakan Observasi dari rumusan intervensi (Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi keperawatan pada masalah menyusui tidak efektif, khususnya teknik cara menyusui.

Referensi: Tim Pokja SPO Keperawatan DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

49. B. Autonomy

Perawat akan melakukan tindakan, tindakan perawat masuk tahap prainteraksi, menanyakan kesiapan pasien, pasien merespon baik terhadap informasi perawat.

- A. Justice artinya adil atau setara dalam pelayanan kepada pasien, sehingga tidak sesuai dengan tindakan yg dilakukan pada kasus
- B. Autonomy artinya menghormati hak individu untuk membuat keputusan sendiri mengenai perawatan kesehatan dan hidup mereka. Ini Jawaban sesuai dengan kasus yang diperjelas dalam kata kunci.
- C. Beneficence artinya menekankan kewajiban untuk bertindak demi kepentingan dan manfaat pasien, sehingga tidak sesuai dengan kasus dimana perawat melakukan tindakan menenagi bayi pasien sampai tidak menangis
- D. Confidentiality artinya prinsip kerahasiaan menuntut bahwa informasi medis dan pribadi pasien harus dijaga dengan cermat dan tidak boleh diungkapkan kepada pihak lain tanpa izin, sehingga tidak sesuai dengan kasus
- E. Non maleficiency berfokus pada kewajiban untuk tidak menyebabkan kerusakan atau bahaya pada pasien, sehingga ini tidak sesuai dengan kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang 8 prinsip etik keperawatan.

Referensi: Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). Fundamentals of Nursing (8th ed.). Missouri: Elsevier.

50. C. Beneficence

Perawat membantu menenangkan bayi, dan bayi tidak menangis.

- A. Justice artinya adil atau setara dalam pelayanan kepada pasien, sehingga tidak sesuai dengan tindakan yg dilakukan pada kasus

- B. Autonomy artinya menghormati hak individu untuk membuat keputusan sendiri mengenai perawatan kesehatan dan hidup mereka, sehingga tidak sesuai dengan kasus.
- C. Beneficence artinya menekankan kewajiban untuk bertindak demi kepentingan dan manfaat pasien, ini Jawaban sesuai dengan kasus dimana perawat melakukan tindakan menenagi bayi pasien sampai tidak menangis
- D. Confidentiality artinya prinsip kerahasiaan menuntut bahwa informasi medis dan pribadi pasien harus dijaga dengan cermat dan tidak boleh diungkapkan kepada pihak lain tanpa izin, sehingga tidak sesuai dengan kasus
- E. Non Maleficency berfokus pada kewajiban untuk tidak menyebabkan kerusakan atau bahaya pada pasien, sehingga ini tidak sesuai dengan kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang 8 prinsip etik keperawatan.

Referensi: Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). Fundamentals of Nursing (8th ed.). Missouri: Elsevier.

51. B. Edukasi kesehatan

Cari intervensi utama untuk masalah menyusui tidak efektif (SIKI)

- A. Pilihan A tidak tepat karena tidak sesuai dengan masalah utama pasien (menyusui tidak efektif).
- B. Pilihan B tepat karena sesuai dengan masalah utama pasien (menyusui tidak efektif).
- C. Pilihan C tidak tepat karena tidak sesuai dengan masalah utama pasien (menyusui tidak efektif).
- D. Pilihan D tidak tepat karena tidak sesuai dengan masalah utama pasien (menyusui tidak efektif).
- E. Pilihan E tidak sesuai dengan masalah utama pasien (menyusui tidak efektif).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi utama pada masalah utama pasien (menyusui tidak efektif).

Referensi: Tim Pokja DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. DPP PPNI. Jakarta.

52. A. Nyeri akut

Tidak nyaman di payudara, menangis dan berkeringat, ada kontraksi uterus yang ini pasti ada nyeri, payudara bengkak, terdapat luka episiotomy.

- A. Pilihan A tidak tepat karena tidak sesuai dengan masalah utama pasien (ketidaknyamanan pasca partum).
- B. Pilihan B tidak tepat karena tidak sesuai dengan masalah utama pasien (ketidaknyamanan pasca partum).

- C. Pilihan C tidak tepat karena tidak sesuai dengan masalah utama pasien (ketidaknyamanan pasca partum).
- D. Pilihan D tepat karena sesuai dengan masalah utama pasien (ketidaknyamanan pasca partum).
- E. Pilihan E tidak sesuai dengan masalah utama pasien (ketidaknyamanan pasca partum).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan nyeri akut.

Referensi: Tim Pokja DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

53. C. Monitor tanda-tanda vital

Postpartum spontan 2 jam yang lalu, pasien mengeluh lemas dan merasa nyeri di jalan lahir, pembalut ada lokhea 50 cc, kontraksi uterus: kuat

- A. Monitor jumlah kalori, ini tidak tepat karena tidak sesuai dengan data pasien yang baru melahirkan dua jam yang lalu, dimana kondisi haemodinamik belum stabil
- B. Monitor kecukupan gizi, ini tidak tepat karena tidak sesuai dengan data pasien yang baru melahirkan dua jam yang lalu, dimana kondisi haemodinamik belum stabil
- C. Monitor tanda-tanda vitas, ini Jawaban, tepat karena sesuai dengan data pasien yang baru melahirkan dua jam yang lalu, dimana kondisi haemodinamik belum stabil yang harus diobservasi agar terpantau haemodinamik tubuh
- D. Monitor keseimbangan cairan, ini tidak tepat karena tidak ada data menunjukkan gambaran data kekurangan cairan
- E. Monitor kemampuan menyusui, ini tidak sesuai dengan data pasien, dimana dalam kasus tidak ada data yang terkait dengan menyusui

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perubahan fisiologi ibu *early postpartum atau postpartum awal*.

