

KUMPULAN SOAL UJI KOMPETENSI DIII KEPERAWATAN DAN PEMBAHASAN

Sri Atun Wahyuningsih, Ns., M.Kep., Sp.Kep.J. - Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes. - Ns. I Gusti Ayu Putu Desy Rohana, M.Kep., Sp.Kep.Kom. Ns. Tri Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep.An. - Ns. Lince Siringoringo, M.Kep., Sp.Kep.An. - Eli Saripah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J. Ns.Novi Herawati, M.Kep., Sp.Kep.J. - Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B. - Dwining Handayani, S.Kep., Ners., M.Kes. - Lina, SKM., M.Kes. Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep., Ns., M.Sc. - Ns. Fanny Aristi, S.Kep., M.Kep. - Pariyem, S.Kep., Ns., M.Kes. - Dwi Susilowati, APPd., M.Kes. Liliek Fauziah, S.Kep., Ners., M.Kep. - Ns. Erni Suprapti, M.Kep. - Ns. Wahyu Hartini, M.Kep. - Siti Rukayah, SKp., M.Kep. I Putu Juni Andika, S.Kep., Ns., M.Kep. - Johanna Tomasoa SKM., S.Kep., M.Kes. - Ns. Ida Zuhroidah, S.Kep., M.Kes. Yusrliani Saleh Baso, S.kep., Ns., M.Kep. - Ni Luh Gede Ari Kresna Dewi, S.Kep., Ners., M.Kep. - Rina Kartikasari, S.Kep., Ners., M.Kep. Habsyah Saparidah Agustina, S.Kep., Ners., M.Kep. - Ns. Haris, M.Kep. - Ns.Susi Dewiash Kusumawati, S.Kep., MKM. - Ns. Haris, M.Kep. Achlish Abdillah, S.ST., M.Kes. - Feby Adolf Metekohy, S.SiT., M.Kes. - Ns. Muhammad Toha, M.Kep. - Ns. Heni Kusumawati, M.Kep. Ns. Ida Yatun Khomsah, M.Kep. - Ns. Novita Amri, M.Kep. - Siti Aminah, S.Kep., Ners., M.Kep. - Sulastri, S.Kp., M.Kep. Ns. Yuningsih, M. Kep. - Titik Nuryanti, S. Kep., Ns., M. Kep - Mintje M.Nendissa, S.Pd., S.Kep., M. Kes.

Editor: Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep. Ns., M.Kep.

BONUS VOUCHER DISKON BIMBEL SEPANJANG TAHUN

KUMPULAN SOAL UJI KOMPETENSI DIII KEPERAWATAN DAN PEMBAHASAN

Penulis:

- Sri Atun Wahyuningsih, Ns., M.Kep., Sp.Kep.J.
Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes.
Ns. I Gusti Ayu Putu Desy Rohana, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
Ns. Tri Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep.An.
Ns. Lince Siringoringo, M.Kep., Sp.Kep.An.
Eli Saripah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J.
Ns. Novi Herawati, M.Kep., Sp.Kep.J.
Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B.
Dwining Handayani, S.Kep., Ners., M.Kes.
Lina, SKM., M.Kes.
Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep., Ns., M.Sc.
Ns. Fanny Aristi, S. Kep., M.Kep.
Pariyem, S.Kep., Ns., M.Kes.
Dwi Susilowati, APPd., M.Kes.
Lilik Fauziah, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Erni Suprapti, M.Kep.
Ns. Wahyu Hartini, Mkep.
Siti Rukayah, SKp., M.Kep.
I Putu Juni Andika, S.Kep., Ns., M.Kep.
- Johanna Tomasoa SKM., S.Kep., M.Kes.
Ns. Ida Zuhroidah, S.Kep., M. Kes.
Yusriani Saleh Baso, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ni Luh Gede Ari Kresna Dewi, S.Kep., Ners., M.Kep.
Rina Kartikasari, S.Kep., Ners., M.Kep.
Habsyah Saparidah Agustina, S.Kep., Ners., M.Kep.
Mintje M.Nendissa, S.Pd., S.Kep., M. Kes.
Ns. Haris, M.Kep.
Ns. Susi Dewiasih Kusumawati, S.Kep., MKM.
Achlish Abdillah, S.ST., M.Kes.
Feby Adolf Metekohy, S.SiT., M.Kes.
Ns. Mukhammad Toha, M.Kep.
Ns. Heni Kusumawati, M.Kep.
Ns. Ida Yatun Khomsah, M.Kep.
Ns. Novita Amri, M.Kep.
Siti Aminah, S.Kep., Ners., M.Kep.
Sulastri, S.Kp., M.Kep.
Ns. Yuningsih, M. Kep.
Titik Nuryanti, S. Kep., Ns., M. Kep

Editor:

Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep.Ns., M.Kep.



KUMPULAN SOAL UJI KOMPETENSI

DIII KEPERAWATAN DAN PEMBAHASAN

Penulis: Sri Atun Wahyuningsih, Ns., M.Kep., Sp.Kep.J., dkk.

Editor: Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep.Ns., M.Kep.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Deni Sutrisno, Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-12-2

Cetakan Pertama: Januari, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PT NUANSA FAJAR CEMERLANG

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkah dan hidayah Nya penulis dapat menyelesaikan buku **Kumpulan Soal Uji Kompetensi DIII Keperawatan dan Pembahasan** yang dipersiapkan untuk menghadapi uji kompetensi calon tenaga keperawatan pada mahasiswa diploma tiga keperawatan tepat waktu.

Buku ini terdiri dari soal-soal yang tergabung dalam kumpulan soal uji kompetensi. Soal tersebut mewakili capaian pembelajaran pada mata kuliah yang mewakili dalam kegiatan uji kompetensi. Pembuatan soal sudah disesuaikan dengan aturan yang sudah disepakati oleh tim penjamu uji kompetensi, disertai dengan pembahasan-pembahasan yang mudah dipahami oleh calon tenaga kesehatan khususnya keperawatan.

Ucapan terimakasih kepada tim penulis yang telah menyelesaikan pembuatan soal dan pembahasan tepat waktu serta berkoordinasi dengan baik sehingga dapat saling mereview soal. Tentunya ini sebagai pengalaman tambahan untuk penulis, bahkan ada yang sebagai pengalaman awal dalam menulis.

Tujuan pembuatan buku ini untuk membantu calon tenaga kesehatan belajar memahami soal dengan mudah dan dapat diingat saat mengikuti uji kompetensi. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan di Indonesia, khususnya calon tenaga perawat. Kritis dan saran sangat kami harapkan untuk penyempurnaan buku ini.

SAMBUTAN



Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Puji syukur marilah kita panjatkan atas kehadirat 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 **Kumpulan Soal Uji Kompetensi DIII Keperawatan dan Pembahasan**. 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	iii
SAMBUTAN	iv
DAFTAR ISI.....	v
SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT.....	1
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	5
SOAL KEPERAWATAN ANAK.....	11
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN ANAK.....	23
SOAL KEPERAWATAN GERONTIK	49
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK.....	53
SOAL KEPERAWATAN JIWA.....	59
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN JIWA.....	65
SOAL KEPERAWATAN KELUARGA.....	75
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KELUARGA.....	79
SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS.....	87
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS	103
SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH.....	133
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH.....	149
SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN	185
PEMBAHASAN SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN	191
DAFTAR PUSTAKA.....	204



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)

SOAL
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

1. Seorang laki-laki, 48 tahun, dibawa ke IGD dengan keluhan panas 3 hari, badan lemas dan ngilu. Pasien marah-marah karena belum mendapat penanganan dari perawat IGD dan sudah menunggu 20 menit. Perawat sedang sibuk melakukan penanganan pada pasien gawat kecelakaan yang datang bersamaan. Perawat memberikan penjelasan bahwa pasien yang datang ke IGD ditangani sesuai tingkat keparahan kegawatan serta kondisi mengancam jiwa. Apakah prinsip etik yang dilakukan perawat?
 - A. Justice
 - B. Veracity
 - C. Otonomi
 - D. Beneficence
 - E. Non maleficence
2. Seorang perempuan, 59 tahun, datang ke IGD, dengan keluhan nyeri dada yang hebat sekali. Perawat langsung memberikan bantuan memberikan oksigen, namun tiba-tiba terlihat pasien mengalami henti jantung. Perawat berencana akan memberikan tindakan RJP. Namun keluarga menolak dengan mengatakan pasien ingin meninggal dengan tenang. Apa dilema etik yang dihadapi perawat?
 - A. Fidelity dan Otonomi
 - B. Beneficence dan Justice
 - C. Otonomi dan Beneficence
 - D. Non maleficence dan Fidelity
 - E. Justice dan Non maleficence
3. Seorang laki-laki, 30 tahun, diantar keluarga ke IGD dengan menggunakan mobil setelah mengalami kecelakan lalu lintas. Hasil pengkajian: cidera kepala. Setelah dilakukan pemeriksaan CT Scan. Pasien didiagnosis edema cerebral. Segera direncanakan untuk osmotherapy IV dengan Manitol 20% 0,5gr/kg.BB/jam. Apakah tindakan perawat yang wajib dilakukan sebelum pemberian obat tersebut?
 - A. Mengukur frekuensi nadi
 - B. Mengukur tekanan darah
 - C. Mengukur frekuensi napas
 - D. Mengukur saturasi oksigen
 - E. Memonitor status kesadaran

4. Seorang perempuan, 49 tahun, diantar keluarga ke IGD dengan keluhan tidak bisa jalan, tangan kanan dan kaki kanan terasa sulit digerakkan. Sulit berbicara. Hasil pengkajian: TD 150/100mmHG, Nadi 92x/menit, pernapasan 32x/menit. pasien didiagnosis Stroke. Apa masalah keperawatan primer pada kasus tersebut?
 - A. Perubahan perfusi jaringan serebral
 - B. Risiko gangguan integritas kulit
 - C. Kerusakan komunikasi verbal
 - D. Risiko ketidakseimbangan nutrisi
 - E. Hambatan mobilitas fisik
5. Seorang perempuan, 50 tahun, dirawat di Ruang ICU dengan CHF ventrikel takikardi. Setelah tim *code blue* melakukan CPR, dilakukan tindakan defibrasi dan CPR kembali, hasil monitor EKG berupa sinus takikardi namun nadi masih belum teraba. Apakah tindakan selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
 - A. Hentikan CPR dan pasang akses intravena
 - B. Hentikan CPR dan berikan posisi recovery
 - C. Hentikan CPR dan berikan ventilasi 10-12/menit
 - D. Lanjutkan CPR diiringi pemberian tindakan defibrilasi
 - E. Lanjutkan CPR ditambah pemberian ephineprine 1 mg intravena
6. Seorang laki-laki, 45 tahun, ditemukan di tergeletak di jalan akibat kecelakaan lalu lintas. Hasil pengkajian: klien tidak sadarkan diri dan terdapat luka laserasi, perdarahan pada area mulut dan hidung. Saat dirangsang nyeri didapatkan klien tidak berespon terhadap nyeri yang diberikan, tidak bernapas, nadi karotis tidak teraba. Apakah tindakan prioritas pada kasus tersebut?
 - A. Tidak melakukan BHD
 - B. Melanjutkan BHD tanpa pemberian Ventilasi
 - C. Menunggu bantuan tim medis yang lebih kompeten
 - D. Membersihkan area mulut dan hidung lalu memberikan bantuan ventilasi
 - E. Menggunakan *face shield* untuk menghindari kontak langsung dengan sekresi klien
7. Seorang anak laki-laki, 10 tahun, dibawa ke UGD karena tenggelam di kolam renang. Saat pengkajian, keluarga mengatakan anaknya masih terlihat bernapas dan masih teraba nadi sebelum dibawa ke RSUD. Setelah diberikan 5 siklus RJP dilakukan evaluasi dan denyut nadi karotis masih belum teraba. Tim dari RSUD

- telah berhasil memasang *airway definitive* dengan menggunakan ETT. Apakah tindakan perawat yang harus dilakukan selanjutnya?
- A. Melakukan tindakan defibrilasi 2 joule/kg BB
 - B. Melanjutkan pemberian ventilasi saja setiap 3 detik
 - C. Melanjutkan pemberian kompresi & ventilasi (30:2)
 - D. Melanjutkan pemberian kompresi & ventilasi (15:2)
 - E. Melanjutkan kompresi 100-120x/menit & Ventilasi 20x/menit
8. Seorang perempuan, 35 tahun, datang ke UGD dengan luka bakar derajat IIB di daerah dada sampai perut dan kedua tangan 40 menit yang lalu akibat kebakaran rumah. Hasil pengkajian: BB pasien 50 kg dan TB 163 cm. Berapakah kebutuhan resusitasi cairan dalam 8 jam pertama berdasarkan rumus Parkland Baxter?
- A. 7200 ml
 - B. 5400 ml
 - C. 1800 ml
 - D. 3600ml
 - E. 2700 ml
9. Seorang laki-laki, 28 tahun, datang ke UGD dengan cidera kepala. Hasil pengkajian: sadar tetapi mudah tertidur, membuka mata bila dipanggil, kata-kata tidak sesuai/tidak tepat dan pasien dapat melokalisir adanya nyeri. Berapakah nilai GCS pasien pada kasus tersebut?
- A. E3 M3 V3
 - B. E3 M5 V3
 - C. E3 M6 V2
 - D. E3 M2 V5
 - E. E3 M6 V1

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

1. A. Justice

Memberikan penjelasan bahwa pasien yang datang ke IGD harus ditangani sesuai tingkat keparahan kegawatan serta kondisi mengancam jiwa

- A. Bersikap adil kepada semua pasien
- B. Jujur kepada pasien dan keluarga
- C. Menghormati hak pasien
- D. Melakukan yang terbaik bagi pasien
- E. Tidak merugikan pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik kegawatdaruratan.

Referensi:

- Curtis., Ramsden. and Frenship, J., (Eds) (2010). Emergency and Trauma Nursing. Philadelphia. Mosby
Kementerian kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Pusdiklat Aparatur-2015.
Standar Kurikulum Pelatihan Emergency Nursing-Intermediate Level

2. C. Otonomi dan Beneficence

Keluarga menolak dan mengatakan pasien ingin meninggal dengan tenang

- A. Dilema antara memberikan pelayanan yang terbaik dan pelanggaran terhadap hak-hak pasien
- B. Dilema antara pelanggaran azas manfaat dan keadilan
- C. Dilema antara hak keluarga pasien dalam pengambilan keputusan dan azas manfaat dari tindakan terhadap pasien bila segera dilakukan
- D. Dilema antara risiko terhadap pasien dan komitmen untuk memberikan pelayanan terbaik
- E. Dilema antara azas keadilan dan dampak/risiko terhadap pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang aspek etik legal dalam keperawatan kegawatan daruratan.

Referensi:

- Curtis., Ramsden. and Frenship, J., (Eds) (2010). Emergency and Trauma Nursing. Philadelphia. Mosby
Kementerian kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Pusdiklat Aparatur-2015.
Standar Kurikulum Pelatihan Emergency Nursing-Intermediat Level

3. B. Mengukur tekanan darah

Edema cerebral dengan rencana pemberian *asmoterapy manitol* 20% 0,5gr/kgBB/jam.

- A. Dilakukan setelah pemberian *diuretic* untuk mengidentifikasi komplikasi
 - B. Pemberian obat *diuretic* dapat menurunkan tekanan darah, karena kehilangan cairan melalui diuresis, sehingga diperlukan pemantauan tekanan darah
 - C. Setelah pemberian *diuretic* untuk memantau pernapasan
 - D. Untuk memantau tanda-tanda syok hipovolemik
 - E. Bila ada tanda-tanda penurunan kesadaran
- Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cidera kepala dan penanganannya.

Referensi:

Curtis., Ramsden. And Frenship, J., (Eds) (2010). *Emergency and Trauma Nursing*.

Philadelpia. Mosby

Purnama Dewisari Ismy, Fahmi Nurul. Jurnal Sinaps, Vol.3. No.1(2020). Edema

Cerebri: Menegakkan Diagnosis dan Tatalaksana Staf Medis RSUD Tgk. Abdullah Syafe'I Brereunun.

4. A. Perubahan perfusi jaringan serebral

Kaki dan tangan kanan sulit digerakkan, sulit berbicara.

- A. Pasien berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak
 - B. Pasien akan mengalami kerusakan kulit bila terlalu lama berbaring
 - C. Terjadi gangguan bicara dalam berkomunikasi
 - D. Akibat otot mengalami kelumpuhan akan mengganggu konsumsi makan
 - E. Terjadi gangguan pergerakan akibat kelumpuhan otot
- Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep askep Stroke.

Referensi:

AHA (2021) *Heart Disease & Stroke Statistical Update Fast Sheet global Burden of Disease*. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000009>

Haryono, R., & Utami, M, P, S (2019). Keperawatan Medical Bedah II. Yogyakarta. Pustaka baru Press

5. E. Lanjutkan CPR ditambah pemberian Ephineprine 1 mg intravena

EKG sinus takikardi, CPR, nadi belum teraba

- A. Hentikan CPR dan pasang akses intravena

Pilihan ini mungkin tidak tepat karena meskipun nadi belum teraba, aktivitas listrik jantung sudah terlihat di EKG.

- B. Hentikan CPR dan berikan posisi recovery

Pemberian posisi recovery tidak akan memperbaiki masalah denyut nadi yang belum teraba. Pilihan ini tidak mencakup upaya untuk meningkatkan kontraktilitas jantung.

- C. Hentikan CPR dan berikan ventilasi 10-12/menit

Pilihan ini tidak mencakup upaya untuk meningkatkan denyut nadi. Ventilasi tanpa kompresi dada tidak akan memperbaiki masalah kontraktilitas jantung.

Lanjutkan CPR diiringi pemberian tindakan defibrilasi

- D. Defibrilasi telah dilakukan sebelumnya, dan EKG menunjukkan sinus takikardi. Melakukan defibrilasi lagi mungkin tidak sesuai karena tidak ada indikasi untuk ritme yang dapat didefibrilasi pada saat ini.

- E. Lanjutkan CPR ditambah pemberian epinephrine 1 mg intravena

Pilihan ini mencerminkan tindakan yang tepat setelah hasil monitor EKG menunjukkan sinus takikardi namun nadi masih belum teraba. Epinephrine dapat meningkatkan tekanan darah dan aliran darah ke organ vital.

Mahasiswa diharapkan mempelajari langkah-langkah resusitasi jantung dan penanganan gagal jantung.

Referensi:

American Heart Association (AHA). (2015). *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC.*

6. B. Melanjutkan BHD tanpa pemberian ventilasi

Nadi karotis tidak teraba dan terdapat luka laserasi serta terdapat perdarahan pada area mulut dan hidung

- A. Dilakukan bila pasien masih merespon

- B. Dilakukan bila terdapat darah atau sekresi berlebihan dan atau penolong beresiko terinfeksi dari sekresi korban

- C. Pertolongan tetap dilakukan sementara menunggu bantuan kesehatan

- D. Tindakan penjagaan patensi *airway* sebelum ventilasi

- E. Penolong tetap berisiko meskipun menggunakan *face shield* saat menolong korban dengan sekresi yang berlebihan.

Prioritas keselamatan, evaluasi pengkajian primer, BHD, pengetahuan tentang tindakan resusitasi.

Referensi:

American Heart Association (AHA). (2015). *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Up-date for CPR and ECC.*

7. E. Melanjutkan kompresi 100-120x/menit & Ventilasi 20x/menit

Tenggelam di kolam renang dan henti napas, belum teraba denyut nadi karotis

- A. Dilakukan apabila sudah terpasang monitor EKG dan gelombang EKG *shockable*
- B. Dilakukan pada pasien teraba nadi tapi belum bernapas
- C. Dilakukan pada anak atau bayi yang mengalami henti jantung oleh 2 penolong
- D. Dilakukan pada anak atau bayi yang mengalami henti jantung oleh 1 penolong
- E. Dilakukan pada anak atau bayi yang mengalami henti jantung dan telah terpasang airway definitive (ETT atau LMA)

Pahami prinsip-prinsip Resusitasi, perhatikan detil pemberian RJP dan Evaluasi, kenali Pemasangan *Airway Definitive*, focus pada keselamatan dan kebutuhan pasien.

Referensi:

American Heart Association (AHA). (2015). *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC.*

8. D. 3600 ml

Identifikasi jenis luka bakar, pahami rumus Parkland Baxter

- A. Tidak sesuai dengan perhitungan rumus Parkland Baxter
- B. Tidak sesuai dengan perhitungan rumus Parkland Baxter
- C. Tidak sesuai dengan perhitungan rumus Parkland Baxter
- D. *Total Body Surface Area* (TBSA) = 9% x 4 = 36% (Dada, perut dan kedua tangan masing-masing 9%. Total Resusitasi cairan selama 24 jam pertama menurut formula Parkland Baxter = 2 x BB x TBSA = 2 x 50 x 36 = 3600 ml.

Untuk 8 jam pertama = diberikan $\frac{1}{2}$ 16 jam selanjutnya $\frac{1}{2}$ jadi $3600 \text{ ml} \times \frac{1}{2} = 1800 \text{ ml}$.

- E. Tidak sesuai dengan perhitungan rumus parkland baxter

Pahami derajat luka bakar, pahami rumus Parkland baxter, konversi prosentase luka bakar, perhitungan waktu.