Referensi: Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier

54. C. Resusitasi neonatus

Bayi lahir 10 menit yang lalu, saat lahir bayi merintih atau menangis lemah, tubuh berwarna merah muda ekstremitas biru, frekuensi nadi kurang dari 100 kali permenit, aktifitas/ gerakan lemah. Pasien tampak menyapa bayinya.

- A. Rooming in, ini tidak tepat karena bayi baru lahir 10 menit yang lalu, masalah utama adalah ketidak mampuan bernapas. Kondisi belum dapat ditentukan untuk rawat gabung dengan ibunya. Saat ini pun ibu masih fase persalinan

- B. Injeksi vitamin K, ini tidak tepat karena tidak sesuai data. Untuk pemberian vitamin K harus segera setelah lahir, paling lama 6 jam setelah lahir
- C. Resusitasi neonates, ini Jawban. Tindakannya tepat karena sesuai dengan data pada bayi. Satu indikasi dilakukan resusitasi neonatus adalah jika tampak tidak menangis, lemas, kurang responsif, sesak napas, atau bahkan tidak bernapas.
- D. Inisiasi menyusu dini, ini tidak tepat karena tidak sesuai dengan kondisi bayi, yang harus maksimal kemampuan bernapas sebagai kebutuhan utama
- E. Pemeriksaan antropometri, ini tidak sesuai dengan masalah utama bayi dimana bayi belum mampu bernapas optimal. Tindakan ini harus dilakukan segera setelah lahir, namun bukan prioritas berdasarkan kondisi bayi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi utama (observasi/monitor) pada masalah utama pasien (risiko aspirasi) dan indikasi resusitasi neonatus.

Referensi: Reeder, S.J; L.L, Martin, D.K, Griffin, 2011. Maternity Nursing: Family, Newborn and Women's Health Care, 18 th Ed. Alih Bahasa: Yati Afianti, Imami Nur Rachmawati, Sri Djuwitaningsih, Jakarta. EGC.

55. C. Meraba sisi kanan perut ibu, menahan sisi kiri perut

Perawat melakukan pemeriksaan fisik dengan hasil; bagian atas bokong,TFU 34 cm. Perawat meletakkan tangan di sisi kiri perut ibu dan teraba bagian kecil-kecil yang menonjol.

- A. Pilihan A tidak tepat karena merupakan langkah Leopold 1, sementara kasusnya di leopold 2.
- B. Pilihan B tidak tepat karena merupakan langkah Leopold 3, sementara kasusnya di leopold 2.
- C. Pilihan C tepat karena sesuai dengan SOP atau langkah Leopold 2, untuk mencari bagian punggung janin.
- D. Pilihan D tidak tepat karena merupakan langkah Leopold 3, sementara kasusnya di leopold 2.
- E. Pilihan E tidak sesuai karena merupakan langkah Leopold 1, sementara kasusnya di leopold 2.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SPO atau SOP pemeriksaan Leopold.

Referensi: Tim Pokja SPO Keperawatan DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

LATIHAN SOAL

MANAJEMEN KEPERAWATAN

SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN

1. Di ruang perawatan inap penyakit dalam, tim perawat dinas pagi sedang memberikan informasi tentang proses keperawatan semua klien yang ada. Informasi yang diberikan sudah termasuk informasi utama seperti tindakan keperawatan atau evaluasi dari tindakan yang sudah diberikan oleh perawat dinas pagi. Apakah aktivitas perawat pada kasus tersebut?
 - a. Ronde
 - b. Operan
 - c. Konferensi awal
 - d. Konferensi tengah
 - e. Konferensi akhir
2. Pada *shift* pagi ruang perawatan intensif, tiba-tiba seorang pasien mengalami serangan jantung. Ketua tim segera merespons kondisi kegawatan tersebut dan memberikan tugas yang jelas kepada kelompok kerjanya. Apakah gaya kepemimpinan ketua tim pada kasus tersebut?
 - a. Birokratik
 - b. Autokratik
 - c. Situasional
 - d. Demokratis
 - e. Laissez Faire
3. Kepala ruang perawatan anak, membuat rumusan tujuan organisasi yang dipahami oleh stafnya dan membagi pekerjaan dalam bentuk kegiatan pokok dengan menggolongkan kegiatan pokok ke dalam satuan-satuan kegiatan yang praktis, menetapkan kewajiban yang harus dilaksanakan oleh staf, menyediakan fasilitas, pengaturan ruang kerja, penugasan personil yang cakap dan mendelegasikan wewenang. Apakah aktivitas yang terjadi pada kasus tersebut?
 - a. Pengorganisasian
 - b. Pengendalian
 - c. Perencanaan
 - d. Pelaksanaan
 - e. Pengawasan
4. Pada *shift* pagi ruang perawatan intensif, tiba-tiba dokter penanggung jawab pasien marah kepada salah satu perawat yang tidak melakukan tindakan sesuai instruksi. Sehingga dilakukan pemeriksaan ulang pada pasien. Perawat menjelaskan tindakan tersebut tidak sesuai dengan kondisi pasien yang tidak stabil, namun dokter tetap marah dan mencari kepala ruang untuk menginformasikan. Apakah strategi penyelesaian konflik pada kasus tersebut?
 - a. Kompetisi
 - b. Kompromi
 - c. Kolaborasi
 - d. Akomodasi
 - e. Menghindar

5. Kepala ruang perawatan penyakit dalam, mengganti metode asuhan keperawatan dari metode fungsional ke metode tim dalam upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan, perawat termotivasi kuat untuk menerapkan metode tim tersebut dan merasa perlu untuk berubah dan menyiapkan diri untuk berubah. Apakah tahapan proses perubahan pada kasus tersebut?
 - a. *Trial*
 - b. *Moving*
 - c. *Refrezing*
 - d. *Unfrezing*
 - e. *Evaluation*
6. Pada *shift* pagi ruang perawatan bedah, kepala ruangan membuat peraturan untuk setiap perawat yang hendak menggunakan alat steril harus melakukan pencatatan sebelum dan sesudah penggunaan dengan tertib, bila alat yang digunakan rusak atau hilang maka perawat yang memakai harus bertanggung jawab untuk mengganti tanpa alasan apapun. Apakah gaya kepemimpinan yang diterapkan oleh kepala ruangan tersebut?
 - a. *Otoriter*
 - b. *Liberalis*
 - c. Demokrasi
 - d. *Partisipatif*
 - e. *Laissez Faire*
7. Kepala ruang perawatan bedah, menyelesaikan konflik pada dua perawat yang tidak bertegur sapa setelah ribut kemaren siang. Kepala ruangan memberikan mereka motivasi agar memberikan pelayanan yang baik pada pasien, untuk di calonkan sebagai perwakilan ruangan pada lomba perawat berprestasi. Apakah strategi manajemen konflik yang dilakukan pada kasus tersebut?
 - a. Kompetisi
 - b. Kerjasama
 - c. Kompromi
 - d. Akomodasi
 - e. Menghindar
8. Kepala ruang perawatan anak memberikan kesempatan kepada staf perawat untuk mengajukan libur atau cuti, atas kebijakan tersebut maka semua perawat semangat dalam bekerja dan melakukan komunikasi yang baik antar perawat dan antar perawat dengan pasien. Apakah gaya kepemimpinan yang digunakan oleh kepala ruangan tersebut?
 - a. Otoriter
 - b. Liberalis
 - c. Partisipatif
 - d. Demokratis
 - e. *Laissez Faire*

9. Kepala ruang perawatan anak mengajak seluruh staf perawat untuk mengikuti pelatihan terkait etik. Salah satu materi pelatihan adalah hak-hak *privasi* pasien selama di ruang perawatan. salah satu tindakannya adalah tidak boleh mengambil foto pasien selama diruang perawatan. Apakah prinsip etik yang diterapkan dalam contoh tersebut?
- Otonomi
 - Keadilan
 - Kerahasiaan
 - Berbuat Baik
 - Tidak merugikan
10. Kepala ruang perawatan bedah mengatakan kepada anggota perawatnya, "Saya membuat semua keputusan pelayanan keperawatan di ruangan ini, dan semua perawat diharapkan dapat mengikuti aturan yang saya buat". Apakah aktivitas perawat pada kasus tersebut?
- Otokratis
 - Birokratis
 - Situasional
 - Demokratis
 - Laissez-faire
11. Seorang kepala ruang perawatan intensif menerapkan model asuhan keperawatan profesional dimana setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift perawatan. Apakah model asuhan keperawatan yang diterapkan pada kasus tersebut?
- Metode modular tim-primer
 - Metode fungsional
 - Metode primer
 - Metode kasus
 - Metode tim
12. Seorang kepala ruang perawatan anak mengatur jumlah dan kemampuan perawat berdasarkan perbandingan perawat senior dan perawat yunior yang akan berdinjas pada waktu hari raya Idul Fitri. Apakah fungsi manajemen yang dilakukan pada kasus tersebut?
- Pengawasan
 - Perencanaan
 - Pengerakkan
 - Pengendalian
 - Pengorganisasian
13. Perawat senior di ruang penyakit dalam dipindahkan ke ruang perawatan intensif. Pada hari pertama merawat pasien dengan kondisi Kesehatan yang menurun tiba-tiba. Perawat tersebut bingung dan tidak tahu apa yang harus dilakukan. Dokter yang menangani pasien tersebut melaporkan tindakan perawat kepada

ketua tim yang bertugas pada *shift* tersebut. Apakah strategi penyelesaian konflik yang dilakukan oleh ketua tim pada kasus tersebut?

- a. *Smoothing*
 - b. Kompetisi
 - c. Kompromi
 - d. Akomodasi
 - e. Menghindar
14. Di ruang perawatan anak, ibu pasien mengeluh dengan tindakan perawat yang tidak memberikan informasi terlebih dahulu kepada orang tua saat perawat hendak melakukan perawatan infus yang mengakibatkan pasien menangis dan kateter infus terjatuh karena pasien berontak. Apakah strategi penyelesaian konflik yang dilakukan ketua tim pada kasus tersebut?
- a. Kompetisi
 - b. *Smoothing*
 - c. Kompromi
 - d. Akomodasi
 - e. Menghindar
15. Perawat merawat pasien di ruang penyakit dalam. Pasien tersebut dapat melakukan aktivitas perawatan diri dengan mandiri, seperti makan sendiri, buang air besar sendiri, sehingga memerlukan bantuan minimal dari perawat. Biasanya dibutuhkan waktu 1 - 2 jam dalam waktu 24 jam. Apakah kategori tingkat ketergantungan pasien pada kasus tersebut?
- a. *Self care*
 - b. *Minimal care*
 - c. *Intensive care*
 - d. *Intermediate care*
 - e. *Mothfied Intensive care*
16. Perawat merawat pasien di ruang penyakit dalam. Pasien terpasang kateteri urine foley, kateter infus. Kebutuhan kebersihan diri, makan dan minum serta ambulasi dibantu. Apakah kategori tingkat ketergantungan pasien pada kasus tersebut diatas ?
- a. *Self care*
 - b. *Minimal care*
 - c. *Intensive care*
 - d. *Intermediate care*
 - e. *Mothfied Intensive care*
17. Seorang kepala Instalasi Gawat Darurat merencanakan pengembangan staf melalui pendidikan dan pelatihan BTCLS selama 3 bulan untuk karyawan baru dengan tujuan meningkatkan kemampuan serta ketrampilan staf yang berada di IGD tersebut. Apakah fungsi manajemen keperawatan yang sedang dijalankan pada kasus tersebut?
- a. Pelaksanaan
 - b. Pengawasan