Referensi:

Curtis, K., Ramsden, C., & Friendship, J., (Eds). (2007). *Emergency and Trauma Nursing*. Philadelphia: Mosby.

9. B. E3 M5 V3

Keadaan umum pasien tampak sadar tetapi mudah tertidur, membuka mata bila dipanggil, kata-kata tidak sesuai/tidak tepat dan pasien dapat melokalisir adanya nyeri.

- A. Tidak sesuai dengan kondisi pasien dengan skor GCS
- B. Sesuai skor GCS terhadap keadaan pasien E3 M5 V3
- C. Tidak sesuai dengan kondisi pasien dengan skor GCS
- D. Tidak sesuai dengan kondisi pasien dengan skor GCS
- E. Tidak sesuai dengan kondisi pasien dengan skor GCS

Pahami terkait skor GCS seperti *Eye Motorik Verbal*.

Referensi:

Curtis, K., Ramsden, C., & Friendship, J. (Eds). (2007). *Emergency and Trauma Nursing*. Philadelphia: Mosby

SOAL
KEPERAWATAN ANAK

1. Seorang perawat melakukan terapi bermain pada tiga anak laki-laki (umur 5 tahun 1 bulan, 5 tahun 3 bulan dan 5 tahun 2 bulan) di ruang anak RS dengan memberikan mainan ular tangga. Apakah jenis permainan yang tepat dilakukan perawat pada kasus tersebut?
 - A. *Role play*
 - B. *Pararel play*
 - C. *Solitary play*
 - D. *Associative play*
 - E. *Cooperative play*
2. Seorang perawat melakukan pengkajian perkembangan psikoseksual pada batita berumur 18 bulan yang dirawat di RS dengan diagnosis medis Leukemia. Apakah fase perkembangan psiko-seksual yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Oral
 - B. Anal
 - C. Falik
 - D. Laten
 - E. Genital
3. Seorang perawat melakukan *Denver Developmental Screening Test II* (DDST II) pada balita perempuan berumur 4 tahun. Hasil test dari sektor personal sosial didapatkan 1 *Caution*, motorik halus tidak ada *Delay*, Bahasa tidak ada *Delay* dan motorik kasar tidak ada *Delay*. Apakah interpretasi hasil DDST II pada kasus tersebut ?
 - A. Normal
 - B. *Suspect*
 - C. *Untestable*
 - D. *Advanced*
 - E. *No opportunity*
4. Seorang perawat melakukan pengkajian perkembangan psikososial pada seorang anak perempuan berumur 8 tahun yang dirawat di RS dengan diagnosis *Thypoid*. Apakah tahap perkembangan psikososial yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. *Trust vs Mistrust*
 - B. *Autonomy vs Shame*
 - C. *Initiative vs Guilt*

D. *Industry vs Inferiority*

E. *Identity vs Role confusion*

5. Seorang balita perempuan usia 20 bulan, dibawa ibunya ke Posyandu pada bulan Februari tahun ini untuk dilakukan penimbangan dan pemberian vitamin A. Berapakah dosis Vitamin A yang tepat pada anak tersebut?
 - A. 50.000 IU
 - B. 100.000 IU
 - C. 150.000 IU
 - D. 200.000 IU
 - E. 250.000 IU
6. Seorang batita laki-laki, 3 tahun, dengan diagnosis GED sedang, menangis dan mengamuk di ruang tindakan perawatan saat akan dipasang infus. Ibunya berusaha menenangkan dan dua orang perawat membantu proses pemasangan infus dengan memegang lutut dan lengannya. Apakah tindakan keperawatana yang tepat pada kasus tersebut ?
 - A. *Clove hitch restraint*
 - B. *Papoose board*
 - C. *Jacket restraint*
 - D. *Pedi-wrap*
 - E. *Physical restraint* tanpa alat
7. Seorang anak laki-laki, 7 tahun, dibawa orangtuanya ke Poli Tumbang RS. Diagnosis medis Autism. Hasil pengkajian, orangtua bingung dan cemas dengan perilaku anaknya yang sulit bergabung dengan teman sebaya, menghindari kontak mata, tidak peka terhadap nyeri, lebih senang menyendiri dan responnya tidak sesuai stimulus. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - A. Hambatan komunikasi verbal
 - B. Gangguan interaksi sosial
 - C. Risiko membahayakan diri sendiri
 - D. Gangguan perkembangan kognitif
 - E. Perubahan peran ortu/proses keluarga
8. Seorang Bayi laki-laki baru lahir terdiagnosis *Meconium Aspirasi syndrome*, mengalami asfiksia, nadi 80 x/mnt, suhu 37,5 °C , RR 20 x/ mnt, *irreguler*, tonus otot lemah, terdapat pernapasan cuping hidung, kulit sianosis, gerakan dan

- menangis lemah, daya hisap lemah dan bayi menggunakan ventilator. Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus bayi baru lahir tersebut?
- A. Observasi kebutuhan akan *suctioning nasofaring* dan OGT.
 - B. Lakukan *suction* jika ditemukan mekonium pada trakhea bayi.
 - C. Lanjutkan memberi resusitasi jika mengalami distress pernapasan.
 - D. Berikan istirahat dan ketenangan pada bayi jika menangis.
 - E. Kaji kepatenan jalan napas dan posisi posisi kepala bayi ekstensi minimal.
9. Seorang anak laki-laki, 8 tahun, dibawa ke IGD oleh ibunya dengan keluhan demam. Hasil pengkajian, ibunya mengatakan anaknya demam sejak tiga hari yang lalu dan belum turun dengan pemberian obat penurun panas. Uji torniquet *ptechiae* positif dan terjadi perdarahan gusi. Apakah prioritas pemeriksaan laboratorium untuk test diagnostik pada kasus tersebut?
- A. Eritrosit
 - B. Leukosit
 - C. Hemoglobin
 - D. Monosit
 - E. Trombosit
10. Balita perempuan berumur 3 tahun dibawa ibunya ke poli tumbuh-kembang. Perawat mengajak anak bermain sesuai usia perkembangan anak tersebut, agar anak dapat menyalurkan perasaan dan emosi, mengembangkan keterampilan berbahasa, melatih motorik kasar dan motorik halus, melatih daya imajinasi, serta kemampuan membedakan warna. Apakah jenis permainan yang tepat sesuai fungsi perkembangan yang diharapkan pada anak tersebut?
- A. Puzzle
 - B. Boneka
 - C. Menggambar
 - D. Bermain peran
 - E. Melipat kertas / origami
11. Batita laki-laki, dibawa ke UGD, karena mengalami panas dan kejang di rumah selama 30 detik. Saat perawat akan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tiba-tiba anak mengalami kejang. Apa tindakan awal yang harus dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut ?
- A. Menaruh spatel lidah
 - B. Memberikan pakaian tipis
 - C. Mengatur suhu lingkungan

- D. Memberikan kompres hangat
E. Memiringkan tubuh ke satu sisi
12. Batita laki-laki, umur 3 tahun, dibawa ke Poliklinik tumbuh kembang, dengan keluhan belum bisa bicara. Perawat akan melakukan test perkembangan dengan menggunakan KPSP. Apa langkah selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?
- A. Melakukan evaluasi tindakan
B. Menyiapkan alat pemeriksaan
C. Melakukan pendekatan pada anak
D. Melakukan penilaian secara obyektif
E. Menanyakan tugas perkembangan pada ibu
13. Balita Perempuan, di bawa ke UGD, mengalami sesak napas, hasil pengkajian: frekuensi napas 45x/menit, frekuensi nadi 120x/menit, ronkhi di paru-paru kanan dan kiri, sebelumnya ada riwayat tersedak air pada saat minum. Saat ini perlu diberikan O₂. Apa metode pemberian O₂ yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. Kanul nasal
B. Masker venturi
C. Masker sederhana
D. Masker *rebreathing mask*
E. Masker *non rebreathing mask*
14. Seorang laki-laki, umur 8 tahun, dibawa ke UGD, mengeluh BAB cair 5 kali sehari, dan lemas. Hasil pengkajian: TD 100/70mmHg, suhu 38,5°C, frekuensi nadi 88x/mnt, mata cekung dan turgor kulit menurun. Hasil kolaborasi mendapatkan terapi rehidrasi RL 1 jam pertama 300 cc, faktor tetes 20. Perawat telah memasang infus dan akan mengatur tetesan infus. Berapa jumlah tetesan per menit pada kasus tersebut?
- A. 10
B. 35
C. 50
D. 75
E. 100

15. Balita Perempuan, dirawat di ruang anak, dengan diagnosis morbilli. Hasil pengkajian: batuk, badan panas, TD 90/60mmHg, frekuensi napas 24x/mnt, suhu 39°C, frekuensi nadi 88x/mnt, mata merah, seluruh kulit berwarna merah dan gatal. Apa masalah keperawatan yang utama pada kasus tersebut?
- A. Hipertermia
 - B. Resiko infeksi
 - C. Bersihan jalan napas
 - D. Kekurangan volume cairan
 - E. Gangguan integritas kulit
16. Seorang anak laki-laki, 9 bulan dibawa ibunya ke poli tumbuh kembang untuk dilakukan pemeriksaan tumbuh kembang. Hasil deteksi: BB 9 kg dan TB 70 cm. Saat ini anak sedang dilakukan test perkembangan. Apa perkembangan bahasa yang harus dicapai pada kasus tersebut?
- A. Bicara baik
 - B. Bersuara tanpa arti
 - C. Memanggil "mama, papa"
 - D. Mengenal 2-3 suku kata yang sama tanpa arti
 - E. Menyebutkan 3-6 suku kata yang mempunyai arti
17. Seorang anak perempuan, 12 tahun dirawat di RS dengan diagnosis medis *bronkopneumonia*. Anak mengeluh demam, sesak napas, batuk dan dahak sulit keluar. Hasil pemeriksaan: suhu 37,8°C, frekuensi napas 30x/menit, frekuensi nadi 100 x/menit, bunyi napas *ronkhi*. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
 - B. Resiko kekurangan volume cairan
 - C. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - D. Resiko infeksi
 - E. Hipertermi
18. Seorang balita perempuan, 1 tahun, dibawa ibunya ke puskesmas dengan keluhan belum bisa berjalan. Hasil pemeriksaan: BB 7 Kg, TB 65 cm, dan anak hanya bisa merangkak. Perawat akan melakukan pendidikan kesehatan tentang stimulasi perkembangan pada anak. Apa stimulasi yang harus diajarkan pada ibu tersebut?

- A. Melatih berjalan mundur
 - B. Melatih berdiri dengan bantuan ibu
 - C. Melatih anak menaiki tangga dengan bantuan ibu
 - D. Mengajurkan ibu memberikan *baby walker* pada anak
 - E. Merangsang dengan permainan yang diletakkan jauh dari anak
19. Seorang bayi perempuan, 1 minggu dirawat di ruang perinatologi dengan keluhan berat badan lahir rendah. Hasil pengkajian: suhu 36,2°C, frekuensi napas 40x/menit *irreguler*, frekuensi nadi 124x/menit, terlihat lemah, BB 1800 gram. Perawat melatih ibunya untuk melakukan perawatan metode kanguru (PMK). Apa kriteria evaluasi dari tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Frekuensi respirasi meningkat
 - B. Kemampuan menelan meningkat
 - C. Kebutuhan energi harian menurun
 - D. Suhu dan nadi stabil dalam rentang normal
 - E. Kemampuan mengisap meningkat dari sebelumnya
20. Seorang anak laki-laki, 5 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis *thalasemia*. Hasil pengkajian, ibu mengatakan anak selalu di tempat tidur, tampak murung dan bosan. Perawat akan memberikan terapi bermain bersama anak-anak yang lain di rumah sakit. Apa prinsip yang harus di perhatikan dalam melakukan terapi bermain pada kasus tersebut?
- A. Permainan sesuai aturan RS
 - B. Permainan harus disukai oleh anak
 - C. Permainan tidak perlu melibatkan orang tua
 - D. Permainan tidak membutuhkan energi banyak
 - E. Bermain harus dilakukan dengan teman sebaya
21. Anak perempuan, 9 tahun, penderita *thalasemia*, dirawat dengan keluhan sangat lemah dan pucat. Hasil pengkajian, Ibu pasien mengatakan anaknya sudah 2 bulan belum mendapatkan transfusi darah, sudah satu minggu tidak nafsu makan, kurus, konjungtiva anemi, bibir pucat, warna kulit kekuningan, abdomen membesar, Hb 5 g/dL, frekuensi pernapasan 24x/m, suhu 37°C, frekuensi nadi 80x/m. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Hipertermia
 - B. Hipovolemia
 - C. Gangguan perfusi jaringan
 - D. Gangguan pemenuhan nutrisi

E. Risiko gangguan pertumbuhan

22. Anak perempuan, 6 tahun, dirawat dengan gastroenteritis (GE). Hasil pengkajian: diare lebih dari 7x perhari disertai dengan muntah, demam, tidak mau makan, sakit perut, rewel, gelisah, badan panas, bibir kering, mata cekung, lidah kering, turgor kulit menurun suara serak dan suhu 38°C. Masalah keperawatan utama adalah kurang volume cairan. Apa perencanaan keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Monitor status nutrisi
- B. Monitor status dehidrasi
- C. Monitor intake dan output
- D. Berikan diet reguler pada anak
- E. Beri Larutan Rehidrasi Oral (LRO)

23. Anak laki-laki, 10 tahun, dirawat dengan demam thypoid. Hasil pengkajian: demam, lemas, sakit kepala, sakit seluruh badan, sakit perut, tidak selera makan, mual, muntah, badan panas, suhu 39°C, frekuensi napas 28 x/mnt, dan bibir kering. Masalah keperawatan utama adalah hipertermi. Apa tindakan keperawatan pertama pada kasus tersebut?

- A. Monitor intake dan output cairan
- B. Kolaborasi pemberian obat antipiretik
- C. Beri pakaian yang tipis dan menyerap keringat
- D. Monitor TTV, turgor kulit dan membran mukosa
- E. Beri kompres dingin di sekitaran axilla atau bagian kepala

24. Bayi perempuan, 5 hari, dirawat dengan *labiopalatoschizis*. Hasil pengkajian: reflek mengisap bayi lemah sejak bayi lahir, bayi rewel dan gelisah. Bayi dilakukan pemasangan OGT. Perawat telah memegang dan mengukur panjang selang OGT dengan ukuran 8 Fr. Apa langkah selanjutnya yang harus dikerjakan perawat?

- A. Memfiksasi selang
- B. Memasukkan selang diberi lubrikan
- C. Memberikan lubrikan
- D. Mengukur panjang selang
- E. Mengecek ketepatan pemasangan selang

25. Batita perempuan, 2 tahun, dirawat dengan pneumonia. Hasil pengkajian: batuk berdahak sejak 3 hari yang lalu, demam, frekuensi nadi 130 x/menit, frekuensi napas 32 x/menit, suhu $38,6^{\circ}\text{C}$, suara napas ronchi, retraksi intercosta, pernapasan cuping hidung, dan membran mukosa hidung kering. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Hipertermi
 - B. Gangguan pernapasan
 - C. Gangguan pertukaran gas
 - D. Ketidakefektifan pola napas
 - E. Ketidakefektifan bersihan jalan napas
26. Seorang anak laki-laki, 4 tahun, dirawat di ruang rawat anak dengan keluhan demam 5 hari di rumah, Ibu mengatakan anak batuk, lemas, nafsu makan berkurang, demam naik turun. Hasil pemeriksaan fisik: mukosa bibir kering, kulit kering, lidah kotor, suhu $38,3^{\circ}\text{C}$, frekuensi napas 26 x/menit, leukosit 10.000 gr/dl. Pasien didiagnosis demam *typhoid*. Apa pemeriksaan penunjang yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Rongent
 - B. Tes dahak
 - C. Mantoux test
 - D. Tes darah lengkap
 - E. IgM Anti-Salmonella
27. Seorang anak laki-laki, 6 tahun, dirawat di ruang anak dengan keluhan batuk berdahak 1 minggu yang lalu, ibu mengatakan anak sesak selama 2 hari. Hasil pemeriksaan fisik: frekuensi napas 36x/menit, suhu 38°C , takikardi, membran mukosa kering, tarikan dinding torakal (+), lemas, terdengar ronchi, nilai PO_2 78% PCO_2 60%. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Hipertermi
 - B. Hipovolemi
 - C. Pola napas tidak efektif
 - D. Gangguan pertukaran gas
 - E. Bersihan jalan napas tidak efektif
28. Seorang anak perempuan, 2 tahun, dirawat di ruang anak dengan keluhan batuk berdahak sudah 5 hari yang lalu, ibu mengatakan anaknya susah untuk mengeluarkan dahak. Hasil pemeriksaan fisik: frekuensi napas 28x/menit, suhu

- 37,6°C, frekuensi nadi 125 x/menit, membran mukosa kering, lemas, terdengar ronchi. Apa intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Posisi semifowler
 - B. Berikan cairan peroral
 - C. Berikan kompres hangat
 - D. Observasi tanda-tanda vital
 - E. Kolaborasi pemberian obat inhalasi
29. Seorang anak perempuan, 7 tahun, dibawa ke poli anak dengan keluhan buang air besar encer 7 kali. Hasil pengkajian: keadaan umum lemah, nyeri perut, BAB cair, mual dan muntah, membran mukosa kering. Anak direncanakan untuk rawat inap. Dokter memberikan *advice* pemberian cairan intravena 1500/24 jam, faktor tetes 15 tetes/menit. Berapa tetes/menit cairan yang diberikan pada kasus tersebut?
- A. 14 tetes/menit
 - B. 15 tetes/menit
 - C. 16 tetes/menit
 - D. 20 tetes/menit
 - E. 22 tetes/menit
30. Seorang anak perempuan, 4 tahun dibawa ke UGD dengan keluhan BAB cair 5x/hari selama 2 hari. Hasil pemeriksaan fisik: suhu 38°C, frekuensi napas 26 x /menit, frekuensi nadi 125 x/menit, membran mukosa kering, turgor kulit menurun, nyeri perut pada saat di palpasi, lemas, mual muntah 2x, Saat ini BB 19 kg sedangkan BB awal 20 kg. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Keletihan
 - B. Nyeri akut
 - C. Hipertermi
 - D. Hipovolemi
 - E. Defisit nutrisi
31. Batita laki-laki 2,5 tahun dibawa keluarganya ke UGD dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: terdapat retraksi intercosta dada, frekuensi nadi =125 x/menit, frekuensi napas = 42 x/menit, SpO2 = 94 %, T = 37,3°C, BB = 13,5 kg. Apakah tindakan utama pada kasus pasien tersebut?
- A. Monitor irama pernapasan
 - B. Monitor pergerakan dinding dada

- C. Posisikan klien semi fowler
 - D. Berikan terapi oksigen
 - E. Monitor kesadaran
32. Balita perempuan 2 tahun dibawa ibunya ke UGD dengan keluhan kejang 3 kali selama 2 menit. Hasil pengkajian: kesadaran somnolen, batuk, terdengar ronchi, frekuensi napas 22x/menit, frekuensi nadi 100 x/menit, T39,6°C. Apakah masalah keperawatan utama kasus tersebut?
- A. Hipertermi
 - B. Risiko cidera
 - C. Risiko kejang berulang
 - D. Ketidakefektifan bersihan jalan napas
 - E. Risiko gangguan perfusi jaringan otak
33. Bayi perempuan 6 bulan dibawa ibunya ke rumah sakit dengan keluhan pucat dan kebiruan di sekitar mulut anak. Hasil pengkajian: anak sering mengalami kebiruan ketika menetek, menjadi kebiruan di kuku jari, dan sianosis pada sekitar mulut bayi. Frekuensi nadi 110 x/menit, T 36,4°C, frekuensi napas = 46 x/menit. Apakah masalah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut tersebut?
- A. Gangguan pertukaran gas
 - B. Gangguan perfusi jaringan
 - C. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - D. Gangguan pola napas
 - E. Penurunan curah jantung
34. Anak perempuan 9 tahun di ruang anak selama 4 hari. Hasil pengkajian: terdapat edema di kedua ekstremitas, wajah *moonface*, anoreksia, anak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan, kulit terlihat mengkilat, kesadaran kompos mentis, anak tampak lemah, tirah baring. Frekuensi nadi 88 x/ menit; frekuensi napas 26x/menit; TD 100/68 mmHg, T 36,8 derajat celsius. Anak mengatakan ingin cepat sembuh dan bersekolah lagi. Hasil pemeriksaan laboratorium albumin 1,8 gr/dL. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Ansietas
 - B. Intoleransi aktifitas
 - C. Gangguan konsep diri
 - D. Kelebihan volume cairan
 - E. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

35. Anak laki-laki, 7 tahun, dibawa oleh ayahnya Ke UGD dengan keluhan sesak napas, dan tidak nafsu makan. Hasil pengkajian: anak mengatakan bahwa mudah lelah bila beraktivitas. Suara jantung terdengar murmur, ekstremitas teraba dingin dengan CRT > 4 detik, frekuensi napas = 25 x/menit, frekuensi nadi 100x/menit, T 36,5 derajat celsius. Apakah Diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Intoleransi aktifitas
 - B. Gangguan pola napas
 - C. Penurunan curah jantung
 - D. Gangguan pola tidur
 - E. Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan
36. Seorang anak perempuan, 6 tahun, bermain dokter-dokteran dengan mengenakan baju putih dan memakai stetoskop mainan, teman-temannya ada yang berperan sebagai pasien dan orangtua. Mereka terlihat kompak dan gembira. Apakah tipe permainan yang dimaksud pada kasus tersebut ?
- A. *Skill play*
 - B. *Dramatic play*
 - C. *Social affective play*
 - D. *Unoccupied behavior*
 - E. *Sense of pleasure play*

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN ANAK

1. E. Cooperative play

Terapi Bermain, jenis dan fungsi permainan, usia perkembangan.

- A. *Role play/Dramatic play* → anak bermain dengan membedakan jenis kelamin dan jenis mainan laki-laki *mechanical* dan perempuan *mother role*
- B. *Pararel play* → anak bermain dengan dua orang atau lebih dengan jenis mainan sama dan satu sama yang lain tidak ada komunikasi
- C. *Solitary play* → anak bermain sendirian
- D. *Assosiatif Play* → anak bermain dengan dua orang atau lebih dengan jenis mainan sama dan satu sama yang lain ada komunikasi dan interaksi
- E. *Cooperatif play* → anak bermain dengan dua orang atau lebih dengan jenis mainan sama dan satu sama yang lain ada komunikasi dan interaksi dan ada aturan permainan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Terapi Bermain pada anak dan jenis-jenis permainannya.

Referensi:

- Wong. 2016. *Essentials of Pediatric Nursing*. St. Louis, Mosby
- Soetjiningsih. 2014. *Tumbuh Kembang Anak*. Edisi II. Jakarta, EGC.
- Ningsih, Badi'ah, Mendri dkk. 2022. *Keperawatan Anak*. Media Sains Indonesia.
Bandung

2. B. Anal

Pertumbuhan dan Perkembangan Anak, Perkembangan psikoseksual

Perkembangan psikoseksual menurut Sigmund Freud:

- A. Fase oral (usia 0-1 tahun)
- B. Fase anal (usia 1-3 tahun)
- C. Fase falik/oedipal (usia 3-6 th)
- D. Fase laten (usia 6-12 tahun)
- E. Fase genital (usia 12-18 tahun)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Pertumbuhan dan Perkembangan Anak dan Perkembangan psikoseksual menurut Sigmund Freud

Referensi:

- Wong. 2016. *Essentials of Pediatric Nursing*. St. Louis, Mosby
- Soetjiningsih. 2014. *Tumbuh Kembang Anak*. Edisi II. Jakarta, EGC.

Ningsih, Badi'ah, Mendri dkk. 2022. *Keperawatan Anak*. Media Sains Indonesia. Bandung.

3. A. Normal

Denver Developmental Screening Test II, Interpretasi hasil test.

Penjelasan:

- A. *Normal* → Tidak ada *Delay* dan paling banyak 1 *Caution* dari 4 sektor
- B. *Suspect* → Ada 1 atau lebih *Delay* dan ada 2 atau lebih *Caution* dari 4 sektor
- C. *Untestable* → Ada 1 atau lebih menolak di sebelah kiri garis umur atau menolak yang dilewati garis umur area hijau (75 %-90%)
- D. *Advanced* → anak dapat melakukan test di sebelah kanan garis umur
- E. *No Opportunity* → anak tidak mempunyai kesempatan melakukan test karena ada hambatan pada kasus gangguan pertumbuhan dan perkembangan (retardasi mental, *Down Syndrome*)

Mahasiswa diharapkan mempelajari *kembali tentang Denver Developmental Screening Test II* dan interpretasi hasil test.

Referensi:

- Wong. 2016. Essentials Of Pediatric Nursing. St. Louis, Mosby
Soetjiningsih. 2014. Tumbuh Kembang Anak. Edisi II. Jakarta, EGC.
Ningsih, Badi'ah, Mendri dkk. 2022. Keperawatan Anak. Media Sains Indonesia. Bandung.

4. D. Industry vs Inferiority

Tahap Usia Pertumbuhan dan Perkembangan, Perkembangan psikososial Perkembangan psikososial menurut Erik Erikson :

- A. *Trust Versus Mistrust* → Usia lahir – 1 tahun
- B. *Autonomy Versus Shame* → Usia 1-3 tahun
- C. *Initiative Versus Guilt* → Usia 3-6 tahun
- D. *Industry versus Inferiority* → Usia 6-12 tahun
- E. *Identity Versus Role Confusion* → Usia 12-18 tahun

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Tahap Usia Pertumbuhan dan Perkembangan, Perkembangan psikososial menurut Erik Erikson

Referensi:

- Wong. 2016. Essentials Of Pediatric Nursing. St. Louis, Mosby

Soetjiningsih. 2014. Tumbuh Kembang Anak. Edisi II. Jakarta, EGC.
Ningsih, Badi'ah, Mendri dkk. 2022. Keperawatan Anak. Media Sains Indonesia.
Bandung.

5. D. 200.000 IU

- Manajemen terpadu Balita Sakit (MTBS), Vitamin A
- A. 50.000 iu → Umur < 6 bulan (separuh dosis kapsul biru)
 - B. 100.000 iu → Umur 6 bulan - 11 bulan (kapsul biru)
 - C. 150.000 iu → tidak ada dosis
 - D. 200.000 iu → Umur 12 bulan - 59 bulan (kapsul merah)
 - E. 250.000 iu → tidak ada dosis

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Manajemen terpadu Balita Sakit (MTBS), Pemberian Vitamin A.

Referensi: Kemenkes 2015. Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta

6. E. *Physical restraint* tanpa alat

Pemasangan infus dan restraint

- A. *Clove Hitch Restraint*: *Clove hitch restraint* menggunakan tali untuk membatasi gerakan tubuh. Namun, pilihan ini mungkin tidak sesuai untuk situasi di mana diperlukan pemasangan infus karena bisa sulit untuk mempertahankan akses ke vena.
- B. *Papoose Board*: *Papoose board* adalah alat restraint yang digunakan untuk menahan tubuh anak agar tetap diam selama prosedur medis. Namun, penggunaan *papoose board* sering kali kontroversial dan dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan kecemasan pada anak.
- C. *Jacket Restraint*: *Jacket restraint* biasanya digunakan untuk membatasi gerakan tubuh secara keseluruhan. Pilihan ini mungkin terlalu invasif dan tidak dianjurkan untuk situasi pemasangan infus pada anak.
- D. *Pedi-Wrap*: *Pedi-wrap* adalah selimut khusus yang dirancang untuk membantu menahan anak dengan lembut selama prosedur medis. Pilihan ini mungkin lebih cocok untuk situasi pemasangan infus pada anak, tetapi tetap harus digunakan dengan hati-hati.
- E. *Physical Restraint* tanpa Alat: *Physical restraint* tanpa alat mencakup penggunaan tenaga manusia untuk menahan gerakan anak. Ini dapat mencakup penggunaan tangan dan tubuh perawat. Meskipun ini mungkin

diperlukan dalam beberapa situasi darurat, penggunaan restraint fisik harus dilakukan dengan sangat hati-hati dan profesional.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Restraint pada anak.

Referensi:

- Ashwill, J.W., James, S.C., & Droske, S.C. (2002). Nursing care of children: principles and practice. Vol.2. Michigan: W.B Saunders.
- Betz, C.L., & Sowden, L.A. (2002). Buku Saku Keperawatan Pediatric. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Hockenberry M.J. & Wilson, (2005), Nursing care of infants and children, Seventh Edition, Missouri: Elsevier Mosby

7. B. Gangguan interaksi sosial

Autism dan perilaku sosial

- A. Hambatan komunikasi verbal: Meskipun perilaku anak tersebut mencakup kesulitan dalam berkomunikasi, namun masalah utamanya lebih pada gangguan interaksi sosial. Hambatan komunikasi verbal mungkin merupakan salah satu aspek dari gangguan interaksi sosial, tetapi yang lebih mencolok adalah kesulitan anak tersebut dalam berinteraksi dengan orang lain
- B. Gangguan interaksi sosial: Deskripsi perilaku anak laki-laki tersebut mencerminkan ciri-ciri gangguan interaksi sosial, seperti kesulitan bergabung dengan anak-anak lain, menghindari kontak mata, dan lebih suka menyendiri.
- C. Risiko membahayakan diri sendiri: Informasi yang diberikan tidak mengindikasikan adanya risiko langsung terhadap keamanan diri anak, seperti cedera fisik atau tindakan membahayakan diri.
- D. Gangguan perkembangan kognitif: Meskipun gangguan interaksi sosial dapat terkait dengan perkembangan kognitif, namun deskripsi yang diberikan lebih menekankan pada aspek interaksi sosial anak.
- E. Perubahan peran orang tua/proses keluarga: Tidak ada indikasi dari deskripsi bahwa peran orang tua atau proses keluarga berkontribusi langsung terhadap perilaku anak tersebut.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep anak dengan Autism.

Referensi:

- Ashwill, J.W., James, S.C., & Droske, S.C. (2002). *Nursing care of children: principles and practice*. Vol.2. Michigan: W.B Saunders
- Betz, C.L., & Sowden, L.A. (2002). Buku Saku Keperawatan Pediatric. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Hockenberry M.J. & Wilson, (2005), *Nursing care of infants and children, Seventh Edition*, Missouri: Elsevier Mosby

8. B. Lakukan *suction* jika ditemukan mekonium pada trakhea bayi

Meconium Aspiration Syndrome (MAS), asfiksia dan *suction*.

- A. Observasi kebutuhan akan suctioning nasofaring dan orofaring gastric tube saat kepala bayi lahir: Pilihan ini lebih fokus pada observasi kebutuhan suctioning dan pemasangan gastric tube, bukan penanganan langsung masalah utama yang berkaitan dengan MAS.
- B. Lakukan *suction* jika ditemukan mekonium pada trakhea bayi dengan selang endotrakheal setelah kelahiran: Pilihan ini merupakan tindakan yang tepat untuk mengatasi MAS. Mekonium dapat menyebabkan obstruksi jalan napas, dan suctioning dapat membantu mengatasi masalah tersebut.
- C. Lanjutkan memberi resusitasi jika mengalami distress pernapsan: Pilihan memberikan resusitasi jika diperlukan karena terdapat distress pernapsan dan suction sudah dilakukan. Namun, untuk mengatasi MAS, fokus utama adalah pada suctioning trakhea jika ditemukan mekonium.
- D. Berikan istirahat dan ketenangan pada infant, karena menangis atau agitasi dapat meningkatkan tekanan intra thorakal, menyebabkan pneumothorax: Pilihan ini lebih terkait dengan manajemen umum bayi yang memerlukan istirahat dan ketenangan, bukan tindakan khusus untuk mengatasi MAS.
- E. Kaji kepatenan jalan napas dan posisi ventilator setiap jam, serta atur posisi kepala bayi ekstensi minimal: Pilihan ini lebih berfokus pada manajemen ventilasi dan posisi bayi, bukan pada suctioning yang spesifik untuk MAS.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep Bayi Risiko tinggi dengan MAS

Referensi:

- Ashwill, J.W., James, S.C., & Droske, S.C. (2002). *Nursing care of children: principles and practice*. Vol.2. Michigan: W.B Saunders
- Betz, C.L., & Sowden, L.A. (2002). Buku Saku Keperawatan Pediatric. Edisi 3. Jakarta: EGC.

Hockenberry M.J. & Wilson, (2005), *Nursing care of infants and children, Seventh Edition*, Missouri: Elsevier Mosby.

Kemenkes RI, (2010). Buku saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial: Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar. Direktorat Bina Kesehatan Anak Kemkes RI, Jakarta.

9. E. Trombosit

DHF, Demam, *Petechiae* positif: Perdarahan gusi, test diagnostik

- A. Eritrosit: Jumlah eritrosit mungkin tidak memberikan informasi signifikan terkait dengan gejala demam dan perdarahan. Pemeriksaan ini lebih berguna untuk mendiagnosis anemia.
- B. Leukosit: Jumlah leukosit dapat memberikan indikasi adanya infeksi, tetapi pada kasus ini, gejala perdarahan yang terjadi (*petechiae*, perdarahan gusi) menunjukkan adanya gangguan pembekuan darah.
- C. Hemoglobin: Pemeriksaan hemoglobin berguna untuk menilai kadar hemoglobin dalam darah dan mendiagnosis anemia. Namun, pada kasus ini, prioritas utama adalah menilai fungsi pembekuan darah.
- D. Monosit: Pemeriksaan monosit dapat membantu dalam mengevaluasi respons imun terhadap infeksi. Namun, pada kasus ini, tanda-tanda perdarahan dan *petechiae* menunjukkan adanya gangguan pembekuan darah.
- E. Trombosit: Jumlah trombosit sangat penting untuk menilai fungsi pembekuan darah. *Petechiae* positif dan perdarahan gusi dapat menjadi tanda trombositopenia atau gangguan pembekuan lainnya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Anak dengan DHF / gangguan perdarahan.

Referensi:

- Ashwill, J.W., James, S.C., & Droske, S.C. (2002). *Nursing care of children: principles and practice*. Vol.2. Michigan: W.B Saunders
- Betz, C.L., & Sowden, L.A. (2002). Buku Saku Keperawatan Pediatric. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Hockenberry M.J. & Wilson, (2005), *Nursing care of infants and children, Seventh Edition*, Missouri: Elsevier Mosby
- Permono, B., dkk. (2006). Buku ajar hematologi-onkologi anak. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.

10.D. Bermain peran

Terapi Bermain pada anak dan jenis permainan.

- A. Puzzle: Meskipun puzzle dapat melatih keterampilan motorik halus dan memecahkan masalah, untuk tujuan perkembangan yang lebih holistik, bermain peran tetap lebih baik karena ada interaksi dengan orang lain.
- B. Boneka: Bermain dengan boneka dapat membantu anak mengembangkan keterampilan berbahasa, melatih imajinasi, dan juga memberikan peluang untuk bermain peran. Namun, bermain peran dapat mencakup lebih banyak aspek perkembangan.
- C. Menggambar: Aktivitas menggambar dapat membantu dalam mengembangkan keterampilan motorik halus dan juga kreativitas. Namun, bermain peran dapat melibatkan lebih banyak dimensi perkembangan, termasuk motorik kasar yang kurang berfungsi saat menggambar.
- D. Bermain Peran: Bermain peran melibatkan imajinasi, bahasa, keterampilan sosial, dan kreativitas. Ini adalah jenis permainan yang sangat mendukung perkembangan holistik anak.
- E. Melipat Kertas/Origami: Meskipun melipat kertas dapat melatih keterampilan motorik halus, itu mungkin tidak seberagam bermain peran dalam memfasilitasi perkembangan anak pada berbagai aspek.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Terapi bermain pada anak

Referensi:

- Ashwill, J.W., James, S.C., & Droske, S.C. (2002). *Nursing care of children: principles and practice*. Vol.2. Michigan: W.B Saunders
- Betz, C.L., & Sowden, L.A. (2002). Buku Saku Keperawatan Pediatric. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Hockenberry M.J. & Wilson, (2005), *Nursing care of infants and children, Seventh Edition*, Missouri: Elsevier Mosby
- Lillard P.P. & Lynn Lillard, 2012, Montessori: Mendidik anak sejak lahir, Pustaka Pelajar, Jakarta.
- Yupi Supartini, 2004, Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak, EGC, Jakarta

11.E. Memiringkan tubuh ke satu sisi

Penanganan pasien pada saat kejang

- A. Opsi A, tidak dibenarkan, walaupun ada teori yang mengatakan dengan memberi spatel supaya lidah tidak tergigit atau jatuh kebelakang. Perlu di ingat pada saat kejang dilarang menaruh sesuatu didalam mulut dan ini tidak

- akan mencegah lidah tergigit, bahkan akan melukai gusi atau lidah akibat tekanan secara paksa oleh spatel lidah.
- B. Opsi B, salah, pakaian tipis, merupakan salah satu cara untuk menurunkan suhu tubuh atau suatu mekanisme kehilangan panas secara konveksi.
- C. Opsi C salah, mengatur suhu lingkungan, suhu lingkungan yang eksternal dapat memberikan kenyamanan bahkan dapat mempengaruhi terjadinya penurunan suhu tubuh akibat panas
- D. Opsi D, tidak tepat, dikarenakan suhu tubuh belum diketahui, dan suhu tubuh bukan masalah yang mengancam jiwa. Kompres hangat merupakan salah satu tindakan untuk menurunkan suhu tubuh dan merupakan mekanisme kehilangan panas secara konduksi. Pemberian kompres hangat lebih efektif dari pada kompres dingin atau kompres plester, hal ini dapat menurunkan suhu tubuh sebesar $0,4^{\circ}\text{C}$
- E. Opsi E, benar, prinsip pertolongan yang utama pada saat kejang jaga kepatenannya jalan napas tetap terbuka dengan miringkan tubuh ke satu sisi. Dikarenakan kejang merupakan masalah yang dapat mengakibatkan berbagai komplikasi seperti tersedak, asfiksia maupun cidera, bahkan akan menyumbat jalan napas, dan dapat mengacam keselamatan pasien, bahkan dapat meninggal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan keperawatan pada anak dengan kejang demam.

Referensi:

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.
Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Ngastiyah, 2014, Perawatan Anak Sakit, Jakarta: EGC

12.E. Menanyakan tugas perkembangan pada ibu

Tehnik pemeriksaan perkembangan anak

- A. Opsi A, tidak tepat, dikarenakan melakukan evaluasi tindakan dilakukan setelah melakukan penilaian secara obyektif
- B. Opsi B, tidak tepat, dikarenakan menyiapkan alat pemeriksaan dilakukan setelah menanyakan tugas perkembangan pada ibu
- C. Opsi C, tidak tepat dikarenakan melakukan pendekatan pada anak dilakukan setelah menanyakan tugas perkembangan pada ibu.
- D. Opsi D, tidak tepat, dikarenakan melakukan penilaian dilakukan setelah melakukan pendekatan pada anak

- E. Opsi E, tepat, dikarenakan menanyakan tugas perkembangan pada ibu dilakukan setelah menentukan usia anak

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penilaian perkembangan anak.

Referensi:

- Soetjiningsih dan Ranuh. 2016. Tumbuh kembang anak. Jakarta: EGC
Terry dan Susan, 2015, Buku Ajar Keperawatan Anak, Jakarta: EGC

13.A. Kanul nasal

Pemberian O₂ pada pasien asfiksia

- A. Opsi A, benar, dengan pemberian kanul nasal, cairan yang keluar dari jalan napas tidak akan tertampung pada masker O₂, selain itu kanul nasal sebagai terapi oksigen pada pasien yang dapat bernapas secara spontan namun membutuhkan oksigen dengan aliran rendah antara 0,5 – 1 ltr/mnt untuk neonatus, 1 – 2 ltr/mnt untuk bayi, 1 – 4 ltr/mnt untuk anak, 1 – 6 ltr/mnt untuk orang dewasa,dengan konsentrasi 24 – 44%.
- B. Opsi B, tidak sesuai, dikarenakan masker venturi maks, digunakan untuk kelompok pasien seperti PPOM dan asma dengan aliran antara 4 – 10 ltr/mnt dengan konsentrasi 24 – 50%, selain itu bila kliennya muntah, akan tertampung pada masker dan akan menyebabkan terhirup kembali sehingga terjadi asfiksia
- C. Opsi C, tidak sesuai, dikarenakan masker sederhana untuk pasien yang mengalami oedema paru, infeksi paru termasuk pneumonia, dengan aliran 5 – 8 ltr/mnt dengan konsentrasi 40 – 60%.
- D. Opsi D, tidak sesuai, dikarenakan *rebreathing maks* diberikan pada pasien dimana kadar saturasi oksigen kurang dari 95% dengan PaO₂ dan PcO₂ rendah yang artinya antara kadar O₂ dan kadar CO₂ dalam darah sama-sama kurangnya.
- E. Opsi E, tidak sesuai dikarenakan O₂ *non rebreathing maks* diberikan pada pasien dengan kadar O₂ dalam darah kurang sedangkan kadar CO₂ cukup.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teori oksigenasi.

Referensi:

- Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI,2021, Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

Ngastiyah, 2014, Perawatan Anak Sakit, Jakarta: EGC

14.E. 100

- Penghitungan tetesan cairan infus
- A. Opsi A, salah, tidak sesuai dengan kebutuhan cairan
 - B. Opsi B, salah, penghitungan tetesannya tidak sesuai dengan cairan yang hilang
 - C. Opsi C, salah, pemenuhan cairan baru setengahnya
 - D. Opsi D, salah, tidak sesuai dengan perintahnya
 - E. Opsi E, benar, sesuai dengan rumus penghitungan tetesan cairan infus, yaitu jumlah cairan dikalikan factor tetesan di bagi waktu dalam menit

Misalnya: jumlah cairan x faktor tetesan

Waktu dalam menit

$$= \frac{\text{jumlah cairan } 300 \times 20 \text{ tts}}{60} = 6000 : 60 = 100 \text{ tts/mnt}$$

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara penghitungan tetesan cairan infus.