- c. Perencanaan
 - d. Pengendalian
 - e. Pengorganisasian
18. Kepala ruang bedah, meminta semua staf perawat untuk memberi masukan terkait bahan dan barang yang diperlukan dalam pelayanan masing-masing. Selanjutnya dilakukan diskusi dan perumusan kebutuhan. Apakah fungsi manajemen pada kasus tersebut?
- a. Perencanaan
 - b. Pelaksanaan
 - c. Pengawasan
 - d. Pengendalian
 - e. Pengorganisasian
19. Pada saat kegiatan *post conference*, setiap perawat melaporkan perkembangan dari asuhan keperawatan yang diberikan, mulai dari tindakan keperawatan dan hasil serta rencana tindakan asuhan keperawatan selanjutnya yang akan dikerjakan oleh staf keperawatan selanjutnya. Apakah fungsi managemen yang sedang dilakukan kepala ruang pada kasus tersebut?
- a. Pelaksanaan
 - b. Perencanaan
 - c. Pengawasan
 - d. Pengendalian
 - e. Pengorganisasian
20. Seorang kepala ruang perawatan anak sedang memberikan bimbingan dan bantuan kepada perawat pelaksana yang mengalami kesulitan dalam memasang infus pada bayi agar kinerja perawat tersebut meningkat. Apakah fungsi managemen yang dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Pengawasan
 - b. Perencanaan
 - c. Penggerakkan
 - d. Pengendalian
 - e. Pengorganisasian

PEMBAHASAN SOAL

MANAJEMEN KEPERAWATAN

PEMBAHASAN SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN

1. B. Operan

- a. Ronde Keperawatan merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh perawat yang juga melibatkan klien untuk mendiskusikan dan melakukan asuhan keperawatan
- b. Operan jaga merupakan komunikasi yang dilakukan antar perawat dalam menyampaikan kondisi pasien secara jelas dan lengkap dalam pergantian shift saat penyerahan tanggung jawab dari perawatan kesatu ahli perawatan kesehatan kelainnya
- c. Konferensi merupakan pertemuan tim yang dilakukan setiap hari. Konferensi awal dilakukan setelah melakukan operan. Conference sebaiknya dilakukan di tempat tersendiri sehingga dapat mengurangi gangguan dari luar.
- d. Konferensi tengah dilakukan ditengah tengah waktu dinas
- e. Konferensi akhir dilakukan di akhir masa dinas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen asuhan keperawatan.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medik

2. B. Autokratik

- a. Perilaku memimpin yang ditandai dengan adanya keketatan pelaksanaan suatu prosedur yang telah berlaku untuk pemimpin dan anak buahnya.
- b. Otokratis ini merupakan sentralistik dan pemasukan kekuasaan pada satu orang saja. Dalam gaya otokrasi seorang pemimpin merupakan tokoh yang memberikan banyak pengaruh pada pengikutnya yang mendukungnya.
- c. Model kepemimpinan situasional adalah teori kepemimpinan yang menyarankan model manajemen yang berbeda-beda yang disesuaikan dengan situasi.
- d. Peran serta dari bawahan dalam pengambilan keputusan yang dilakukan dengan cara musyawarah.
- e. Laissez-Faire adalah tipe gaya kepemimpinan yang cenderung pasif. Pemimpin dengan gaya kepemimpinan ini akan membiarkan orang lain untuk mengambil keputusan. Pemimpin menyerahkan keputusan sepenuhnya ditangan kelompok.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam gaya kepemimpinan.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medik

3. A. Pengorganisasian

- a. Pengorganisasian (organizing) merupakan proses penyusunan struktur organisasi yang sesuai dengan tujuan organisasi, sumber daya-sumber daya yang dimilikinya, dan lingkungan yang melingkupinya.
- b. Pengendalian adalah proses pengaturan berbagai faktor dalam suatu organisasi agar pelaksanaan sesuai dengan ketetapan-ketetapan dalam rencana.
- c. Perencanaan adalah suatu proses menentukan apa yang ingin dicapai pada masa yang akan datang serta menetapkan tahapan-tahapan yang dibutuhkan untuk mencapainya.
- d. Pelaksanaan adalah kegiatan yang dilakukan secara berencana, teratur dan terarah guna mencapai tujuan yang diharapkan, maupun operasional atau kebijaksanaan menjadi kenyataan guna mencapai sasaran dari program yang ditetapkan.
- e. Pengawasan adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan untuk memantau, mengukur dan bila perlu melakukan perbaikan atas pelaksanaan pekerjaan sehingga apa yang telah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang diinginkan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi managemen.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta : Salemba Medik

4. B. Kompromi

- a. Strategi kompetisi untuk melaksanakan manajemen konflik ini dilakukan dengan cara membiarkan kedua belah pihak yang berkonflik untuk dapat berkompetisi secara sehat.
- b. Masing-masing pihak yang terlibat dapat menurunkan atau mengurangi tuntutan, kepentingan, keinginan, atau kehendak, sehingga dapat menghasilkan titik temu yang dapat diterima kedua belah pihak.
- c. Strategi kolaborasi ini mampu mengubah konflik menjadi hal yang positif. Caranya yakni dengan membiarkan semua pihak yang terlibat di dalam konflik mampu berkolaborasi.
- d. Membuka diri untuk menerima dan menampung seluruh aspirasi, pandangan, dan pendapat dari kedua belah pihak yang terlibat konflik.
- e. Strategi menghindari atau *avoiding* di dalam manajemen konflik dilakukan sebagai langkah antisipasi yang dilakukan untuk dapat mencegah dan menghindari potensi konflik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang strategi penyelesaian konflik.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medik