Referensi:

- Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2016. Kosensus Kebutuhan air pada Anak sehat, Jakarta: Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Kusnanto, 2016. Modul Pembelajaran Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit, Surabaya: UNAIR
- Ngastiyah, 2014, Perawatan Anak Sakit, Jakarta: EGC

15.A. Hipertermia

Kasus morbilli dengan suhu tubuh 39°C

- A. Opsi A benar, dalam hal ini peningkatan suhu tubuh, merupakan masalah yang utama yang harus segera diatasi dimana pada fase prodromal suhu tubuh mendadak tinggi dapat menyebabkan terjadinya kejang demam.
- B. Opsi B salah, bukan masalah utama, resiko infeksi, pada pasien tersebut sudah terjadi infeksi oleh virus morbilli yang mengenai mata sehingga mata kemerahan terjadi konjungtivitis, ke saluran pernapasan terjadi batuk dan ke kulit menyebabkan gatal.
- C. Opsi C salah, bersihkan jalan napas, pada kasus tersebut tidak didapatkan sekret di jalan napas dan tidak ada data yang mendukung.

- D. Opsi D salah, kekurangan volume cairan, dapat menyebabkan terjadinya peningkatan suhu tubuh akibatnya badan menjadi panas.
- E. Opsi E, Integritas kulit, sebenarnya juga betul namun bukan merupakan masalah utama, seluruh kulit berwarna merah dan gatal akibat virus morbilli yang berada dikulit.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep penyakit infeksi khususnya morbilli atau campak.

Referensi: Ngastiyah, 2014, Perawatan Anak Sakit, Jakarta: EGC

16.D. Mengenal 2 – 3 suku kata yang sama tanpa arti

Tumbuh kembang anak.

- A. Bersuara tanpa arti dicapai anak pada usia 6 – 8 bulan
- B. Mengenal 2 – 3 suku kata yang sama tanpa arti dicapai pada usia 9 – 12 bulan
- C. Menyebutkan 3 – 6 suku kata yang mempunyai arti dicapai anak pada usia 18 – 24 bulan
- D. Memanggil “mama, papa” dicapai anak pada usia 12 – 18 bulan
- E. Bicara baik dicapai pada usia 24 -36 bulan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Tumbuh kembang pada anak.

Referensi:

Soetjiningsih. 1998. Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: EGC

17.C. Bersihan jalan napas tidak efektif

Bronchopneumonia.

- A. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, pada kasus tidak ada data terkait nutrisi
- B. Resiko kekurangan volume cairan, pada kasus tidak terdapat tanda-tanda kekurangan cairan
- C. Bersihan jalan napas tidak efektif, pada kasus menunjukkan adanya data-data sesak napas, batuk, ada dahak di tenggorokan serta data objektif adanya bunyi napas ronchi dan RR 30x/menit, ini menunjukkan adanya masalah jalan napas tidak efektif.
- D. Resiko infeksi, pada kasus tersebut tidak menunjukkan adanya tanda-tanda infeksi, walaupun pasien demam, namun yang menjadi prioritas pada jalan napasnya

- E. Hipertermi, pasien pada kasus tersebut memang menunjukkan peningkatan suhu tubuh namun dilihat dari data-data yang ada lebih menonjol pada masalah jalan napas tidak efektif dan memerlukan penangan segera serta prioritas utama pada kasus tersebut.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan bronchopneumonia.

Referensi:

Nursalam dkk. 2005. Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak untuk Perawat dan Bidan. Jakarta: Salemba Medika.

18.B. Melatih berdiri dengan bantuan ibu

Stimulasi perkembangan usia 1 tahun.

- A. Melatih berjalan mundur dapat dilakukan ketika anak berusia 1 tahun namun pada kasus tersebut anak belum bisa berjalan sehingga perlu stimulasi dengan melatih berdiri dengan bantuan, yang dilakukan secara bertahap.
- B. Melatih berdiri dengan bantuan ibu adalah bentuk stimulasi motorik kasar pada anak sehingga akan membantu menstimulasi motorik kasar anak
- C. Melatih anak menaiki tangga dengan bantuan ibu adalah kemampuan anak berusia 12 -15 bulan, namun pada kasus tersebut anak belum bisa berjalan sendiri
- D. Pada anak usia 1 tahun tidak dianjurkan menggunakan baby walker
- E. Merangsang dengan permainan jauh bisa dilakukan, namun bila anak belum mampu untuk berdiri maka anak akan mengambil permainan dengan cara merangkak.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Tumbuh kembang pada anak.

Referensi: Soetjiningsih. 1998. Tumbuh Kembang Anak. Jakarta: EGC

19.D. Suhu dan nadi stabil dalam rentang normal

BBLR

- A. Frekuensi respirasi meningkat menunjukkan bahwa kurang sesuai dengan tindakan metode kangguru.

- B. Kemampuan menelan meningkat juga tidak menunjukkan keberhasilan perawatan metode kangguru.
- C. Kebutuhan energi harian menurun juga tidak ditunjukkan pada perawatan metode kangguru.
- D. Salah satu evaluasi yang dapat diukur pada perawatan metode kangguru ini adalah, suhu, dan nadi stabil dan rentang normal.
- E. Pada pertanyaan di tanyakan tentang kriteria evaluasi penggunaan metode kangguru bukan reflek hisap, jadai tidak ada hubungan antara reflek hisap dengan penggunaan metode kangguru.

Mahasiswa diharapkan mempelajari konsep BBLR dan perawatan metode kangguru.

Referensi:

Wong, Donna L. 2008. Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik. Jakarta: EGC

20.D. Permainan tidak membutuhkan energi banyak

Terapi bermain

- A. Permainan sesuai aturan di RS, pemberian terapi bermain pada anak dilakukan sesuai dengan kemampuan anak, dan rumah sakit tidak ada peraturan yang mengatur tentang permainan .
- B. Permainan harus disukai anak bukan merupakan prinsip pemberian terapi bermain di Rumah Sakit
- C. Dalam pemberian terapi bermain pada anak orang tua tidak harus terlibat
- D. Permainan tidak membutuhkan energi banyak adalah prinsip dalam melakukan terapi bermain di Rumah Sakit, karena pasien masih dalam kondisi belum sembuh.
- E. Memberikan terapi bermain tidak harus dengan teman sebaya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari konsep dan prinsip terapi bermain di Rumah Sakit.

Referensi: Wong, Donna L. 2008. Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik. Jakarta: EGC

21.C. Gangguan perfusi jaringan

Perfusi jaringan

- A. Suhu normal
- B. Tidak terdapat tanda2 kekurangan cairan
- C. Hasil pemeriksaan menunjukan gangguan sirkulasi darah: keadaan umum lemah dan pucat, bibir pucat, konjungtiva anemi, warna kulit kekuningan, Hb 5 g/dl
- D. Terdapat keluhan dan tanda gangguan pemenuhan nutrisi tetapi lebih diprioritaskan masalah sirkulasi darah
- E. Pasien mengalami gangguan pertumbuhan tetapi lebih diprioritaskan masalah sirkulasi darah

Mahasiswa diharapkan mempelajari konsep dan Askep thalasemia pada anak.

Referensi:

- Wijayaningsih, Kartika Sari. (2013). Asuhan Keperawatan Anak. Jakarta: Trans Info Media.
- Yuni, Natalia Erlina. (2018). Kelainan Darah. Yogyakarta: NuhaMedika.

22.E. Beri Larutan Rehidrasi Oral (LRO)

Pemberian Larutan Rehidrasi Oral (LRO)

- A. Untuk mengkaji tingkat pemenuhan nutrisi
- B. Untuk mengkaji tingkat dehidrasi
- C. Untuk mengevaluasi keefektifan intervensi
- D. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi
- E. Penggantian kehilangan cairan melalui feses

Mahasiswa mempelajari kembali tentang konsep dan askep gastroenteritis (GE) pada anak.

Referensi:

- Wong, Donna. I. 2004. Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik Edisi 4. Jakarta: EGC

23.D. Monitor TTV, turgor kulit dan membran mucosa

Suhu tubuh

- A. Untuk mengkaji perubahan status dehidrasi
- B. Untuk menurunkan suhu tubuh melalui pemberian obat

- C. Untuk meningkatkan kenyamanan pasien
- D. Untuk mengetahui apakah pasien mengalami dehidrasi sebagai acuan tidak keperawatan selanjut dalam menurunkan suhu tubuh pasien
- E. Untuk mempercepat penurunan suhu tubuh setelah pemberian obat, dilakukan tindakan keperawatan

Mahasiswa mempelajari askep demam thypoid pada anak.

Referensi:

Lestari, T. (2016). Asuhan Keperawatan Anak. Yogyakarta: Nuhan Medika.

24.C. Memberikan *lubrican*

Tahapan melakukan pemasangan selang OGT pada bayi

- A. Dilakukan setelah selang terpasang dengan benar
- B. Dilakukan setelah selang di beri lubrikan
- C. Dilakukan setelah panjang selang yang akan dimasukkan diukur
- D. Dilakukan setelah perawat memakai handscun steril
- E. Dilakukan setelah selang dimasukkan melalui mulut sampai lambung

Mahasiswa mempelajari prosedur tindakan pemasangan OGT.

Referensi:

Halim Hadi, 2013. Penyakit-Penyakit Gastrointestinal: Buku Ajar Ilmu Penyakit Jilid III Edisi V, Jakarta

Ishak Sul. SOP NGT Pada Anak. Id.scribd.com. Medika.

25.E. Ketidakefektifan bersihkan jalan napas

Pernapasan

- A. Bukan kebutuhan utama manusia
- B. Gangguan pernapasan secara umum
- C. Gangguan pertukaran antara oksigen dan karbondioksida yang disebabkan tidak efektifnya jalan napas
- D. Gangguan pola napas tidak efektif dikarenakan jalan napas tidak efektif
- E. Jalan napas tidak efektif segera di atasi yang dapat menyebabkan pasien kekurangan oksigen

Mahasiswa mempelajari Askep pneumonia pada anak.

Referensi:

- Ngastiah. 2015. Perawatan Anak sakit ed 2. Jakarta. EGC
Nurarif A.H & Kusuma. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda NIC-NOC Ed.I. Jogjakarta: Penerbit Mediaktion

26.E IgM Anti Salmonella

Lidah kotor, suhu 38,3°C, demam naik turun

- A. Rongent merupakan pemeriksaan penunjang yang digunakan untuk melihat gambaran kelainan paru-paru dan jantung, pada kasus di atas tidak ada data yang menggambarkan kelainan jantung dan paru-paru.
- B. Tes dahak merupakan tes yang dilakukan untuk mendeteksi adanya BTA positif dan membantu mendiganosa tuberkulosis.
- C. Mantoux test merupakan tes yang digunakan untuk mendeteksi adanya gejala tuberkulosis paru, untuk pemeriksaan tersebut tidak mendukung adanya gejala tuberkulosis karena tidak ditemukan data keringat malam, batuk berdarah dan penurunan berat badan
- D. Tes darah lengkap terdiri dari pemeriksaan Hb, leukosit, trombosit, dan hematokrit, untuk pemeriksaan darah lengkap tidak mendukung pada kasus tersebut. Pada kasus tersebut dinyatakan nilai leukosit masih pada rentang normal, sehingga tidak sesuai dengan kasus diatas.
- E. Immunoglobulin M Anti-Salmonella merupakan prosedur yang perlu dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis demam tifoid pada orang yang mengalami gejala-gejala penyakit tersebut. Gejala demam tifoid dapat bervariasi mulai dari yang ringan sampai berat.

Antibodi IgM biasanya muncul pada hari 4–5. Oleh karena itu, pemeriksaan IgM lebih disarankan bila onset gejala telah melebihi 5 hari. Antibodi IgG dapat terdeteksi setelah hari 5–7 dan dapat bertahan tetap positif selama bertahun-tahun. Masa inkubasi bakteri *Salmonella typhi* adalah 7–14 hari, tetapi bisa lebih cepat yaitu sekitar tiga hari, atau lebih lama hingga 30 hari. Pada kasus di atas ditemukan adanya data demam 5 hari, demam naik turun, dan peningkatan suhu tubuh, klien terdiagnosis demam typoid, sehingga hal ini sesuai dengan kasus di atas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang demam typoid mulai dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, dan pemeriksaan penunjang.

Referensi:

Donna. L. Wong. 2004. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Jakarta: EGC

27.D. Gangguan pertukaran gas

Sesak, batuk berdahak, frekuensi respirasi 36x/mnt, ronchi, takikardi, PaO₂ 79% PCO₂ 60%.

A. Hipertermi (D.0130) merupakan suhu tubuh meningkat di atas normal tubuh.

Data untuk hipertermi antara lain peningkatan suhu tubuh, kulit merah, kejang, takipnea, takikardi, kulit teraba hangat. Pada kasus di atas data yang mendukung pada hipertermi hanya peningkatan suhu tubuh, sehingga tidak cukup untuk menegakan suatu masalah keperawatan, sehingga tidak sesuai dengan kasus di atas

B. Hipovolemi (D.0023) merupakan peningkatan volume cairan intravaskuler, intertisial dan atau intraseluler. Hipovolemi ditandai dengan data mayor antara lain frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, membran mukosa kering, turgor kulit menyempit, hematokrit meningkat. Data minor antara lain lemas, lesu, suhu meningkat, konsentrasi urine meningkat, berat badan turun. Pada diagnosis hipovolemi baik data mayor dan minor tidak ditemukan data mengenai perubahan saturasi oksigen, perubahan PaO₂ dan perubahan PaCO₂

C. Pola napas tidak efektif (D.0005) merupakan inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat ditandai dengan data mayor dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, pola napas abnormal (takipnea, bradypnea, kusmaull). Pada pola napas tidak efektif tidak adanya data baik minor dan mayor mengenai perubahan PO₂ dan PCO₂ hanya ada data mengenai *dyspnea* dan pola napas abnormal dapat disimpulkan pola napas tidak efektif tidak sesuai dengan kasus di atas.

D. Gangguan pertukaran gas (D.0003) merupakan kelebihan dan kekurangan oksigenasi dan eliminasi karbondioksida pada membran alveolus kapiler. Gejala dan Tanda Mayor secara subjektif ditemukan dispnea. Gejala dan tanda Mayor secara objektif antara lain tekanan PaCO₂ meningkat/menurun, PaO₂ meningkat/menurun, takikardia, pH arteri meningkat/menurun, terdapat bunyi napas tambahan. Pada diagnosis gangguan pertukaran gas terdapat data mayor yaitu perubahan perubahan PO₂ dan PCO₂, takikardi, bunyi napas tambahan dan hal ini sesuai dengan data yang ada pada kasus diatas

E. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas. Gejala dan tanda mayor secara objektif antara lain batuk tidak

efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing dan atau ronchi kering, mekonium di jalan napas pada Neonatus. Gejala dan tanda minor secara objektif antara lain gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah. Pada diagnosis bersihan jalan napas tidak efektif tidak ditemukan data perubahan saturas, Po2 dan PCO2 pada data mayor maupun minor sehingga tidak sesuai dengan kasus di atas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan mengenai Bronchopneumonia.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

28.E. Kolaborasi pemberian terapi inhalasi

- Batuk berdahak, frekuensi respirasi 28x/mnt, ronchi, sulit mengeluarkan dahak
- A. Intervensi posisi semifowler merupakan salah satu cara untuk membantu sesak napas sehingga asupan oksigen kedalam paru-paru menjadi optimal. Pemberian posisi semifowler dengan memberikan posisi berbaring klien dalam posisi setengah duduk yaitu 30-45 derajat. Posisi semifowler dapat dievaluasi dengan menunjukkan frekuensi napas dalam batas normal yaitu 16-24x/mnt. Pada kasus diatas tidak ditemukan adanya indikasi klien untuk sesak sehingga pemberian posisi semifowler bukan intervensi berdasarkan kasus di atas.
 - B. Intervensi berikan cairan peroral merupakan tindakan memberikan cairan melalui oral atau mulut. Pemberian cairan ini dilakukan dengan tujuan untuk mengganti cairan yang hilang. Intervensi memberikan cairan peroral dapat dilakukan setelah intervensi prioritas pada kasus diatas.
 - C. Intervensi berikan kompres diindikasikan yaitu untuk klien dengan masalah hipertensi. Kompres hangat bekerja dengan cara memperlebar pembuluh darah. Pembuluh darah yang melebar atau vasodilatasi akan mempermudah terjadinya penguapan atau pengeluaran panas dari tubuh sehingga suhu dalam tubuh akan berangsor menurun. Pada kasus diatas klien mengalami demam namun subfebris dapat dilakukan namun setelah intervensi prioritas
 - D. Observasi tanda-tanda vital merupakan tindakan dalam mengukur dan observasi terhadap tanda-tanda vital antara suhu badan, frekuensi respirasi, frekuensi nadi, dan tekanan darah. Hasil pengukuran tanda-tanda vital ini akan diobservasi dan dianalisis apakah mengalami perubahan baik

meningkat maupun menurun. Pada kasus di atas observasi tanda tanda vital yang menjadi perhatian yaitu frekuensi respirasi, suhu berdasarkan pada kasus diatas klien subfebris adanya perubahan frekuensi respirasi. Observasi tanda-tanda vital dapat dilakukan setelah intervensi prioritas.

E. Kolaborasi pemberian terapi inhalasi merupakan pemberian obat yang dilakukan secara inhalasi atau dihirup ke dalam sistem *respiratory* atau pernapasan. Tujuan pemberian terapi inhalasi antara lain melebarkan saluran pernapasan karena efek obat bronkodilator, menekan proses peradangan, mengencerkan adan memudahkan pengeluaran sekret karena efek obat mukolitik dan ekspetoran. Terapi inhalasi ini digunakan dengan indikasi tidak mampu untuk batuk secara efektif dan kesulitan untuk mengeluarkan dahak. Pada kasus diatas ditemukan adanya data mayor bunyi tambahan (ronchi) pada pru-paru, kesulitan untuk mengeluarkan dahak, batuk berdahak. Berdasarkan pada data tersebut maka pemberian terapi inhalasi merupakan intervensi yang tepat pada kasus di atas, dengan pemberian inhalasi diharapkan paru-paru dapat melebar, sekret dapat keluar karena efek mukolitik, sehingga frekuensi napas dalam rentang normal, batuk berdahak berkurang, suara napas tambahan menghilang.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan mengenai Bronchopneumonia khususnya terapi inhalasi.

Referensi:

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Edisi 1 cetakan II. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

29.C. 16 tetes/menit

Pemberian cairan intravena, 1500 ml/24 jam, faktor tetesan: 15 tts/mnt, terdapat indikasi dehidrasi. Pemasangan infus adalah pemberian cairan ke dalam tubuh melalui kateter intra vena (IV) ke dalam pembuluh darah vena untuk mengantikan cairan yang hilang atau memenuhi zat-zat makanan

Tujuan prosedur pemasangan infus adalah:

1. Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang hilang yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein lemak dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara adekwat melalui oral
2. Memperbaiki keseimbangan asam basa
3. Memperbaiki volume komponen-komponen darah
4. Memberikan jalan masuk untuk obat-obatan ke dalam tubuh

Menghitung Tetesan Infus

Macam-macam selang infus

1. Mikrodrip, biasanya digunakan untuk klien neonatus, 1cc = 60 tetes
2. Makrodrip, biasanya digunakan untuk klien anak-anak & dewasa, ada dua macam:
 - a. 1 cc = 20 tetes (faktor tetesan 20)
 - b. 1 cc = 15 tetes (faktor tetesan 15)

Cara menghitung jumlah cairan infus

Jumlah cairan yang masuk per jam (cc/jam) = Program (tetes/menit) X 60

Mikrodrip/Makrodrip

Jumlah cairan yang masuk sehari (cc/24jam) = Program (tetes/menit)

24X60 x makrodrip/mikrodrip

Rumus perhitungan cairan tetes/menit

$$\text{tetes/menit} = \frac{\text{volume} \times \text{factor tetes (makrodrip)}}{\text{waktu} \times 60 \text{ menit}}$$

$$\begin{aligned}&= \frac{1500 \text{ ml} \times 15 \text{ tetes /menit (makrodrip)}}{24 \times 60} \\&= 22.500/1440 \\&= 15,625 \text{ tetes /menit} \\&= 16 \text{ tetes /menit}\end{aligned}$$

- A. Jawaban tidak sesuai dengan hasil hitungan
- B. Jawaban tidak sesuai dengan hasil hitungan
- C. Jawaban sesuai dengan hasil hitungan yang sudah dibulatkan
- D. Jawaban tidak sesuai dengan hasil hitungan
- E. Jawaban tidak sesuai dengan hasil hitungan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cairan dan elektrolit beserta perhitungan kebutuhan cairan.

Referensi:

Alfianur, Handayani fitriya, dkk. 2022. Modul Praktikum Keperawatan Anak. CV. Adanu Abimata

30.D. Hipovolemi

BAB cair, membran mukosa kering, turgor kulit menurun, peningkatan frekuensi nadi, suhu tubuh meningkat

- A. Keletihan (D.0057) merupakan penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat. Gejala dan tanda mayor antara lain merasa energi kurang, kurang tidur dan merasa lelah. Gejala dan tanda minor antara lain merasa bersalah dan libido menurun. Pada kasus di atas klien mengeluh lemas, namun data yang ditemukan hanya satu data sehingga tidak cukup untuk menegakkan suatu masalah keperawatan, keletihan bukan masalah keperawatan yang prioritas untuk kasus diatas.
- B. Nyeri akut (D.0077) merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Gejala dan tanda mayor dari nyeri akut antara lain meringis, sulit tidur, frekuensi nadi meningkat, gelisah. Gejala dan tanda minor antara lain tekanan darah meningkat, pola napas berubah, napsu makan berubah, menarik diri, berfokus pada diri sendiri. Pada kasus di atas tidak ada data yang mendukung pada tanda mayor dan minor dari diagnosis nyeri akut, sehingga tidak sesuai dengan kasus di atas.
- C. Hipertermi (D.0130) merupakan suhu tubuh meningkat di atas normal tubuh. Data untuk hipertermi antara lain peningkatan suhu tubuh, kulit merah, kejang, takipnea, takikardi, kulit teraba hangat. Pada kasus di atas data yang mendukung pada hipertermi hanya peningkatan suhu tubuh, sehingga tidak cukup untuk menegakkan suatu masalah keperawatan. Hipertermi tidak sesuai dengan kasus di atas
- D. Hipovolemi (D.0023) merupakan peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial dan atau intraseluler. Hipovolemi ditandai dengan data mayor antara lain: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, membran mukosa kering, turgor kulit menyempit, hematokrit meningkat. Data minor antara lain lemas, lesu, suhu meningkat, konsentrasi urine meningkat, berat badan turun. Pada kasus diatas ditemukan adanya data mayor yaitu peningkatan nadi, membran mukosa kering, turgor kulit menurun, sedangkan pada data minor ditemukan data adanya peningkatan suhu tubuh, sehingga dapat ditegakkan sebagai masalah keperawatan. Masalah keperawatan hipovolemi sesuai dengan kasus di atas
- E. Defisit nutrisi (D.0019) merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Gejala dan tanda mayor antara lain berat badan menurun 10%. Gejala dan tanda minor antara lain napsu makan

menurun, bising usus hiperaktif, otot menelan lemah, sariawan, membran mukosa pucat, rambut rontok dan diare. Pada kasus di atas ditemukan adanya diare, penurunan berat badan 1 kg namun belum 10% berat badan turun, sehingga data yang sesuai hanya satu, hal ini tidak dapat ditegakan menjadi masalah keperawatan. Masalah keperawatan defisit nutrisi tidak sesuai dengan kasus di atas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan mengenai diare.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

31.D. Berikan Terapi Oksigen

Terapi Oksigen

- A. Dilakukan untuk memantau gangguan pernapasannya
- B. Dilakukan untuk memantau gangguan pernapasannya
- C. Salah satu posisi yang diindikasikan pada anak dengan gangguan pernapasan namun agak sulit untuk anak usia toddler
- D. Salah satu posisi yang diindikasikan pada anak dengan gangguan pernapasan namun agak sulit untuk anak usia toddler
- E. gangguan pernapasan dapat menyebabkan perfusi ke jaringan otak menurun

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang sistem pernapasan.

Referensi:

Nanda Internasional: *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell.

Hockenberry & Wilson D: *Essential of pediatric nursing* (2011).

Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong (Wongs Essentials of Pediatric Nursing) Volume 1 (2009)

32.A. Hipertermi

Suhu Tubuh

- A. Datang dengan keluhan demam dan data suhu menunjukkan di atas normal
- B. Adanya riwayat kejang akan dapat menyebabkan risiko cedera

- C. Adanya riwayat kejang akan dapat menyebabkan kejang berulang
 - D. Terdapat ronchi yang menandakan adanya bersihan jalan napas tidak efektif namun frekuensi napas masih dalam batas normal
 - E. Adanya riwayat kejang akan berdampak pada kerusakan jaringan otak
- Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Suhu Tubuh.

Referensi:

- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
Hockenberry & Wilson D: *Essential of pediatric nursing* (2011).
Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong (*Wongs Essentials of Pediatric Nursing*) Volume 1 (2009)

33.B. Gangguan Perfusi Jaringan

Perfusi jaringan

- A. Kurangnya suplai oksigen akan menyebabkan gangguan pertukaran gas
- B. Adanya kebiruan, pucat menandakan adanya gangguan perfusi jaringan dan harus segera diatasi
- C. Berisiko adanya gangguan bersihan jalan napas
- D. Berisiko adanya gangguan pola napas
- E. Berisiko adanya penurunan curah jantung dengan penyebabnya adalah perfusi yang terganggu

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Sistem Pernapasan,

Referensi:

- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
Hockenberry & Wilson D: *Essential of pediatric nursing* (2011).
Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong (*Wongs Essentials of Pediatric Nursing*) Volume 1 (2009).

34.D. Kelebihan Volume Cairan

Volume Cairan

- A. Terdapat data anak ingin segera sembuh dan kembali ke sekolah menunjukkan adanya kecemasan pada anak
- B. Adanya edema pada ekstermitas dapat menyebabkan intoleransi aktifitas

- C. Adanya wajah yang sembab kemungkinan dapat menyebabkan gangguan konsep diri pada anak usia sekolah
- D. Adanya edema mengindikasikan kelebihan cairan di dalam tubuh dan merupakan masalah prioritas yang harus segera dilakukan tindakan
- E. Tidak nafsu makan akan berisiko adanya gangguan nutrisi pada anak

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kebutuhan cairan dan elektrolit.

Referensi:

- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
Hockenberry & Wilson D: Essential of pediatric nursing (2011).
Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong (Wongs Essentials of Pediatric Nursing) Volume 1 (2009).

35.C. Penurunan curah jantung

Curah jantung

- A. Kurangnya suplai oksigen akan menyebabkan kelelahan pada anak
- B. Anak datang dengan keluhan sesak namun frekuensi napas masih dalam batas normal
- C. Masalah utama yang dapat terjadi pada anak dengan kelainan jantung
- D. Adanya keluhan sesak napas akan dapat menyebabkan gangguan pola tidur
- E. Nafsu makan menurun akan berdampak gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Sistem Kardiovaskuler.

Referensi:

- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
Hockenberry & Wilson D: Essential of pediatric nursing (2011).
Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong (Wongs Essentials of Pediatric Nursing) Volume 1 (2009)

36.B. Dramatic play

Bermain dokter-dokteran dengan mengenakan baju putih dan memakai stetoskop mainan, teman-temannya ada yang berperan sebagai pasien dan orangtua.

Optian a → *skill play* adalah jenis permainan keterampilan

Optian b → *dramatic play*, bermain dan berbagi peran

Optian c → *social affective play*, anak belajar berespon terhadap respon yang diberikan oleh lingkungan dalam bentuk permainan.

Optian d → *unoccupied behaviour*, anak tidak bermain tetapi memfokuskan perhatian mereka secara singkat pada apapun yang menarik perhatian mereka

Option e → *sense of pleasure play*, permainan dengan alat yang dapat menimbulkan rasa senang pada anak.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang bermain terapeutik.

Referensi:

Wulandari, D, & Erawati, M. (2016) Buku Ajar Keperawatan Anak. Yogyakarta.
Pustaka Belajar.

SOAL
KEPERAWATAN GERONTIK

1. Seorang perempuan, 82 tahun, tinggal bersama di rumah anak dan menantunya. Saat perawat datang berkunjung, keluarga menyampaikan kondisi yang dialami oleh pasien yaitu aktifitas terbatas, kurang koordinasi gerak, sering hampir terjatuh, dan tremor. Apakah tindakan perawat yang harus dilakukan untuk kasus tersebut diatas?
 - A. Anjurkan keluarga untuk membantu aktifitas
 - B. Anjurkan keluarga untuk memantau kegiatan sehari-hari pasien
 - C. Bantu keluarga memilih kegiatan yang cocok
 - D. Ajarkan keluarga cara-cara untuk mencegah cedera
 - E. Bersama keluarga membuat jadwal kegiatan untuk pasien
2. Seorang wanita, 65 tahun, mempunyai riwayat penyakit gula sejak 2 tahun lalu. Saat ini klien mengeluh kesemutan pada kedua kaki yang dirasakan sepanjang hari. Kaki kadang terasa sakit atau *pegel*. Kaki kadang terlihat bengkak. Pengisian kapiler 3 detik. Apakah tindakan keperawatan yang paling tepat?
 - A. Batasi aktivitas klien
 - B. Ajarkan prinsip konservasi energi
 - C. Ajarkan senam kaki diabetik
 - D. Anjurkan untuk jalan sehat
 - E. Batasi konsumsi garam
3. Seorang perempuan, 73 tahun, tinggal seorang diri di rumahnya karena suaminya sudah meninggal 3 tahun yang lalu dan anak-anaknya sudah tinggal bersama keluarga masing-masing. Saat ini dia sering terlihat murung dan sering menyendiri. Saat perawat lansia berkunjung ke rumahnya, pasien mengeluh merasa kesepian dan sering tidak bisa tidur jika ingat suami dan anak-anaknya. TD 150/90 mmHg, Nadi 90x/mnt. Apakah Instrumen pengkajian yang tepat digunakan oleh perawat pada kondisi diatas?
 - A. *Katz Indeks*
 - B. *Barthel Indeks*
 - C. *Mini Mental State Exam*
 - D. *Geriatric Depresion Scale*
 - E. *Short Portable Mental*
4. Seorang lansia, berusia 90 tahun datang ke Puskesmas dengan keluhan berdebar-debar, nyeri saat BAK seperti tidak tuntas. Hasil pengkajian skala nyeri 8. Tekanan darah 180/90 mmHg, suhu 37,5°C frekuensi napas 18x/m dan palpasi

daerah simpisis teraba keras. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus?

- A. Nyeri akut
 - B. Ansietas
 - C. Retensi Urin
 - D. Resiko inkontinensia
 - E. Kesiapan eliminasi
5. Seorang wanita, 90 tahun, mengatakan saat ini merasa mudah lelah, saat bergerak merasa lemas, cepat lelah, sehingga lebih banyak beristirahat. Saat berjalan terasa berat, jantung berdetak kencang, dan terasa sesak setelah berjalan, gambaran EKG iskemik. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Intoleransi aktivitas
 - B. Penurunan curah jantung
 - C. Gangguan sirkulasi spontan
 - D. Perfusi miokard tidak efektif
 - E. Gangguan mobilitas fisik
6. Seorang laki-laki, 65 tahun, dirawat di bangsal gerontik, berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data, pasien mengeluh tidak bisa tidur sejak 2 hari terakhir karena lututnya sering ngilu di malam hari , skala nyeri 6, frekuensi nadi 110x/menit, TD 140/100 mmHg, tidak nafsu makan, lutut tampak bengkak, KATZ indeks kategori A. Apakah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Mual
 - B. Nyeri akut
 - C. Nyeri kronis
 - D. Gangguan pola tidur
 - E. Gangguan mobilitas fisik
7. Seorang laki-laki, 75 tahun, dikunjungi oleh perawat *home visit*. Hasil pengkajian: pasien memiliki riwayat jatuh 2 minggu yang lalu dan tangan kiri terkilir, tidak ada keluhan saat berpindah tempat, dan hasil pemeriksaan SPMSQ kerusakan intelektual ringan, KATZ Indeks B. Pasien mengalami gangguan pendengaran. Hasil observasi lingkungan lantai rumah terbuat dari keramik. Apakah intervensi keperawatan yang dilakukan untuk menghindari resiko jatuh berulang?
- A. Mengajurkan untuk membelikan alat bantu jalan

- B. Menganjurkan melakukan pemeriksaan penunjang
- C. Menganjurkan untuk menggunakan alat bantu dengar
- D. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- E. Menganjurkan melakukan kegiatan untuk mempertahankan fungsi kognitif

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK

1. D. Ajarkan keluarga cara-cara untuk mencegah cedera

Komponen mobilitas fisik klien

- A. Option a kurang tepat karena bukan memandirikan pasien
- B. Option b kurang tepat seharusnya ADL dibantu
- C. Option c kurang tepat karena bukan pilihan aktifitas yg dilakukan
- D. Option d jawaban yang tepat karena tentang pencegahan cedera
- E. Option e kurang tepat karena tujuannya bukan *schedule* kegiatan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pencegahan cedera.

Referensi:

Miller C.A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company.

2. C. Ajarkan senam kaki diabetik

Tindakan keperawatan mencegah gangguan pengisian kapiler

- A. Option a kurang tepat karena bukan karena kelebihan aktivitas
- B. Option b kurang tepat bukan berkaitan dengan kurang energi
- C. Option c jawaban tepat karena masalah utama adalah Penyakit gula
- D. Option d kurang tepat karena hanya bersifat simptomatis
- E. Option e kurang tepat karena masalah utama DM bukan HT

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penatalaksanaan DM.

Referensi:

Miller C.A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company

3. D. Geriatric Depresion Scale

Tanda-tanda depresi pada lansia adalah murung, menyendiri, kesepian.

- A. Option a kurang tepat karena merupakan instrument penilaian aktivitas
- B. Option b kurang tepat merupakan inetrumen penilaian ADL
- C. Option c tidak tepat karena merupakan penilaian status mental
- D. Option d jawaban tepat karena mampu menilai tingkat depresi lansia
- E. Option e kurang tepat karena menilai status mental lansia saja

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang instrumen pengkajian gerontik khususnya menilai depresi lansia.

Referensi:

Miller C.A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company

4. C. Retensi Urin

Salah satu data pada retensi urin adalah palpasi simpisis pubis keras, BAK tidak tuntas

- A. Option a kurang tepat karena bukan masalah utama
- B. Option b kurang tepat karena bukan masalah psikosomatis
- C. Option c tepat karena data pengkajian menunjukkan retensi urin
- D. Option d tidak tepat karena ini tipologi masalah aktual bukan resiko
- E. Option e kurang tepat karena bukan berkaitan dengan kesiapan eliminasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang instrumen pengkajian gerontik khususnya menilai depresi lansia.

Referensi:

Miller C.A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company

5. A. Intoleransi aktivitas

Tanda intoleransi aktivitas adalah cepat lelah, sesak napas saat beraktivitas

- A. Option a tepat karena data pada kasus menunjukkan masalah intoleransi aktivitas
- B. Option b kurang tepat karena bukan masalah utama
- C. Option c tidak tepat karena data penunjang sirkulasi spontan kurang lengkap
- D. Option d kurang tepat, tidak didukung data sirkulasi jantung
- E. Option e kurang tepat karena kasus bukan mengarah pada mobilitas klien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang aktivitas lansia.

Referensi:

Miller C.A (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory And Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company.

6. B. Nyeri akut

Skala nyeri 6 selama 2 hari terakhir

- A. Meskipun di dalam kasus terdapat gejala mual tetapi ini bukanlah jawaban diagnosis keperawatan utama dikarenakan rasa mual sebagai gejala minor.
- B. Gangguan mobilitas fisik sebagai bentuk keterbatasan gerak dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri, dalam kasus ditemukan gejala minor yaitu nyeri saat bergerak, sehingga gejala ini bukanlah gejala dari diagnosis keperawatan yang utama perlu dilihat juga nilai Katz INDEKS mandiri artinya tidak sampai mengganggu aktivitas sehari-hari
- C. Nyeri akut adalah jawab yang tepat dikarenakan gejala mayor dan minor sudah ditemukan didalam kasus yaitu: nyeri skala 6, mempengaruhi peningkatan TD serta Nadi, dan kebutuhan istirahat/tidur pasien tersebut.
- D. Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Dalam kasus pasien mengeluh sulit tidur, meskipun secara data subjektif ada tanda gejala mayor tetapi gejala tersebut bukanlah masalah utama karena gangguan pola tidur dalam kasus diakibatkan dari rasa nyeri yang dialami pasien
- E. Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, onset mendadak atau lambat, berintensitas hingga berat yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Dalam kasus pasien mengeluhkan nyeri skala 6 tetapi jika dilihat dari onsetnya tidak sesuai dengan definisi nyeri kronik dimana keluhan berlangsung lebih dari 6 bulan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep nyeri dan gangguan muskuloskeletal pada lansia.

Referensi:

Esther Chang et al. 2012. Patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan.
Penerbit: EGC

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

7. D. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

Hasil observasi lingkungan lantai rumah terbuat dari keramik.

- A. Menganjurkan untuk membelikan alat bantu jalan merupakan tindakan terapeutik dalam intervensi pencegahan cedera tetapi dalam kasus ini tidak ditemukan gangguan mobilisasi
- B. Pada hasil pemeriksaan SPMSQ pasien mengalami kerusakan intelektual ringan tetapi hal tersebut bukanlah masalah utama yang harus diatasi dengan tindakan pencegahan jatuh berulang
- C. Meskipun perawat mengalami kesulitan saat berkomunikasi dengan lansia yang mengalami pendengaran akan tetapi menganjurkan untuk menggunakan alat bantu dengar bukanlah intervensi yang tepat dengan intervensi pencegahan jatuh berulang
- D. Menganjurkan melakukan pemeriksaan penunjang dikarenakan hasil pengkajian memiliki riwayat jatuh 2 minggu yang lalu dan tangan kiri terkilir, hal tersebut bukanlah masalah utama yang harus diatasi dengan tindakan pencegahan jatuh berulang
- E. Intervensi utama dalam SLKI pencegahan jatuh terdiri dari terdapat tindakan observasi, terapeutik dan edukasi. Menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin adalah tindakan edukasi bagi lansia yang memiliki riwayat jatuh dikarenakan lantai rumah terbuat dari keramik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep resiko cedera dan intervensi sesuai dengan SLKI/NIC.

Referensi:

- Esther Chang et al. 2012. Patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan.
Penerbit: EGC
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

SOAL
KEPERAWATAN JIWA

1. Seorang laki-laki, 35 tahun, dibawa ke RSJ karena membakar sepeda motor tetangganya sehari yang lalu dan bicara sendiri. Keluarga mengatakan pasien sering marah-marah tanpa sebab dan pernah dirawat 2 kali dengan alasan yang sama. Hasil pengkajian: merasa kesal, berbicara kasar dan menendang-nendang benda-benda yang berada di sekitarnya, tidak mau melakukan kegiatan di ruangan dan badan bau. Apakah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - A. Resiko perilaku kekerasan defisit perawatan diri
 - B. Perilaku kekerasan
 - C. Harga diri rendah
 - D. Isolasi sosial
 - E. Halusinasi
2. Seorang laki-laki, usia 25 tahun, dirawat di RSJ karena mengurung diri dan bicara sendiri sejak satu bulan yang lalu. Keluarga mengatakan putus pacar dan marah-marah. Hasil pengkajian: merasa kesepian, tidak aman, dan merasa bosan. Pasien terlihat murung, diam, tidak mau bicara, kontak mata kurang dan badan kotor. Apakah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - A. Risiko perilaku kekerasan
 - B. Defisit perawatan diri
 - C. Harga diri rendah
 - D. Isolasi sosial
 - E. Halusinasi
3. Seorang laki-laki, usia 25 tahun, dirawat di RSJ karena mengurung diri sejak dua bulan yang lalu. Keluarga mengatakan pasien sudah 4 kali tes tetapi selalu gagal dan sejak itu pasien sering menyendiri. Hasil pengkajian: merasa tidak berguna karena gagal lolos masuk Polisi, merasa bodoh, kecewa tidak dapat membanggakan orangtua. Apakah tindakan keperawatan yang utama pada kasus tersebut?
 - A. Membantu menilai kemampuan yang masih dapat digunakan
 - B. Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki
 - C. Menganjurkan berinteraksi dengan orang lain
 - D. Mengkaji penyebab menyendiri
 - E. Mengajarkan kegiatan olahraga

4. Seorang perempuan, 27 tahun, dirawat di RSJ karena sudah 2 bulan pasien sering bicara, tidak mau mandi dan tidak mau keluar kamar. Hasil Pengkajian: sering melihat bayangan lukisan ayahnya yang bergerak – gerak di dinding, bayangan tersebut selalu muncul jika pasien sendirian, merasa takut, tampak menggigit bibirnya, tampak menunduk dan pakaian kotor. Apakah diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - A. Risiko perilaku kekerasan
 - B. Defisit perawatan diri
 - C. Harga diri rendah
 - D. Isolasi sosial
 - E. Halusinasi
5. Seorang perempuan, 22 tahun, sudah 1 minggu dirawat di RSJ karena mengamuk. Hasil pengkajian: sering menyendiri, tidak mau ikut beraktifitas dengan yang lain, kontak mata tidak adekuat, dan sulit diajak berkomunikasi. Perawat sudah melakukan intervensi pasien sudah tahu dan menyadari penyebab menarik dirinya. Apakah intervensi selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Memberi penjelasan tentang manfaat berinteraksi dengan orang lain
 - B. Membantu pasien berdiskusi tentang kerugian tidak berinteraksi
 - C. Melatih pasien untuk berkenalan dengan orang lain
 - D. Mengajarkan pasien untuk berkenalan dengan 2 orang atau lebih
 - E. Menyarankan pasien mengikuti kegiatan TAK
6. Seorang perempuan, 22 tahun, dirawat di RSJ karena bicara sendiri dan tidak mau mandi selama 2 minggu. Keluarga mengatakan 1 tahun yang lalu ditinggal suaminya menikah lagi dan mengamuk. Hasil pengkajian: merasa tidak mampu sebagai istri, merasa tidak cantik, tidak mampu mengerjakan kegiatan di rumah, menunduk, bicara lambat, tidak mau mengikuti kegiatan di ruangan dan badan bau. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - A. Halusinasi
 - B. Isolasi sosial
 - C. Harga diri rendah
 - D. Defisit perawatan diri
 - E. Risiko perilaku kekerasan