5. D. Unfreezing

- a. Tahap uji coba terhadap sesuatu yang baru atau hasil perubahan dengan harapan perubahan tersebut dapat diketahui hasilnya sesuai dengan kondisi atau situasi yang ada dan memudahkan untuk diterima oleh lingkungan.
- b. Sudah dimulai adanya suatu pergerakan ke arah sesuatu yang baru atau perkembangan terbaru. Proses ini dapat terjadi apabila seseorang telah memiliki informasi yang cukup serta sikap dan kemampuan untuk berubah dan kemampuan dalam memahami masalah serta langkah-langkah dalam menyesuaikan masalah.
- c. Telah mencapai tahapan perubahan yang baru. Perubahan perlu dipertahankan dan selalu terdapat upaya mendapat umpan balik, pembinaan tersebut dalam upaya mempertahankan perubahan yang telah dicapai.
- d. Harus memiliki motivasi yang kuat untuk berubah dari keadaan semula. Menyiapkan diri dan siap untuk berubah atau melakukan perubahan
- e. Terjadi penilaian terhadap sesuatu yang baru agar tidak terjadi hambatan yang akan ditemukan selama mengadakan perubahan. Evaluasi ini dapat memudahkan tujuan dan langkah dalam melakukan perubahan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep perubahan.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medik

6. A. Otoriter

- a. Kepemimpinan otokratis adalah gaya kepemimpinan yang memiliki kriteria atau ciri yang selalu menganggap organisasi sebagai milik pribadi, arogan, mengidentikkan tujuan pribadi dengan tujuan organisasi, menganggap bawahan sebagai alat semata, tidak mau menerima kritik dan saran, terlalu tergantung pada kekuasaan
- b. Pemimpin dengan gaya ini sudah pasti akan memberikan kebebasan sepenuhnya kepada para karyawan untuk menyelesaikan pekerjaan.
- c. Peran serta dari bawahan dalam pengambilan keputusan yang dilakukan dengan cara musyawarah.
- d. Pemimpin mempunyai kepercayaan sepenuhnya terhadap bawahan, selalu memanfaatkan ide bawahan, menggunakan insentif ekonomi untuk memotivasi bawahan. Komunikasi dua arah dan menjadikan bawahan sebagai kelompok kerja.
- e. Laissez-Faire adalah tipe gaya kepemimpinan yang cenderung pasif. Pemimpin dengan gaya kepemimpinan ini akan membiarkan orang lain untuk mengambil keputusan. Pemimpin menyerahkan keputusan sepenuhnya ditangan kelompok.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gaya kepemimpinan.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medik

7. A. Kompetisi

- a. Strategi kompetisi untuk melaksanakan manajemen konflik ini dilakukan dengan cara membiarkan kedua belah pihak yang berkonflik untuk dapat berkompetisi secara sehat.
- b. Strategi kolaborasi ini mampu mengubah konflik menjadi hal yang positif. Caranya yakni dengan membiarkan semua pihak yang terlibat di dalam konflik mampu berkolaborasi.
- c. Masing-masing pihak yang terlibat dapat menurunkan atau mengurangi tuntutan, kepentingan, keinginan, atau kehendak, sehingga dapat menghasilkan titik temu yang dapat diterima kedua belah pihak.
- d. Membuka diri untuk menerima dan menampung seluruh aspirasi, pandangan, dan pendapat dari kedua belah pihak yang terlibat konflik.
- e. Strategi menghindari atau avoiding di dalam manajemen konflik dilakukan sebagai langkah antisipasi yang dilakukan untuk dapat mencegah dan menghindari potensi konflik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang managemen konflik.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medik

8. D. Demokratis

- a. Kepemimpinan otokratis adalah gaya kepemimpinan yang memiliki kriteria atau ciri yang selalu menganggap organisasi sebagai milik pribadi, arrogan, mengidentikan tujuan pribadi dengan tujuan organisasi, menganggap bawahan sebagai alat semata, tidak mau menerima kritik dan saran, terlalu tergantung pada kekuasaan
- b. Pemimpin dengan gaya ini sudah pasti akan memberikan kebebasan sepenuhnya kepada para karyawan untuk menyelesaikan pekerjaan.
- c. Pemimpin mempunyai kepercayaan sepenuhnya terhadap bawahan, selalu memanfaatkan ide bawahan, menggunakan insentif ekonomi untuk memotivasi bawahan. Komunikasi dua arah dan menjadikan bawahan sebagai kelompok kerja.
- d. Peran serta dari bawahan dalam pengambilan keputusan yang dilakukan dengan cara musyawarah.
- e. Laissez-Faire adalah tipe gaya kepemimpinan yang cenderung pasif. Pemimpin dengan gaya kepemimpinan ini akan membiarkan orang lain untuk mengambil keputusan. Pemimpin menyerahkan keputusan sepenuhnya ditangan kelompok.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gaya kepemimpinan.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta : Salemba Medik

9. C. Kerahasiaan

- a. Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir secara logis dan mampu membuat keputusan sendiri
- b. Prinsip ini direfleksikan ketika perawat bekerja sesuai ilmu dan kiat keperawatan dengan memperhatikan keadilan sesuai standar praktik dan hukum yang berlaku.
- c. Kerahasiaan adalah informasi tentang klien yang harus dijaga privasi klien.
- d. Prinsip ini tentunya menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik sesuai dengan ilmu dan kiat keperawatan dalam melakukan pelayanan keperawatan.
- e. Prinsip ini berarti Perawat dalam melakukan pelayanannya sesuai dengan ilmu dan kiat keperawatan dengan tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medik