7. Seorang laki-laki, 32 tahun, dirawat di RSJ karena marah-marah dan bicara sendiri selama 2 hari. Keluarga mengatakan pernah dirawat 2 kali dengan gejala yang sama dan tidak mau minum obat. Hasil pengkajian: mendengar suara kakaknya yang sudah meninggal pada malam hari menjelang tidur selama 1 menit, pasien hanya diam saja, tidak mau berbicara dengan orang lain, badan bau dan kaki tangan kotor. Apakah komponen yang harus dikaji untuk memastikan diagnosis keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Isi
 - B. Jenis
 - C. Waktu
 - D. Respon
 - E. Upaya
8. Seorang perempuan, 25 tahun, dirawat di RSU karena akan dilakukan operasi amputasi kanker mammae. Hasil pengkajian: malu karena tidak sempurna sebagai perempuan, khawatir suaminya akan menceraikannya. Pasien mengatakan merasa tidak yakin dengan penyakitnya "*Kenapa terjadi pada saya, padahal saya makan makanan sehat*" "*Tuhan tidak adil*". Perawat melakukan pengkajian menurut Kubler Rose. Apakah tahap kehilangan pada kasus tersebut?
- A. Denial
 - B. Anger
 - C. Bargaining
 - D. Depression
 - E. Acceptance
9. Seorang laki-laki, 30 tahun, dibawa ke RSJ karena mengamuk. Keluarga mengatakan sudah 3 hari marah-marah dan pernah dirawat 3 kali karena putus obat. Hasil pengkajian: pasien berkata kasar dan menyerang petugas sehingga dilakukan tindakan pengikatan. Perawat tetap berusaha menenangkan pasien, mengobservasi area ikatan, mengukur tekanan darah, dan memastikan kebutuhan dasar pasien terpenuhi saat pasien dilakukan pengikatan. Apakah prinsip etik legal yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Veracity
 - B. Justice
 - C. Fidelity
 - D. Autonomy
 - E. Beneficence

10. Seorang perempuan, 26 tahun, dibawa ke RSJ karena tidak tidur selama 5 hari dan bicara sendiri. Keluarga mengatakan pernah dirawat 2 kali karena putus obat. Hasil pengkajian: merasa malu tidak mempunyai kemampuan, sekolah tidak selesai, tidak bekerja, tampak diam, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, badan bau. Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Latih cara mandi
 - B. Kaji kemampuan positif
 - C. Ajarkan cara menghardik
 - D. Dampingi pasien minum obat
 - E. Bimbing cara berkenalan dengan orang lain
11. Seorang laki-laki, 35 tahun, masuk RSJ karena mengurung diri dalam kamar sejak 3 minggu terakhir. Pasien tidak mau bicara, kontak mata kurang. Pada pertemuan pertama perawat membantu pasien mengenal masalahnya, mengajarkan pasien cara berkenalan. Apakah tindakan keperawatan untuk pertemuan selanjutnya adalah?
- A. Melatih berinteraksi 2-3 orang dan berbincang saat melakukan 2 kegiatan
 - B. Melatih berinteraksi 4-5 orang dan berbincang saat melakukan 2 kegiatan
 - C. Melatih bicara saat melakukan kegiatan sosial berbelanja ke warung
 - D. Mengidentifikasi masalah isolasi sosial
 - E. Melatih cara berkenalan
12. Seorang perempuan, 40 tahun dirawat di RSJ karena menolak untuk minum obat dan tertawa bicara sendiri. Menurut keluarga pasien sangat dekat dengan ibunya yang meninggal 1 tahun lalu. Ayahnya meninggal saat pasien berusia 1 tahun, pernah ditinggal menikah oleh pacarnya 3 tahun lalu. Pasien hanya tamat SD, sering tidak naik kelas. Apa faktor presipitasi pada kasus tersebut?
- A. Putus obat
 - B. Putus sekolah
 - C. Kehilangan ibu
 - D. Kehilangan ayah
 - E. Gagal menikah
13. Seorang laki-laki, 46 tahun dirawat di RSJ karena tiba-tiba memukul ibunya berkali-kali saat memasak di dapur. Keluarga mengatakan pasien sudah sejak 9 bulan menunjukkan perubahan perilaku. Awalnya hanya sering asyik sendiri, tertawa, bicara sendiri. Selanjutnya mulai tidak mau berada di dekat orang lain,

sulit diajak berbicara. Berapakah fase halusinasi pasien berdasarkan alasan masuk RS?

- A. Fase I *comforting*
- B. Fase II *condemning*
- C. Fase III *controlling*
- D. Fase IV *conquering*
- E. Fase V *conditioning*

14. Seorang perempuan, 37 tahun, dirawat di unit rawat bedah dengan post operasi mastektomi hari ketiga. Hasil pengkajian: pasien mengungkapkan tidak mau melihat lukanya karena dia sudah menjadi wanita cacat sekarang. Pasien sering terlihat menangis, bicara seperlunya dan cenderung diam. Manakah yang termasuk data subjektif?

- A. Sering menangis
- B. Cenderung diam
- C. Bicara seperlunya
- D. Post operasi mastektomi
- E. Tidak mau melihat lukanya

15. Seorang laki-laki, 24 tahun, masuk RSJ dengan keluhan ngamuk membanting barang. Pasien seorang kuli bangunan yang sudah 6 bulan ini tidak bekerja dan hanya di rumah saja. Menurut pasien dirinya kesal pada adiknya karena tidak mau membelikannya HP. Adiknya pekerja kantoran yang sering dibanding-bandingkan dengan pasien. Apakah masalah keperawatan utama pasien?

- A. Gangguan persepsi sensori
- B. Defisit perawatan diri
- C. Perilaku kekerasan
- D. Harga diri rendah
- E. Isolasi sosial

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN JIWA

1. B. Perilaku kekerasan

Marah-marah tanpa sebab, merasa kesal, bicara kasar dan menendang-nendang benda-benda yang berada di sekitarnya.

- A. Defisit perawatan diri: badan bau
- B. Perilaku Kekerasan: Marah-marah tanpa sebab, merasa kesal, bicara kasar dan menendang-nendang benda-benda yang berada di sekitarnya
- C. Harga diri rendah: Merasa tidak berguna.
- D. Isolasi Sosial: Tidak mau melakukan kegiatan di ruangan
- E. Halusinasi: Bicara sendiri

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi asuhan keperawatan Perilaku Kekerasan.

Referensi:

Stuart & Laraia (2005), *Principle and Practice of Psychiatric Nursing 8th edition*.
USA. Mosby.

2. D. Isolasi sosial

Mengurung diri sejak satu bulan, murung, diam tidak mau bicara, kontak mata kurang

- A. Risiko perilaku kekerasan: marah- marah.
- B. Defisit perawatan diri: badan kotor
- C. Harga diri rendah: putus dari pacar, merasa kesepian, tidak aman dan bosan
- D. Isolasi sosial: mengurung diri ,diam tidak mau bicara, kontak mata kurang
- E. Halusinasi: bicara sendiri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi asuhan keperawatan isolasi sosial.

Referensi:

Stuart & Laraia (2005), *Principle and Practice of Psychiatric Nursing 8th edition*.
USA. Mosby.

3. B. Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki

Merasa tidak berguna karena gagal lolos masuk Polisi, merasa bodoh, kecewa tidak dapat membanggakan orangtua.

Here and now dan data yang paling banyak mengarah pada kasus pasien mengalami: Harga diri rendah.

- A. Membantu menilai kemampuan yang masih dapat digunakan adalah intervensi selanjutnya setelah perawat selasai melakukan identifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
- B. Intervensi utama untuk pasien harga diri rendah yaitu mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
- C. Mengajurkan pasien berinteraksi dengan orang lain diberikan setelah pasien melakukan identifikasi kemampuan positif.
- D. Mengkaji penyebab bukan merupakan intervensi utama yang harus dilakukan perawat.
- E. Mengajarkan pasien kegiatan olahraga adalah intervensi selanjutnya setelah identifikasi kemampuan yang dimiliki.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi asuhan keperawatan harga diri rendah.

Referensi:

Stuart & Laraia (2005), *Principle and Practice of Psychiatric Nursing 8th edition*. USA. Mosby.

4. E. Halusinasi.

Sering melihat bayangan lukisan ayahnya yang bergerak-gerak di dinding, bayangan tersebut selalu muncul jika pasien sendirian, merasa takut, tampak menggigit bibirnya, tampak menunduk

- A. Perilaku kekerasan: tampak menggigit bibirnya
- B. Defisit perawatan diri: tidak mau mandi, pakaian kotor
- C. Harga diri rendah: menunduk
- D. Isolasi social: tidak mau keluar kamar
- E. Halusinasi: sering melihat bayangan lukisan ayahnya yang bergerak-gerak di dinding, bayangan tersebut selalu muncul jika pasien sendirian, merasa takut, tampak menggigit bibirnya, tampak menunduk.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi asuhan keperawatan Halusinasi: penglihatan.

Referensi:

Stuart & Laraia (2005), *Principle and Practice of Psychiatric Nursing 8th edition*. USA. Mosby.

5. A. Memberi penjelasan tentang manfaat berinteraksi dengan orang lain

Sering menyendiri, tidak mau ikut beraktivitas dengan yang lain, kontak mata tidak adekuat, dan sulit diajak berkomunikasi. Pasien sudah tahu penyebab menarik diri

- A. Data mengarah pada pasien dengan isolasi sosial. Intervensi selanjutnya setelah tahu penyebab isolasi sosial adalah memberi penjelasan tentang manfaat berinteraksi dengan orang lain
- B. Berdiskusi tentang kerugian berinteraksi adalah intervensi selanjutnya setelah pasien memahami manfaat berinteraksi dengan orang lain.
- C. Melatih berkenalan dengan orang lain merupakan intervensi selanjutnya setelah pasien mengetahui tentang manfaat berinteraksi dengan orang lain
- D. Mengajarkan pasien berkenalan dengan dua orang atau lebih dilakukan setelah pasien mampu melakukan interaksi dengan 1 orang
- E. Menyarankan pasien untuk mengikuti TAK adalah intervensi ketika pasien sudah bisa berinteraksi dengan orang lain.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali materi isolasi sosial menarik diri.

Referensi:

Stuart & Laraia (2005), *Principle and Practice of Psychiatric Nursing 8th edition*. USA. Mosby.

6. C. Harga diri rendah

Tanda gejala harga diri rendah, *here and now* dan data yang paling banyak

Silahkan bapak ibu beri penjelasan opsi A sampai E

- A. Halusinasi: bicara sendiri
- B. Isolasi sosial: menunduk, bicara lambat
- C. Harga diri rendah: ditinggal suaminya menikah lagi, merasa tidak mampu sebagai istri, merasa tidak cantik, tidak mampu mengerjakan kegiatan di rumah, tidak mau mengikuti kegiatan di ruangan
- D. Defisit perawatan diri: tidak mau mandi selama 2 minggu, badan bau
- E. Risiko perilaku kekerasan: mengamuk

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang komponen pengkajian asuhan keperawatan halusinasi.

Referensi:

Sutejo. 2017. Konsep Praktik dan Asuhan Keperawatan Kesehatan jiwa: Gangguan jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

7. E. Upaya

Komponen halusinasi

Silahkan bapak ibu beri penjelasan opsi a sampai e

- A. Isi: suara kakaknya yang sudah meninggal
- B. Jenis: mendengar
- C. Waktu: malam hari
- D. Respon: diam saja
- E. Upaya: belum mampu mengontrol halusinasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang komponen pengkajian asuhan keperawatan halusinasi.

Referensi:

Sutejo. 2017. Konsep Praktik dan Asuhan Keperawatan Kesehatan jiwa: Gangguan jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

8. A. Denial

Tahapan kehilangan

Silahkan bapak ibu beri penjelasan opsi a sampai e

- A. *Denial*/atau menyangkal, merupakan pertahanan sementara untuk diri sendiri. Bentuk dari menyangkal seperti perkataan "Saya merasa baik-baik saja.>"; "Hal ini tidak mungkin terjadi", "tidak pada saya" dan lain sebagainya."
- B. *Anger*: *Anger* atau marah, pada tahap ini individu akan menyadari bahwa ia tidak dapat senantiasa menyangkal. Bentuk dari tahap *anger* seperti perkataan "Kenapa saya? Ini tidak adil!"; "Bagaimana mungkin hal ini dapat terjadi pada saya?"; "Siapa yang harus dipersalahkan?" dan lain sebagainya.
- C. *Bargaining*. *Bargaining* atau tawar menawar, pada tahap ini individu berupaya melibatkan harapan supaya dapat sedemikian rupa menghambat atau menunda kehilangan. Ungkapan dari tahap bargaining seperti "Biarkan saya hidup untuk melihat anak saya diwisuda."; "Saya akan melakukan apapun untuk beberapa tahun."; "Saya akan memberikan simpanan saya jika...", dan lain sebagainya.

- D. *Depression* atau depresi , pada tahap ini individu seringkali menolak untuk berinteraksi dan menghabiskan banyak waktu untuk menangis dan menyendiri.
- E. *Acceptance* atau Penerimaan, pada tahap ini individu sudah dapat menerima keadaan yang sesungguhnya terjadi. ungkapan yang sering disampaikan pada tahap penerimaan adalah "Semuanya akan baik-baik saja."; dan lain sebagainya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahap kehilangan.

Referensi:

Sutejo. 2017. Konsep Praktik dan Asuhan Keperawatan Kesehatan jiwa: Gangguan jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

9. E. Benefience

Etik legal, afektif atau sikap

Silahkan bapak ibu beri penjelasan opsi a sampai e

- A. *Veracity*: jujur kepada pasien dan keluarga
- B. *Justice*: bersikap adil kepada semua pasien
- C. *Fidelity*: selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga
- D. *Autonomy*: menghormati hak pasien
- E. *Benefience*: melakukan yang terbaik bagi pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi:

Sutejo. 2017. Konsep Praktik dan Asuhan Keperawatan Kesehatan jiwa: Gangguan jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru

10.B. Kaji kemampuan positif

Rencana tindakan harga diri rendah

Silahkan bapak ibu beri penjelasan opsi a sampai e

- A. Latih cara mandi : untuk pasien defisit perawatan diri
- B. Kaji kemampuan positif: untuk pasien harga diri rendah
- C. Ajarkan cara menghardik: pasien halusinasi
- D. Dampingi pasien minum obat: pasien halusinasi
- E. Bimbing cara berkenalan dengan orang lain: pasien isolasi sosial

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan harga diri rendah.

Referensi:

Sutejo. 2017. Konsep Praktik dan Asuhan Keperawatan Kesehatan jiwa: Gangguan jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru

11. A. Melatih berinteraksi 2-3 orang dan berbincang saat melakukan 2 kegiatan

mengurung diri, pertemuan selanjutnya

Intervensi masalah keperawatan isolasi sosial pada pasien meliputi:

SP 1 Pasien

- Membantu pasien mengenal masalah isolasi sosial
- Menjelaskan cara berinteraksi dengan orang lain
- Melatih cara berkenalan
- Menyusun jadwal kegiatan latihan berkenalan

SP 2 Pasien

- Mengevaluasi kegiatan latihan berkenalan
- Melatih berinteraksi bertahap dengan 2-3 orang
- Melatih berbincang saat melakukan 2 kegiatan harian
- Menyusun jadwal kegiatan latihan berinteraksi dengan orang lain

SP 3 Pasien

- Mengevaluasi kegiatan latihan berkenalan
- Melatih berinteraksi bertahap dengan 4-5 orang
- Melatih berbincang saat melakukan 2 kegiatan harian lain
- Menyusun jadwal kegiatan latihan berinteraksi dengan orang lain

SP 4 Pasien

- Mengevaluasi kegiatan latihan berkenalan
- Melatih bicara saat melakukan kegiatan sosial berbelanja ke warung
- Menyusun jadwal kegiatan latihan berinteraksi dengan orang lain dan kegiatan sosial

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi keperawatan isolasi sosial pada pasien.

Referensi:

Wuryaningsih, E.W., dkk. 2018. Keperawatan Kesehatan Jiwa I. Jember: UPT Percetakan dan Penerbit Universitas Jember

12.A. Putus obat

Dirawat RSJ karena menolak minum obat

Faktor presipitasi merupakan faktor pencetus terjadi keluhan saat ini berupa peristiwa yang terjadi kurang dari 6 bulan lalu

- A. Menolak untuk minum obat,
Menunjukkan kejadian dalam kurun waktu terbaru dan kurang dari 6 bulan
- B. Putus sekolah,
Terlihat pasien hanya tamat SD, kejadian sudah berlangsung sejak lama di masa usia SD sedangkan saat ini pasien berusia 40 tahun. Artinya terjadi lebih dari 6 bulan
- C. Kehilangan ibu,
Menunjukkan kejadian 1 tahun lalu, tidak termasuk faktor presipitasi karena lebih dari 6 bulan
- D. Kehilangan ayah,
menunjukkan kejadian 39 tahun lalu saat usia pasien 1 tahun. Bukan faktor presipitasi karena kejadian lebih dari 6 bulan lalu
- E. Gagal menikah, menunjukkan kejadian 3 tahun lalu

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang faktor presipitasi gangguan jiwa.

Referensi:

Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi. Andi Offset. Yogyakarta.

13.D. Fase IV *conquering*

Memukul ibunya berkali-kali

Fase I *comforting* (menyenangkan).

Memberi rasa nyaman. Tingkat ansietas sedang. Secara umum halusinasi merupakan suatu kesenangan. Pada fase ini pasien belum berpotensi untuk melukai dirinya, lingkungan dan orang lain

Fase II *condemning* (menjijikan)

Menyalahkan. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipati

Fase III *controlling* (ansietas berat)

Mengontrol tingkat kecemasan berat pengalaman sensori tidak dapat ditolak lagi.

Fase IV *conquering*

Menunjukkan perilaku pasien *error* akibat panik, potensi kuat untuk melukai, aktifitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti: perilaku kekerasan

Fase V *conditioning*.

Bukan salah satu fase terjadinya halusinasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fase halusinasi.

Referensi:

Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi. Andi Offset. Yogyakarta.

14.E. Tidak mau melihat lukanya

pasien mengungkapkan

- A. Sering menangis,

Merupakan data objektif yang didapatkan dari hasil observasi terhadap pasien

- B. Cenderung diam,

Merupakan data objektif yang didapatkan dari hasil observasi terhadap pasien

- C. Bicara seperlunya,

Merupakan data objektif yang didapatkan dari hasil observasi terhadap pasien

- D. Post operasi mastektomi,

Merupakan data objektif yang didapatkan dari hasil observasi terhadap pasien dan studi dokumentasi catatan keperawatan pasien

- E. Tidak mau melihat lukanya,

Merupakan data subjektif yang didapatkan dari wawancara berdasarkan ungkapan secara langsung pasien saat pengkajian

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data subjektif dan data objektif pada pengkajian.

Referensi:

Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi. Andi Offset. Yogyakarta.

15.C. Perilaku kekerasan

Ngamuk membanting barang

Pasien masuk dengan keluhan utama ngamuk membanting barang, ungkapan pasien terkait kesal yang dirasakan, merupakan beberapa tanda gejala spesifik pada pasien dengan perilaku kekerasan. Tanda gejala mayor perilaku kekerasan antara lain:

- Tatapan tajam
- Bicara kasar
- Suara keras
- Perilaku menyakiti sekitar
- Tangan mengepal
- Rahang mengeras

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda gejala pasien perilaku kekerasan yang dapat ditemukan pada saat pengkajian pasien.

Referensi:

Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi. Andi Offset. Yogyakarta.

SOAL
KEPERAWATAN KELUARGA

1. Seorang perawat sedang kunjungan ke rumah keluarga inti. Hasil pendataan: kepala keluarga 55 tahun,istrinya 50 tahun, anak pertama laki-laki 27 tahun sudah bekerja, dan anak keduanya perempuan 20 tahun mahasiswa. Kepala keluarga mengatakan bahwa anak pertamanya belum mau menikah dalam 2 tahun ini karena masih fokus bekerja. Apakah kategori tahap perkembangan keluarga tersebut?
 - A. Lansia
 - B. Pemula
 - C. Anak remaja
 - D. Melepas anak dewasa
 - E. Menanti Kelahiran anak
2. Seorang perawat kunjungan ke rumah keluarga dengan anak 2 tahun. Hasil pengkajian: BB dan TB rendah dari anak di usianya dan sulit naik, tidak nafsu makan, pola makan tidak teratur. Ibu klien mengatakan bulan lalu mendapatkan paket gizi tambahan namun tidak dituntaskan karena anak tidak suka, dan tidak tahu cara membujuk untuk melanjutkan perawatan. Kondisi anak saat ini tampak tidak bersemangat. Apakah fungsi keluarga yang bermasalah pada kasus tersebut?
 - A. Afektif
 - B. Ekonomi
 - C. Sosialisasi
 - D. Reproduksi
 - E. Perawatan Kesehatan
3. Seorang perawat kunjungan ke rumah keluarga dengan anak 2 tahun. Hasil pengkajian pada anak: BB dan TB rendah dari anak seusianya dan sulit naik, tidak nafsu makan, pola makan tidak teratur. Ibu klien mengatakan bulan lalu mendapatkan paket gizi tambahan namun tidak dituntaskan karena anak tidak suka, dan tidak tahu cara membujuk untuk melanjutkan perawatan. Kondisi anak saat ini tampak tidak bersemangat. Apakah diagnosis keperawatan yang tepat untuk kasus tersebut?
 - A. Defisit nutrisi
 - B. Ketidakpatuhan
 - C. Kesiapan peningkatan pengetahuan
 - D. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
 - E. Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif

4. Seorang perawat melakukan pendataan keluarga sehat. Hasil pengkajian: kepala keluarga berusia 45 tahun, mengalami batuk lebih dari 2 minggu, jika anggota keluarga sakit biasa pengobatan tradisional, ia dan anaknya biasa menghabiskan rokok 1 bungkus setiap hari, dan mengatakan sulit berhenti. Klien mengatakan, kondisinya biasa saja dan tidak mau berobat. Apakah diagnosis keperawatan yang tepat untuk kasus tersebut?
 - A. Penyangkalan tidak efektif
 - B. Penurunan coping keluarga
 - C. Ketidakmampuan coping keluarga
 - D. Perilaku kesehatan cenderung berisiko
 - E. Kesiapan peningkatan coping keluarga
5. Seorang perawat melakukan pendataan keluarga sehat. Hasil pengkajian: kepala keluarga berusia 45 tahun, mengalami batuk lebih dari 2 minggu, jika anggota keluarga sakit biasa pengobatan tradisional, ia dan anaknya biasa menghabiskan rokok 1 bungkus setiap hari, dan mengatakan sulit berhenti. Klien mengatakan, kondisinya biasa saja dan tidak mau berobat. Apakah intervensi keperawatan promosi yang tepat untuk kasus tersebut?
 - A. Koping
 - B. Kesadaran diri
 - C. Keutuhan keluarga
 - D. Komunikasi efektif
 - E. Perilaku upaya kesehatan
6. Perawat melakukan kunjungan rumah dan ditemukan keluarga memiliki Batita dengan keluhan batuk. Hasil anamnesis, orang tua klien mengatakan anaknya sudah berobat di Puskesmas sehari sebelumnya, masih mendapatkan ASI dan MP-ASI. Kondisi Jendela rumah tertutup dan tidak pernah dibuka dan terciup asap rokok. Apakah topik edukasi diberikan pada keluarga tersebut?
 - A. Gizi bagi balita
 - B. Penggunaan kipas angin
 - C. Pengobatan yang didapatkan
 - D. Jenis makanan pendamping ASI
 - E. Sirkulasi udara yang baik di rumah
7. Seorang perempuan berumur 14 tahun ditemani ibunya ke Puskesmas. Hasil anamnesis, klien mengatakan mudah lemah, lelah, dan lesuh jika beraktivitas. Orangtua mengatakan anaknya lebih sering mengkonsumsi mie instan. Klien

didiagnosis anemia dan mendapatkan tablet Fe penambah darah. Perawat memberikan edukasi kesehatan mengenai penyebab keluhan dan pentingnya mengkonsumsi buah dan sayuran. Apakah tujuan intervensi keperawatan pada klien tersebut?

- A. Aktivitas membaik
- B. Keluhan berkurang
- C. Pengetahuan meningkat
- D. Komsumsi obat Fe tuntas
- E. Konsumsi sayuran membaik

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KELUARGA

1. D. Melepas anak dewasa

Usia anak pertama 27 tahun kategori Dewasa

- A. Tahap perkembangan keluarga Lansia, apabila kepala keluarga berusia lanjut (> 60 tahun)
- B. Tahap perkembangan keluarga Anak remaja, apabila usia anak pertamanya 13 s.d 23 tahun.
- C. Tahap perkembangan keluarga Pemula, apabila keluarga masih berdua dan baru menikah
- D. Tahap perkembangan keluarga Melepas anak dewasa, apabila usia anak pertamanya 24 s.d 45 tahun.
- E. Tahap perkembangan keluarga Menanti Kelahiran anak, dimulai dengan kelahiran anak pertama sampai bayi berusia 30 bulan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahap perkembangan keluarga menurut Friedman (2015), yang terbagi menjadi 7 tahap. Tahap perkembangan keluarga dapat dilihat dari usia anak pertama dalam keluarga. Pada kasus usia anak pertama 27 tahun berada pada rentang dewasa tengah yang sudah cukup usia untuk menikah. Kondisi pada kasus merupakan tugas perkembangan pada tahap perkembangan keluarga melepas anak dewasa.

Referensi:

Nies, M. A., & McEwen, M. (2019). Keperawatan kesehatan komunitas dan keluarga.

2. E. Perawatan Kesehatan

Ibu tidak tahu cara membujuk anak untuk melanjutkan perawatan

- A. Fungsi Afektif, merupakan kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan keluarga yang saling asuh atau saling menyayangi.
- B. Fungsi Ekonomi, berkaitan dengan pola komunikasi keluarga, pengelolaan keuangan, penyediaan perumahan, asuransi, dana pension, dan tabungan.
- C. Fungsi Sosialisasi, merupakan fungsi keluarga untuk menanamkan nilai-nilai yang ada di keluarga terhadap keluarga yang dimilikinya.
- D. Fungsi Reproduksi, bertujuan untuk melanjutkan garis keturunan, memelihara dan membesarkan anak.
- E. Fungsi Perawatan kesehatan, merupakan kemampuan yang harus dimiliki keluarga untuk melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami kondisi sakit atau ketidaksesuaian dengan konsep sehat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi keluarga yang terbagi menjadi 5 komponen fungsi. Pada keluarga dengan masalah pemenuhan kebutuhan dasar penunjang kesehatan (pemenuhan makan dan minum, istirahat dan tidur, pola aktivitas, dan *personal hygiene*) merupakan komponen yang dipenuhi keluarga dalam penerapan fungsi perawatan kesehatan.

Referensi:

Nies, M. A., & McEwen, M. (2019). Keperawatan kesehatan komunitas dan keluarga.

3. E. Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif

Hasil pemeriksaan anak khas kurang gizi, ibu tidak paham dan kesulitan menjalankan perawatan anaknya, kondisi anak semakin menurun.

- A. Defisit nutrisi, pengertian diagnosisnya adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolism.
- B. Ketidakpatuhan, pengertian diagnosisnya adalah perilaku individu dan/atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan/pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil perawatan/pengobatan tidak efektif.
- C. Kesiapan peningkatan pengetahuan, pengertian diagnosisnya adalah perkembangan informasi kognitif yang berhubungan dengan topik spesifik cukup untuk memenuhi tujuan kesehatan dan dapat ditingkatkan.
- D. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif, pengertian diagnosisnya adalah ketidak mampuan mengidentifikasi, mengelola, dan/atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan.
- E. Manajemen Kesehatan keluarga tidak efektif, pengertian diagnosisnya adalah pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga tidak memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan anggota keluarga.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis yang sering muncul pada kasus keperawatan keluarga pada level 2 dan 3, atau kategori perilaku pada buku SDKI. Memahami perbedaan pengertian dari masing-masing diagnosis pada kategori perilaku akan memudahkan pemahaman data pada kasus yang sesuai dengan batasan karakteristik untuk menegakkan suatu diagnosis keperawatan.

Gejala dan Tanda Mayor (SDKI) harus mencukupi 80%
manajemen kesehatan keluarga tidak efektif

Mayor:

Subjektif:

- Mengungkapkan tidak memahami masalah kesehatan yang diderita
- Mengungkapkan kesulitan menjalankan perawatan yang ditetapkan

Objektif:

- Gejala penyakit anggota keluarga semakin memberat
- Aktivitas keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan tidak tepat

Referensi:

Nies, M. A., & McEwen, M. (2019). Keperawatan kesehatan komunitas dan keluarga.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

4. D. Perilaku kesehatan cenderung berisiko

Kebiasaan pengobatan tradisional. Kebiasaan merokok dan sulit berhenti, kondisinya biasa saja dan tidak mau berobat.

- A. Penyangkalan tidak efektif pengertian diagnosisnya adalah upaya mengingkari pemahaman atau makna suatu peristiwa secara sadar atau tidak sadar untuk menurunkan kecemasan/ketakutan yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan
- B. Penurunan coping keluarga pengertian diagnosisnya adalah ketidakadekuatan atau ketidakefektifan dukungan, rasa nyaman, bantuan dan motivasi orang terdekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang dibutuhkan klien untuk mengelola atau mengatasi masalah kesehatannya.
- C. Ketidakmampuan coping keluarga pengertian diagnosisnya adalah perilaku orang terdekat (anggota keluarga atau orang berarti) yang membatasi kemampuan dirinya dan liien untuk beradaptasi dengan masalah kesehatan yang dihadapi
- D. Perilaku kesehatan cenderung berisiko pengertian diagnosisnya adalah hambatan kemampuan dalam mengubah gaya kehidupan/perilaku untuk memperbaiki status kesehatan
- E. Kesiapan peningkatan coping keluarga pengertian diagnosisnya adalah pola adaptasi anggota keluarga dalam mengatasi situasi yang dialami klien

secara efektif dan menunjukkan keinginan serta kesiapan untuk meningkatkan kesehatan keluarga klien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis yang sering muncul pada kasus keperawatan keluarga pada level 2 dan 3, atau kategori perilaku pada buku SDKI. Memahami perbedaan pengertian dari masing-masing diagnosis pada kategori psikologis akan memudahkan pemahaman data pada kasus yang sesuai dengan batasan karakteristik untuk menegakkan suatu diagnosis keperawatan.

Tanda dan gejala mayor: perilaku kesehatan cenderung berisiko

Subjektif: -

Objektif:

- Menunjukkan penolakan terhadap perubahan status kesehatan
- Gagal melakukan tindakan pencegahan ,masalah kesehatan
- Menunjukkan upaya peningkatan status kesehatan yang minimal

Referensi:

Nies, M. A., & McEwen, M. (2019). Keperawatan kesehatan komunitas dan keluarga.

Tim Pokja PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

5. E. Perilaku upaya kesehatan

Berobat ke dukun, pengobatan tradisional, kebiasaan merokok, dan sulit berhenti, merupakan perilaku klien yang tidak mau dan mampu memenuhi kebutuhan Kesehatan yang perlu ditingkatkan.

- A. Promosi Koping adalah upaya untuk meningkatkan upaya kognitif dan perilaku untuk menilai dan merespon stressor dan/atau kemampuan menggunakan sumber-sumber yang ada.
- B. Promosi kesadaran diri adalah peningkatan pemahaman dan eksplorasi pikiran, perasaan, motivasi, dan perilaku
- C. Promosi keutuhan keluarga adalah upaya meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pasien untuk menjaga dan meningkatkan kerekatan dan keutuhan keluarga
- D. Promosi komunikasi efektif adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan komunikasi pasien untuk pengambilan keputusan kesehatan pasien

- E. Promosi perilaku upaya kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan perubahan perilaku penderita/klien agar memiliki kemauan dan kemampuan yang kondusif bagi kesehatan secara menyeluruh baik bagi lingkungan maupun masyarakat sekitarnya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tautan antara diagnosis (faktor mayor/minor) dengan intervensi keperawatan utama pada buku SDKI. Memahami intervensi utama dari diagnosis keperawatan yang paling sering muncul pada kasus keperawatan keluarga akan memudahkan pemahaman data pada kasus yang mendominasi kebutuhan keluarga untuk merumuskan suatu tindakan keperawatan. Intervensi keperawatan berfokus sebagai Upaya yang dilakukan perawat untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah Kesehatan.

Referensi:

- Nies, M. A., & McEwen, M. (2019). Keperawatan kesehatan komunitas dan keluarga.
Tim Pokja PPNI, (2016), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

6. E. Sirkulasi udara yang baik di rumah

Balita batuk, Jendela tertutup dan ada tercium asap rokok dalam rumah

- A. Gizi bagi balita

Gizi pada Balita sangat penting untuk pembentukan imun pada balita dan kurangnya asupan gizi membuat Balita rentan terhadap infeksi termasuk mudah terkena ISPA. Namun pada kasus diatas tidak menggambarkan status gizi anak sebagai penyebab ISPA pada anak

- B. Penggunaan kipas angin

Penggunaan kipas angin harus dihindari selama Balita mengalami ISPA, karena kipas angin mempengaruhi kondisi bronchus yang akan mudah menyempit dan menyebabkan anak akan mudah mengalami sesak napas. Hal ini disampaikan kepada orangtua Balita namun belum menghilangkan penyebab Balita mengalami ISPA

- C. Pengobatan yang didapatkan

Balita biasanya diberikan obat pengencer dahak dan harus dikonsumsi sesuai dosis yang diberikan

- D. Makanan pendamping ASI bagi balita

Makanan pendamping (MP) ASI sangat penting untuk status Gizi pada Balita yang bermanfaat pembentukan imun pada balita dan kurangnya asupan gizi membuat Balita rentan terhadap infeksi termasuk mudah terkena ISPA. Namun pada kasus diatas tidak menggambarkan status gizi anak sebagai penyebab ISPA pada anak

E. Pentingnya sirkulasi udara yang baik di rumah

Sirkulasi udara yang baik di rumah menjadikan rumah tidak lembab dan udara yang dihirup anak merupakan udara yang bersih. Sirkulasi udara yang baik termasuk rumah terbebas dari asap rokok. Jika rumah tidak memiliki sirkulasi yang baik dan penghuni rumah ada yang merokok di dalam rumah, maka anak menghirup udara yang tidak bersih dan menjadi salah penyebab dari ISKPA. Pada kasus disebutkan bahwa rumah memiliki sirkulasi yang tidak baik dan Ayah Balita merokok dalam rumah. Kedua hal tersebut di atas penting disampaikan dan harus dijalankan orangtua untuk membantu proses penyembuhan Balita

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang ISPA pada anak terkhusus penyebab ISPA.

Referensi:

- Sutanto, Tantut. 2012. Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Aplikasi dan teori. Jakarta: Trans Info Media
Aziz Alimul Hidayat. 2012. Pengantar Ilmu Keperawatan Anak. Jakarta: Salemba Medika

7. C. Pengetahuan Meningkat

Klien diberikan edukasi kesehatan mengenai keluhan yang dirasakan

A. Aktifitas membaik

Pilihan ini kurang tepat karena, karena pilihan ini merupakan indikator yang diharapkan atau kriteria hasil dari diagnosis yang diangkat. Sementara pertanyaan soal adalah tujuan dari diagnosis yang diambil

B. Keluhan berkurang

Pilihan ini kurang tepat karena, karena pilihan ini merupakan indikator yang diharapkan atau kriteria hasil dari diagnosis yang diangkat. Sementara pertanyaan soal adalah tujuan dari diagnosis yang diambil

C. Pengetahuan meningkat

Pada kasus, diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI yang diangkat adalah kesiapan peningkatan pengetahuan atau deficit pengetahuan.

Tujuan keperawatan adalah menjawab diagnosis keperawatan yang ditentukan. Pilihan ini menjadi tepat karena menjawab kasus, perawat sedang menjelaskan mengenai keluhan

D. Konsumsi obat Fe tuntas

Pilihan ini kurang tepat karena, karena pilihan ini merupakan indikator yang diharapkan atau kriteria hasil dari diagnosis yang diangkat. Sementara pertanyaan soal adalah tujuan dari diagnosis yang diambil

E. Konsumsi sayur membaik

Konsumsi sayur baik untuk kesehatan, termasuk untuk remaja putri yang sedang proses pertumbuhan. Sayur khususnya yang berwarna hijau juga membantu pembentukan sel darah merah dan hemoglobin. Pada kasus di atas menunjukkan adanya sikap remaja yang kurang mengkonsumsi buah dan sayur namun ini belum menjawab tujuan diagnosis keperawatan deficit pengetahuan atau kesiapan peningkatan pengetahuan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tujuan keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan: defisit pengetahuan atau kesiapan peningkatan pengetahuan.

Referensi:

- Sutanto, Tantut, 2012, Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Aplikasi dan teori, Jakarta: Trans Info Media
Tim Pokja SLKI DPP PPNI. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: UIPres

SOAL
KEPERAWATAN MATERNITAS

1. Seorang perempuan, 28 tahun, G1P0A0 Hamil 37 minggu, datang ke RS, mengeluh nyeri pada abdomen dan menjalar ke pinggang. Hasil pengkajian: cemas dengan kehamilannya, perut mulus, merasa ingin BAB, letak janin punggung kiri, kepala sudah masuk PAP, DJJ 120x/menit, Kontraksi uterus 5x dalam 10 menit, lamanya 50 detik, perineum menonjol, ketuban sudah pecah. Perawat memimpin persalinan dengan meletakkan tangan kanan dibagian perineum (stenen). Apa tujuan dari tindakan perawat?
 - A. Memeriksa perdarahan
 - B. Memeriksa lilitan tali pusat
 - C. Mencegah ruptur perineum
 - D. Mencegah bayi Ekspulsi
 - E. Menunggu kepala Rotasi luar
2. Seorang perempuan, 25 tahun, G1P0A0 hamil 38 minggu, datang ke ruang bersalin dengan keluhan, nyeri abdomen menjalar ke pinggang. Hasil pengkajian: TFU 35 cm, letak janin punggung kanan, DJJ 100x/menit, kepala sudah masuk PAP, Kontraksi uterus 5x dalam 10 menit, lamanya 40 detik, perineum menonjol, ketuban sudah pecah. perawat memimpin persalinan, kemudian lahir kepala bayi seluruhnya. Apa tindakan selanjutnya yang harus dilakukan perawat?
 - A. Melakukan stenen
 - B. Mengeluarkan bahu bayi
 - C. Memeriksa lilitan tali pusat
 - D. Menunggu Rotasi luar.
 - E. Melakukan Ekspulsi
3. Seorang perempuan, 30 tahun, G3P2A0 hamil 36 minggu, datang ke ruang bersalin dengan keluhan, keluar cairan dari jalan lahir dan perut terasa mules. Hasil pengkajian: letak janin punggung kanan, DJJ 110x/menit, kepala sudah masuk PAP, Kontraksi uterus 4x dalam 10 menit, lamanya 30 detik, ketuban sudah pecah pembukaan jalan lahir 10 cm, perineum menonjol, ada rasa ingin mengejan, perawat memimpin persalinan, lahir kepala bayi seluruhnya. Apa tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat?
 - A. Memberikan Injeksi oksitosin 10 mg
 - B. Memotong tali pusat
 - C. Mengeluarkan placenta
 - D. Observasi perdarahan
 - E. Melakukan Inisiasi Imenusui Dini (IMD)

4. Seorang perempuan, 24 tahun, datang ke RS diantar suami, mengatakan telah melahirkan 2 hari yang lalu. Hasil pengkajian: mengeluh bayinya rewel dan ASI keluar sedikit dan belum lancar, payudara agak bengkak dan nyeri tekan, Tekanan Darah 110/80mmhg, Frekuensi Nadi 88x/m, Suhu 37,2°C, Frekuensi Napas 28x/menit. Apa yang sebaiknya dianjurkan perawat pada pasien?
 - A. Massage payudara
 - B. Mengompres payudara
 - C. Melakukan Pijat oksitosin
 - D. Membersihkan puting susu
 - E. Menganjurkan ibu menyusui bayi sesering mungkin
5. Seorang perempuan, 28 tahun G1P0A0 hamil 32 minggu datang ke Puskesmas Pembantu di antar suami. Kondisi tidak sadar. Hasil pengkajian: dirumah mengalami kejang-kejang, Tekanan Darah 160/110 mmHg. Frekuensi Nadi 110 x/menit, Pernapasan 20 x/menit, oedema pada wajah, tangan dan kaki, TFU 3 jari diatas pusat, presentasi kepala, letak janin punggung kanan, DJJ 130x/menit. Apa Penatalaksanaan yang tepat dilakukan perawat?
 - A. Rujuk ke RS
 - B. Memberikan MgSO₄ dan kemudian rujuk ke RS
 - C. Memberikan diazepam dan kemudian rujuk ke RS
 - D. Memberikan MgSO₄ dan diazepam dan kemudian rujuk ke RS
 - E. Memberikan Obat Hipertensi
6. Perempuan, 28 tahun, postpartum hari kedua, dirawat di RS dengan keluhan payudara terasa penuh, agak sakit. Hasil pengakajian payudara teraba bengkak, ibu tampak kesulitan mengatur posisi saat menyusui. TD: 120/80 mmHg, Frekuensi napas 22 kali/menit, frekuensi nadi 86 kali/menit, suhu 37°C. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - A. Nyeri akut
 - B. Menyusui efektif
 - C. Menyusui tidak efektif
 - D. Gangguan rasa nyaman
 - E. Ketidaknyamanan pascapartum
7. Perempuan, 36 tahun, hamil 37 minggu, dirawat di RS mengeluh nyeri pada perut bagian bawah dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Hasil pengkajian tampak meringis, skala nyeri 6 (1-10), dilatasi serviks 4 cm, perineum