10. A. Otokratis

- a. Otokratis ini merupakan sentralistik dan pemerintahan sentralistik pada satu orang saja. Dalam gaya otokrasi seorang pemimpin merupakan tokoh yang memberikan banyak pengaruh pada pengikutnya yang mendukungnya.
- b. Perilaku memimpin yang ditandai dengan adanya keketatan pelaksanaan suatu prosedur yang telah berlaku untuk pemimpin dan anak buahnya. Pemimpin yang birokratis, secara umum akan membuat segala keputusan itu berdasarkan dari aturan yang telah berlaku dan tidak ada lagi fleksibilitas.
- c. Model kepemimpinan situasional adalah teori kepemimpinan yang menyarankan model manajemen yang berbeda-beda yang disesuaikan dengan situasi.
- d. Peran serta dari bawahan dalam pengambilan keputusan yang dilakukan dengan cara musyawarah.
- e. Laissez-Faire adalah tipe gaya kepemimpinan yang cenderung pasif. Pemimpin dengan gaya kepemimpinan ini akan membiarkan orang lain untuk mengambil keputusan. Pemimpin menyerahkan keputusan sepenuhnya ditangan kelompok.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam gaya kepemimpinan.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medik

11. D. Metode Kasus

Model Metode Asuhan Keperawatan Profesional

- a. Merupakan kombinasi dari kedua system model keperawatan tim dan model keperawatan primer
- b. Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik
- c. Perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit
- d. Setiap perawat ditugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift perawatan
- e. Menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang model metode asuhan keperawatan professional.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.

12. B. Perencanaan

Fungsi Manajemen Keperawatan

- a. Menentukan tujuan dan target keperawatan; merumuskan strategi untuk mencapai tujuan dan target keperawatan; menentukan sumber-sumber daya yang diperlukan dalam pemberian layanan keperawatan, sesuai dengan penentuan perbandingan perawat senior dengan perawat yunior; menetapkan standar atau indicator keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target keperawatan.
- b. Mengalokasikan sumber daya, merumuskan dan menetapkan tugas dan menetapkan prosedur yang diperlukan dalam asuhan keperawatan
- c. Suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota kelompok berusaha mencapai sasaran sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi
- d. Proses yang dilakukan untuk memastikan seluruh rangkaian kegiatan yang telah direncanakan, diorganisasi dan diimplementasikan untuk dapat berjalan sesuai target yang diharapkan
- e. Suatu proses untuk mengukur atau membandingkan antara perencanaan yang telah dibuat dengan pelaksanaan. Dengan adanya pengawasan diharapkan tidak terjadi kesalahan atau penyimpangan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi manajemen keperawatan.

Referensi: Simamora, Roymond H. (2012). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Jakarta: EGC.

13. E. Menghindar

Strategi penyelesaian Konflik

- a. Strategi penyesuaian konflik, dimana semua yang terlibat saling menyadari dan sepakat pada keinginan bersama. Kedua pihak yang terlibat saling menyerah dan menyepakati hal yang telah dibuat.
- b. Strategi penyesuaian konflik, menekankan hanya pada satu orang atau satu kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah. Akibat negatif dari strategi ini adalah kemarahan, putus asa dan keinginan untuk perbaikan dimasa mendatang
- c. Teknik penyelesaian konflik dengan cara mengurangi komponen emosional dalam konflik. Individu yang terlibat dalam konflik berupaya mencapai kebersamaan daripada perbedaan dengan penuh kesadaran dan intropesi diri.
- d. Berlawanan dengan kompetisi. Strategi penyesuaian konflik, seseorang berusaha mengakomodasi permasalahan dan memberi kesempatan pada orang lain untuk menang. Pada strategi ini masalah utama tidak terselesaikan
- e. Semua yang terlibat dalam konflik menyadari tentang masalah yang dihadapi, tetapi memilih untuk menghindar atau tidak menyelesaikan masalah. Strategi ini biasanya dipilih bila ketidaksepakatan membahayakan kedua pihak, biaya penyelesaian lebih besar daripada menghindar atau perlu orang ketiga dalam menyelesaiannya, atau jika masalah dapat terselesaikan dengan sendirinya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen konflik.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.

14. B. Smoothing

Strategi penyelesaian onflik

- a. Strategi penyesuaian konflik, menekankan hanya pada satu orang atau satu kelompok yang menang tanpa mempertimbangkan yang kalah. Akibat negatif dari strategi ini adalah kemarahan, putus asa dan keinginan untuk perbaikan dimasa mendatang
- b. Teknik penyelesaian konflik dengan cara mengurangi komponen emosional dalam konflik. Individu yang terlibat dalam konflik berupaya mencapai kebersamaan daripada perbedaan dengan penuh kesadaran dan intropesi diri.
- c. Strategi penyesuaian konflik, dimana semua yang terlibat saling menyadari dan sepakat pada keinginan bersama. Kedua pihak yang terlibat saling menyerah dan menyepakati hal yang telah dibuat.
- d. Berlawanan dengan kompetisi. Strategi penyesuaian konflik,seseorang berusaha mengakomodasi permasalahan dan memberi kesempatan pada

orang lain untuk menang. Pada strategi ini masalah utama tidak terselesaikan

- e. Semua yang terlibat dalam konflik menyadari tentang masalah yang dihadapi, tetapi memilih untuk menghindar atau tidak menyelesaikan masalah. Strategi ini biasanya dipilih bila ketidaksepakatan membahayakan kedua pihak, biaya penyelesaian lebih besar daripada menghindar atau perlu orang ketiga dalam menyelesaiannya, atau jika masalah dapat terselesaikan dengan sendirinya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen konflik.

Referensi: Nursalam. (2014). Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.

15. A. Self care

Kategori keperawatan klien

- a. Klien memerlukan bantuan minimal dalam melakukan tindakan keperawatan dan pengobatan. Klien melakukan aktivitas perawatan diri sendiri secara mandiri. Waktu yang dibutuhkan 1-2 jam dengan waktu rata-rata efektif 1.5 jam/24 jam
- b. Klien memerlukan bantuan sebagian dalam tindakan keperawatan dan pengobatan tertentu, misalnya pemberian obat intra vena dan mengatur posisi. Waktu yang dibutuhkan 3-4 jam dengan waktu rata-rata efektif 3.5 jam/24 jam
- c. Waktu yang dibutuhkan 10-14 jam dengan waktu rata-rata efektif 12 jam/24 jam
- d. Waktu yang dibutuhkan 5-6 jam dengan waktu rata-rata efektif 5.5 jam/24 jam
- e. Waktu yang dibutuhkan 7-8 jam dengan waktu rata-rata efektif 7.5 jam/24 jam

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kategori keperawatan klien.

Referensi: Kuntoro, Agus. (2010). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika.

16. D. Intermediate care

Kategori keperawatan klien

- a. Klien memerlukan bantuan minimal dalam melakukan tindakan keperawatan dan pengobatan. Klien melakukan aktivitas perawatan diri sendiri secara mandiri. Waktu yang dibutuhkan 1-2 jam dengan waktu rata-rata efektif 1.5 jam/24 jam
- b. Klien memerlukan bantuan sebagian dalam tindakan keperawatan dan pengobatan tertentu, misalnya pemberian obat intra vena dan mengatur posisi. Waktu yang dibutuhkan 3-4 jam dengan waktu rata-rata efektif 3.5 jam/24 jam

- c. Waktu yang dibutuhkan 10-14 jam dengan waktu rata-rata efektif 12 jam/24 jam
- d. Waktu yang dibutuhkan 5-6 jam dengan waktu rata-rata efektif 5.5 jam/24 jam
- e. Waktu yang dibutuhkan 7-8 jam dengan waktu rata-rata efektif 7.5 jam/24 jam

17. A. Pelaksanaan

Fungsi manajemen keperawatan

- a. Suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota kelompok berusaha mencapai sasaran sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi
- b. Suatu proses untuk mengukur atau membandingkan antara perencanaan yang telah dibuat dengan pelaksanaan. Dengan adanya pengawasan diharapkan tidak terjadi kesalahan atau penyimpangan.
- c. Menentukan tujuan dan target keperawatan; merumuskan strategi untuk mencapai tujuan dan target keperawatan; menentukan sumber-sumber daya yang diperlukan dalam pemberian layanan keperawatan, sesuai dengan penentuan perbandingan perawat senior dengan perawat yunior; menetapkan standar atau indicator keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target keperawatan.
- d. Proses yang dilakukan untuk memastikan seluruh rangkaian kegiatan yang telah direncanakan, diorganisasi dan diimplementasikan untuk dapat berjalan sesuai target yang diharapkan
- e. Mengalokasikan sumber daya, merumuskan dan menetapkan tugas dan menetapkan prosedur yang diperlukan dalam asuhan keperawatan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi manajemen keperawatan

Referensi: Simamora, Roymond H. (2012). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Jakarta: EGC.

18. A. Perencanaan

Fungsi manajemen keperawatan

- a. Menentukan tujuan dan target keperawatan; merumuskan strategi untuk mencapai tujuan dan target keperawatan; menentukan sumber-sumber daya yang diperlukan dalam pemberian layanan keperawatan, sesuai dengan penentuan perbandingan perawat senior dengan perawat yunior; menetapkan standar atau indicator keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target keperawatan.
- b. Suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota kelompok berusaha mencapai sasaran sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi

- c. Suatu proses untuk mengukur atau membandingkan antara perencanaan yang telah dibuat dengan pelaksanaan. Dengan adanya pengawasan diharapkan tidak terjadi kesalahan atau penyimpangan.
- d. Proses yang dilakukan untuk memastikan seluruh rangkaian kegiatan yang telah direncanakan, diorganisasi dan diimplementasikan untuk dapat berjalan sesuai target yang diharapkan
- e. Mengalokasikan sumber daya, merumuskan dan menetapkan tugas dan menetapkan prosedur yang diperlukan dalam asuhan keperawatan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi manajemen keperawatan

Referensi: Simamora, Roymond H. (2012). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Jakarta: EGC.

19. D. Pengendalian

Fungsi manajemen keperawatan

- a. Suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota kelompok berusaha mencapai sasaran sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi
- b. Menentukan tujuan dan target keperawatan; merumuskan strategi untuk mencapai tujuan dan target keperawatan; menentukan sumber-sumber daya yang diperlukan dalam pemberian layanan keperawatan, sesuai dengan penentuan perbandingan perawat senior dengan perawat yunior; menetapkan standar atau indicator keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target keperawatan.
- c. Suatu proses untuk mengukur atau membandingkan antara perencanaan yang telah dibuat dengan pelaksanaan. Dengan adanya pengawasan diharapkan tidak terjadi kesalahan atau penyimpangan.
- d. Proses yang dilakukan untuk memastikan seluruh rangkaian kegiatan yang telah direncanakan, diorganisasi dan diimplementasikan untuk dapat berjalan sesuai target yang diharapkan
- e. Mengalokasikan sumber daya, merumuskan dan menetapkan tugas dan menetapkan prosedur yang diperlukan dalam asuhan keperawatan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi manajemen keperawatan.

Referensi: Simamora, Roymond H. (2012). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Jakarta: EGC.

20. A. Pengawasan**Fungsi manajemen keperawatan**

- a. Suatu proses untuk mengukur atau membandingkan antara perencanaan yang telah dibuat dengan pelaksanaan. Dengan adanya pengawasan diharapkan tidak terjadi kesalahan atau penyimpangan.
- b. Menentukan tujuan dan target keperawatan; merumuskan strategi untuk mencapai tujuan dan target keperawatan; menentukan sumber-sumber daya yang diperlukan dalam pemberian layanan keperawatan, sesuai dengan penentuan perbandingan perawat senior dengan perawat yunior; menetapkan standar atau indicator keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan target keperawatan.
- c. Suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota kelompok berusaha mencapai sasaran sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi
- d. Proses yang dilakukan untuk memastikan seluruh rangkaian kegiatan yang telah direncanakan, diorganisasi dan diimplementasikan untuk dapat berjalan sesuai target yang diharapkan
- e. Mengalokasikan sumber daya, merumuskan dan menetapkan tugas dan menetapkan prosedur yang diperlukan dalam asuhan keperawatan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi manajemen keperawatan.

Referensi: Simamora, Roymond H. (2012). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Jakarta: EGC.

SINOPSIS

Buku Kumpulan Latihan Soal UKOM DIII Keperawatan ini disusun berdasarkan Capaian Pembelajaran mahasiswa Diploma III Keperawatan pada level 5. Lulusan dapat perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan pada bidang ilmu keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan jiwa, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan manajemen keperawatan yang komprehensif dan professional. Disamping itu berlandaskan praktik professional, etik, legal dan peka budaya yang mampu berkolaborasi dengan keluarga, tenaga kesehatan, dan berpikir kritis, serta gambaran dalam memberi pelayanan keperawatan, sehingga buku panduan ini tersusun dengan baik.

Buku Kumpulan Latihan Soal UKOM DIII Keperawatan ini berdasarkan kompetensi keperawatan pada bidang ilmu keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan jiwa, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan manajemen keperawatan. Soal yang ditulis berdasarkan kisi-kisi UKOM dan tinjauan 1-7. Gambaran soalnya pada Tinjauan 1: praktik profesional, etis, legal dan peka budaya, pemberian asuhan dan manajemen keperawatan, pengembangan professional; Tinjauan 2: kognitif komprehensif, pengetahuan prosedural, pengetahuan afektif; Tinjauan 3: maternitas, anak, kmb, gadar, jiwa, keluarga, gerontik, manajemen; Tinjauan 4: pengkajian, penentuan diagnosis atau masalah, perencanaan, implementasi, evaluasi; Tinjauan 5: promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif; Tinjauan 6: oksigen, cairan & elektrolit, nutrisi, eliminasi, aman & nyaman, aktifitas & istirahat, komunikasi, belajar, seksual, nilai dan keyakinan, psikososial; dan Tinjauan 7: sistem kardiovaskuler dan linfatik, sistem pernafasan, sistem darah dan kekebalan tubuh, sistem saraf dan perilaku, sistem endokrin, sistem pencernaan dan hepatobilier, sistem musculoskeletal, sistem integument, sistem perkemihian, sistem reproduksi, sistem penginderan, pelayanan kesehatan, kesehatan mental, dan lain-lain

Buku ini diharapkan mahasiswa dapat memahami setiap jenis soal kasus keperawatan mulai dari Vignette/kasus, Lead In/pertanyaan, Option/jawaban, dapat menjawab pertanyaan yang paling tepat dan benar, sehingga sangat membantu dalam persiapan UKOMNAS. Disamping itu memberi kemudahan mahasiswa belajar kedalaman materi melalui pembahasan yang disertai dengan kunci. Harapan lain mahasiswa menjadi semangat, meningkatkan kemandirian belajar untuk mencapai kesuksesan KOMPETEN.



Buku Kumpulan Latihan Soal UKOM DIII Keperawatan ini disusun berdasarkan Capaian Pembelajaran mahasiswa Diploma III Keperawatan pada level 5. Lulusan dapat perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan pada bidang ilmu keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan jiwa, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan manajemen keperawatan yang komprehensif dan professional. Disamping itu berlandaskan praktik professional, etik, legal dan peka budaya yang mampu berkolaborasi dengan keluarga, tenaga kesehatan, dan berpikir kritis, serta gambaran dalam memberi pelayanan keperawatan, sehingga buku panduan ini tersusun dengan baik.

Buku Kumpulan Latihan Soal UKOM DIII Keperawatan ini berdasarkan kompetensi keperawatan pada bidang ilmu keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan jiwa, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan manajemen keperawatan. Soal yang ditulis berdasarkan kisi-kisi UKOM dan tinjauan 1-7. Gambaran soalnya pada Tinjauan 1: praktik profesional, etis, legal dan peka budaya, pemberian asuhan dan manajemen keperawatan, pengembangan professional; Tinjauan 2: kognitif komprehensif, pengetahuan prosedural, pengetahuan afektif; Tinjauan 3: maternitas, anak, kmb, gadar, jiwa, keluarga, gerontik, manajemen; Tinjauan 4: pengkajian, penentuan diagnosis atau masalah, perencanaan, implementasi, evaluasi; Tinjauan 5: promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif; Tinjauan 6: oksigen, cairan &.elektrolit, nutrisi, eliminasi, aman & nyaman, aktifitas & istirahat, komunikasi, belajar, seksual, nilai dan keyakinan, psikososial; dan Tinjauan 7: sistem kardiovaskuler dan linfatik, sistem pernafasan, sistem darah dan kekebalan tubuh, sistem saraf dan perilaku, sistem endokrin, sistem pencernaan dan hepatobilier, sistem musculoskeletal, sistem integument, sistem perkemihan, sistem reproduksi, sistem penginderaan, pelayanan kesehatan, kesehatan mental, dan lain-lain

Buku ini diharapkan mahasiswa dapat memahami setiap jenis soal kasus keperawatan mulai dari Vignette/kasus, Lead In/pertanyaan, Option/jawaban, dapat menjawab pertanyaan yang paling tepat dan benar, sehingga sangat membantu dalam persiapan UKOMNAS. Disamping itu memberi kemudahan mahasiswa belajar kedalaman materi melalui pembahasan yang disertai dengan kunci. Harapan lain mahasiswa menjadi semangat, meningkatkan kemandirian belajar untuk mencapai kesuksesan KOMPETEN.