- menonjol. TD: 130/90 mm/Hg, frekuensi nadi 88 kali/menit, frekuensi napas 22 kali/menit. Apa masalah keperawatan yang tepat?
- Nyeri akut
 - Nyeri kronis
 - Nyeri melahirkan
 - Gangguan rasa nyaman
 - Ketidaknyamanan pasca partum
8. Perempuan, 32 tahun, hamil 5 minggu datang ke poli KIA mengeluh mual muntah 3 kali/hari dan tidak nafsu makan. Hasil pengkajian TD 100/90 mm/Hg, frekuensi nadi 82 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit, BB 50 kg dan tampak pucat. Apa pengkajian yang paling penting dilakukan?
- BB
 - HB
 - DJJ
 - suhu
 - Porsi makan
9. Seorang perempuan, 38 tahun, G₃P₁A₁, usia kehamilan 30 minggu datang ke poli KIA untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pemeriksaan Leopold diperoleh daerah fundus terdapat kepala, pada sisi kiri perut ibu terdapat punggung, janin presentasi bokong. Dimana posisi yang tepat untuk mendengarkan DJJ?
- Keseluruhan abdomen
 - Kanan bawah
 - Kanan atas
 - Kiri bawah
 - Kiri atas
10. Seorang perempuan, 27 tahun datang ke poli KIA, memeriksakan kondisi kehamilannya dan ingin mengetahui perkiraan usia kehamilannya, hasil pemeriksaan Leopold TFU 21 cm. Berapa usia kehamilan pasien?
- 4 minggu
 - 8 Minggu
 - 16 minggu
 - 20 minggu
 - 24 minggu

11. Seorang perempuan, 32 tahun, postpartum hari pertama, dirawat di ruang nifas. Hasil pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada area perineum, terdapat luka episiotomi, skala nyeri 5, TD 120/80 mmHg, frekuensi napas 16 x/menit, frekuensi nasi 80 x/menit. Apakah posisi yang tepat diberikan pada ibu?
- A. Dorsal recumbent
 - B. Semi fowler
 - C. Fowler
 - D. Litotomi
 - E. Sim
12. Seorang perempuan, 32 tahun, G3P2A0, datang ke Poli KIA dengan mual muntah. Hasil pengkajian: wajah pucat, turgor kulit menurun, TD 100/70 mmHg, suhu 37°C, frekuensi napas 24 x/menit, frekuensi nadi 80 x/menit, nadi teraba lemah. Apakah masalah keperawatan yang?
- A. Nausea
 - B. Hipovolemia
 - C. Risiko hipovolemia
 - D. Risiko ketidakseimbangan cairan
 - E. Risiko ketidakseimbangan elektrolit
13. Seorang perempuan, 32 tahun, G3P2A0, hamil 18 minggu, dirawat di ruang obgyn dengan perdarahan saat kehamilan. Hasil pengkajian, pasien mengatakan pusing dan cemas akan kehamilannya, keadaan umum lemah, wajah pucat, keluar bercak darah pervaginam, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit. Apakah intervensi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Edukasi ibu hamil dan pasangan
 - B. Kontrol secara teratur
 - C. Support pasangan
 - D. Kurangi aktivitas
 - E. Tirah baring
14. Seorang anak perempuan, 15 tahun, datang ke Poli KIA karena nyeri haid. Hasil pengkajian, pasien mengatakan haid hari ke-3, nyeri di area simpisis pubis, seperti ditusuk-tusuk, nyeri bersifat menetap, skala nyeri 5, wajah tampak grimace, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit. Apakah intervensi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Konsumsi makanan rendah kalsium

- B. Mengurangi intake cairan
- C. Olahraga berat
- D. Plasebo
- E. Kompres hangat

15. Seorang perempuan, 32 tahun, G2P1A0, hamil 38 minggu, datang ke Poli KIA untuk melakukan pemeriksaan kehamilan. Hasil pengkajian, pasien mengatakan sering mengalami kontraksi, pemeriksaan Leopold pada area fundus uteri teraba bokong, pada sisi kanan perut ibu teraba punggung, pada sisi kiri perut ibu teraba bagian kecil janin, presentasi kepala belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP). Apakah pengkajian selanjutnya yang harus dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Mencari daerah punctum maksimum
- B. Klarifikasi pada arteri radialis ibu
- C. Pastikan kembali posisi janin
- D. Melakukan pemeriksaan DJJ
- E. Menilai kontraksi rahim

16. Seorang perempuan, 21 tahun G1P0A0, datang ke poli KIA mengeluh sudah 2 bulan tidak haid, sering mual dan pusing pagi hari. HPHT tanggal 13 November 2023, siklus 28 hari dan teratur. Kapankah tafsiran partus pada ibu tersebut?

- A. 18 – 8 -2024
- B. 20 – 9 – 2024
- C. 21 – 9 – 2024
- D. 20 – 8 – 2024
- E. 22 – 8 – 2024

17. Seorang perempuan, umur 23 tahun, P1 A1. Post SC hari pertama, dirawat di ruang nifas. Pasien mengeluh susah BAK dan nyeri pada luka operasi. Hasil pemeriksaan; kandung kemih distensi, nyeri tekan, TFU setinggi pusat, kontraksi sedang. Apakah intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Lakukan perawatan vulva
- B. Anjurkan ambulasi dini bertahap
- C. Berikan air putih hangat yang cukup
- D. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam dan distraksi
- E. Lakukan pengosongan kandung kemih dengan kateter

18. Seorang perempuan, 34 tahun, P3A0, datang ke poli KIA untuk konsultasi KB, pasien mengatakan pernah memakai kontrasepsi spiral dan ingin mencoba kontrasepsi lain yang tidak memakai alat. Anak pasien yang kecil berumur 3 bulan dan masih menyusui. Hasil pemeriksaan : TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 70 x / menit, frekuensi napas 20 x / menit, Suhu 36°C. Apakah kontrasepsi yang tepat pada kasus di atas?
- A. Implant
 - B. Suntik
 - C. Kondom
 - D. Tubektomi
 - E. Tissue vagina
19. Seorang perempuan umur 31 tahun, G2P2A0, post partum 2 jam. Dirawat di ruang nifas. Hasil pemeriksaan: plasenta lahir lengkap, utuh, TFU setinggi pusat, kontraksi lemah dan perdarahan pervaginam normal. Apakah tindakan keperawatan prioritas pada kasus di atas?
- A. Monitor tanda-tanda vital
 - B. Monitor robekan jalan lahir
 - C. Lakukan masase fundus uteri
 - D. Monitar tanda-tanda perdarahan
 - E. Kosongkan kandung kemih dengan kateter
20. Seorang perempuan 27 tahun, G1P0A0, datang ke poli KIA, mengeluh kurang selera makan, klien mengatakan mempunyai kebiasaan merokok sebelum hamil, hasil pengkajian : TFU 21 cm, TD 110/90 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 28 x/menit, suhu 37,5°C. Apakah diagnosis utama pada kasus di atas ?
- A. Resiko infeksi
 - B. Resiko cedera pada ibu
 - C. Resiko cedera pada janin
 - D. Gangguan rasa nyaman
 - E. Pola napas tidak efektif
21. Seorang perempuan, 23 tahun, datang ke Poli KIA Puskesmas dengan G1P0A0 28 minggu, mengeluh sudah dua hari tidak merasakan gerakan janinnya, klien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini. Hasil pemeriksaan TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 83 x/menit, frekuensi napas 22 x/menit, suhu 37°C.

Perawat melakukan pemeriksaan fisik palpasi abdomen dan auscultasi. Apakah pemeriksaan yang tepat pada kasus tersebut ?

- A. TTV
- B. DJJ
- C. AGD
- D. Saturasi Oksigen
- E. Darah lengkap

22. Seorang perempuan, 28 tahun, dengan G1P0A0 36 minggu datang ke RS 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. Ibu masuk Persalinan kala 1, mengalami nyeri karena adanya kontraksi uterus yang disebabkan adanya perubahan fisiologis pada sistem reproduksi. Hasil palpasi leopold 3 didapatkan bagian bawah teraba bulat keras sulit digerakkan diarea suprapubik, janin tunggal. Apakah interpretasi yang tepat dari hasil pemeriksaan pada kasus tersebut?

- A. Posisi terendah adalah bokong
- B. Kepala berada diarea suprapubik
- C. Punggung janin disebelah kanan
- D. Bagian ekstremitas janin disebelah kiri
- E. Letak janin sungsang

23. Seorang perempuan, 22 tahun, G1P0A0 34 minggu, datang ke Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) dengan keluhan ibu mengatakan keluar darah dari kemaluan saat duduk nonton TV, tiba tiba tanpa rasa sakit diperut ibu, keluar darahnya merah segar dari kemaluan, karena jaraknya dekat dengan RS ini, ibu dibawa keluarga, saat dilakukan Inspeculo vaginam, serviks membuka 1 cm. Apakah penyebab perdarahan pada kasus tersebut?

- A. KET
- B. Abortus
- C. Molahidatidosa
- D. Plasenta Previa
- E. Solusio Plasenta

24. Seorang perempuan, 26 tahun, G2P0A0 12 minggu, datang ke Poli KIA dengan keluhan mual mual dan muntah. Hasil pengkajian ditemukan ibu tampak pucat, tidak nafsu makan, BB turun 2 kg dari berat badan sebelum hamil, TD 100/70

mmhg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Gangguan rasa nyaman
- B. Hipovolemia
- C. Defisit nutrisi
- D. Nausia
- E. Konstipasi

25. Seorang perempuan, 22 tahun, post partum kurang dari 24 jam, melahirkan anak pertama dengan persalinan spontan. Dari hasil pengkajian didapatkan TD 120/80 x/menit, frekuensi nadi 80x/menit, suhu 37,5°C, frekuensi napas 24 x/menit. Perpurium: kontraksi uterus baik, Tinggi fundus uteri: sepusat. Pengeluaran pervaginam: cairan berwarna merah dan bau amis. Apakah nama cairan yang keluar pervaginam pada kasus tersebut?

- A. Lochea Alba
- B. Lochea Rubra
- C. Lochea Serosa
- D. Lochea Sanguelenta
- E. Lochea Purulenta

26. Seorang perempuan, 23 tahun, G1P0A0, hamil 8 minggu datang ke Puskesmas. Hasil pengkajian, pasien mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan, tanda vital normal, BB awal: 45 Kg, BB saat ini: 46 Kg. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Nausea
- B. Risiko defisit nutrisi
- C. Risiko berat badan lebih
- D. Gangguan rasa nyaman
- E. Risiko ketidakseimbangan elektrolit

27. Seorang perempuan, 25 tahun, P2A0, dirawat di RS post partus spontan hari ke-1. Hasil pengkajian, pasien mengatakan belajar merawat dari anak pertamanya dan dari internet, pasien sudah bisa menyusui dengan benar tapi ASI baru keluar sedikit, pasien memahami jika pertama kali menyusui memang seperti ini serta ingin diajari cara pijat oksitosin. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Menyusui efektif
- B. Ketidaknyamanan pasca partum

- C. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan terkait prematuritas
- D. Kesiapan peningkatan nutrisi terkait perilaku upaya peningkatan kesehatan
- E. Kesiapan peningkatan pengetahuan terkait perilaku upaya peningkatan kesehatan

28. Seorang perempuan, 25 tahun, P2A0, dirawat di RS post partus spontan hari ke-1. Hasil pengkajian, pasien mengatakan belajar merawat dari anak pertamanya dan dari internet, pasien sudah bisa menyusui dengan benar tapi ASI baru keluar sedikit, pasien memahami jika pertama kali menyusui memang seperti ini serta ingin diajari cara pijat oksitosin. Apakah luaran utama yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Status menyusui
 - B. Tingkat pengetahuan
 - C. Manajemen kesehatan
 - D. Peran menjadi orang tua
 - E. Status kenyamanan pasca partum
29. Seorang perempuan, 25 tahun, P2A0, dirawat di RS dengan post partus spontan hari ke-1. Hasil pengkajian, pasien mengatakan belajar merawat dari anak pertamanya dan dari internet, pasien sudah bisa menyusui dengan benar tapi ASI baru keluar sedikit, pasien memahami jika pertama kali menyusui memang seperti ini serta ingin diajari cara pijat oksitosin. Apakah intervensi utama pada diagnosis di kasus tersebut?
- A. Manajemen nyeri
 - B. Edukasi kesehatan
 - C. Edukasi persalinan
 - D. Bimbingan antisipatif
 - E. Promosi antisipasi keluarga
30. Seorang perempuan, 21 tahun, G1P0A0 datang ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya. Saat ini perawat akan melakukan pengukuran panggul luar. Perawat memulainya dengan menyampaikan salam, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan, alat dan prosedur serta menanyakan kesiapan klien. Apakah prinsip etik yang diterapkan oleh perawat pada klien tersebut?
- A. *Justice*
 - B. *Autonomy*
 - C. *Beneficience*

- D. *Confidentiality*
- E. *Non maleficence*

31. Perempuan, 21 tahun, G1P0A0 hamil 39 minggu masuk ke ruang bersalin diantar suami pada pukul 10:00 WIB dengan inpartu. Hasil pengkajian: pukul 12:00 WIB pasien tampak gelisah, kontraksi uterus 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 40 detik, DJJ 150x/mnt, pembukaan serviks 5 cm dan ketuban utuh. Kapan tindakan pemeriksaan dalam selanjutnya pada kasus tersebut?
- A. 14:00 WIB
 - B. 15:00 WIB
 - C. 16:00 WIB
 - D. 17:00 WIB
 - E. 18:00 WIB
32. Perempuan, 25 tahun, G1P0A0 hamil 30 minggu datang ke poliklinik kebidanan untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pengkajian, pasien mengatakan cemas dengan kandungannya karena sejak kemarin kurang merasakan gerakan janin. Perawat selanjutnya akan melakukan pemeriksaan untuk memastikan kondisi janin. Apakah hasil pemeriksaan penunjang yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Hasil TFU menunjukkan TFU 32 cm
 - B. Hasil USG menunjukkan adanya janin
 - C. Hasil DJJ menunjukkan terdengar bunyi detak jantung janin
 - D. Hasil leopold 2 menunjukkan punggung janin berada di sebelah kiri ibu
 - E. Hasil leopold 1 menunjukkan presentasi teratas teraba besar dan melenting
33. Perempuan, 19 tahun, G1P0A0 hamil 36 minggu datang ke PONEK diantar oleh suami. Hasil pemeriksaan, pasien mengeluhkan pusing, tidak dapat berdiri lama karena pusing dan pandangan mata kabur, TD 170/120 mmHg, frekuensi nadi 94 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37°C, edema + pada ekstremitas bawah. Apakah pemeriksaan penunjang selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Pemeriksaan DJJ
 - B. Pemeriksaan CTG
 - C. Pemeriksaan USG
 - D. Pemeriksaan darah lengkap
 - E. Pemeriksaan protein urin

34. Perempuan, 20 tahun, P1A0 post SC hari ke-3 rawat gabung bersama bayinya. Hasil pengkajian, pasien menyatakan ingin memberikan ASI eksklusif, refleks hisap bayi baik, perlekatan ibu dan bayi saat menyusui sudah tepat dan terlihat gerakan menelan. Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Menyusui efektif
 - B. Menyusui tidak efektif
 - C. Risiko gangguan perlekatan
 - D. Risiko disorganisasi perilaku bayi
 - E. Kesiapan peningkatan pengetahuan
35. Perempuan, 36 tahun, dirawat dengan P2A0 postpartum Sectio Caesarea hari ke-0. Hasil pengkajian, pasien mengeluhkan nyeri mulai muncul dan membuatnya sakit bila bergerak. Perawat kemudian mengajarkan teknik manajemen nyeri dan tindakan kolaborasi pemberian analgetik. Apakah etika keperawatan yang muncul berdasarkan kasus tersebut?
- A. *Fidelity*
 - B. *Justice*
 - C. *Autonomy*
 - D. *Beneficence*
 - E. *Accountability*
36. Seorang perempuan, 35 tahun, G2P1A0 hamil 38 minggu, dirawat di RS, mengeluh kepala pusing, mual. Hasil pengkajian: muntah, nyeri ulu hati, kaki bengkak, dan pandangan kabur. TD 170/90 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 37°C, *pitting* edema, proteinuri +++. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Resiko jatuh
 - B. Kekurangan cairan
 - C. Gangguan rasa nyaman
 - D. Perfusi jaringan tidak efektif
 - E. Ketidakseimbangan nutrisi kurang
37. Seorang perempuan, 25 tahun, P1A0 nifas 4 jam yang lalu, mengeluh perdarahan. Hasil pengkajian: perdarahan, kontraksi uterus lemah, TD 90/70 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 22 x/menit, suhu 38°C. Pembalut pasien sudah diganti empat kali. Apakah intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Masase uterus

- B. Monitor perdarahan
 - C. Lakukan vulva hygiene
 - D. Istirahat di tempat tidur
 - E. Observasi tanda-tanda vital
38. Seorang perempuan, 35 tahun, G4P3A0 hamil 39 minggu, di antar oleh suami ke poliklinik. Hasil pengkajian: belum pernah sebagai akseptor KB, anak pertama usia 10 tahun, kedua 8 tahun, dan ketiga 5 tahun, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 88/menit, frekuensi napas 18x/menit. Apa pilihan kontrasepsi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Pil
 - B. AKDR
 - C. MOW
 - D. Suntik
 - E. Kondom
39. Seorang perempuan, 33 tahun, P1A0 postpartum hari ketiga dengan kelahiran sesar atas indikasi distres janin. Hasil pengkajian: nyeri pada luka operasi, payudara bengkak, panas, papila mamae menonjol, ASI belum keluar dan cemas terhadap bayinya. TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,7°C. Bayi dirawat di ruang NICU karena mengalami asfiksia berat. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Inefektif *breast feeding*
 - B. *Postpartum Depression*
 - C. *Knowledge deficit*
 - D. *Acute pain*
 - E. *Anxiety*
40. Seorang perempuan, 24 tahun, P1A0 postpartum 3 jam yang lalu kelahiran spontan, di ruang bersalin, mengeluh nyeri di daerah kemaluan. Hasil pengkajian lemas, nyeri di jalan lahir, *mules*, kontraksi uterus kuat, lochea berwarna merah kehitaman, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,8°C. Apakah rencana tindakan prioritas yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Beri kecukupan gizi
 - B. Hitung jumlah lochea
 - C. Monitor tanda-tanda vital
 - D. Pantau kemampuan menyusui

E. Observasi keseimbangan cairan

41. Seorang perempuan, 25 tahun, hamil 33 minggu, dengan HIV bertanya kepada dokter tentang apa yang terjadi pada bayinya apakah bayinya bisa selamat atau tidak di dalam kandungan. Dokter yang merawatnya tidak menjelaskan fakta yang sebenarnya dan memintanya untuk berdoa kepada Tuhan semoga semua baik baik saja. Prinsip Etik apa yang tidak dilakukan oleh dokter tersebut?
- A. *Veracity*
 - B. *Autonomy*
 - C. *Confidentiality*
 - D. *Beneficence*
 - E. *Non Maleficence*
42. Seorang perempuan, 30 tahun menderita kanker payudara stadium 3, payudara pasien tampak membesar dan sedikit bau khas kanker. Pasien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini. Perawat berusaha menutup tirai agar tidak banyak orang mengetahui keadaannya. Perawat tidak menginformasikan kondisi pasien tersebut ketika pasien lain sebelahnya bertanya. Apa prinsip etik yang dilakukan oleh perawat?
- A. *Veracity*
 - B. *Autonomy*
 - C. *Confidentiality*
 - D. *Beneficence*
 - E. *Non Maleficence*
43. Seorang perempuan, 26 tahun datang ke poliklinik kulit kelamin sebuah RS dengan keluhan area genitalia terasa gatal dan panas, nafsu makan menurun, dan merasa keletihan. Hasil tes serologi ditemukan Treponema pallidum. Apa pendidikan kesehatan yang tepat untuk pasien?
- A. Istirahat teratur
 - B. Hindari berhubungan seksual
 - C. Meningkatkan asupan makanan
 - D. Lakukan hubungan seks dengan kondom
 - E. Bersihkan area genitalia dengan normal saline

44. Seorang perempuan, 30 tahun datang diantar ke UGD oleh suaminya mengeluh perdarahan pervaginam 900 ml dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, lemas dan pusing, Hasil pengkajian pasien cemas, TD 90/65 MmHg, uterus tidak berkontraksi setelah bayi lahir. Apa penyebab perdarahan pada pasien tersebut?
- A. Atonia uteri
 - B. Infeksi nifas
 - C. Inservio uteri
 - D. Infeksi servik
 - E. Iskemia myometrium
45. Seorang bayi laki-laki, 3 hari, masih berada di RS. Hasil pemeriksaan didapatkan RR 60 x/menit, nadi 110 x/menit, suhu 36,5°C. Ditemukan data bahwa leher bayi tersebut menoleh ke samping dan membuka mulut ketika jari perawat menyentuh tepi bibir bayi. Apa reflek yang ditunjukkan oleh bayi tersebut?
- A. *Moro*
 - B. *Rooting*
 - C. *Sucking*
 - D. *Tonic neck*
 - E. *Swallowing*

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN MATERNITAS

1. C. Mencegah ruptur perineum

Perawat memimpin persalinan dengan meletakkan tangan kanan di bagian perineum (*stener*).

- A. Memeriksa perdarahan: dilakukan saat plasenta sudah lahir.
- B. Memeriksa lilitan tali pusat: dilakukan saat kepala bayi sudah lahir.
- C. Mencegah ruftur perineum: *Stenen* membantu perineum agar tidakruptur saat kepala lahir dan ekstensi spontan (Mekanisme Persalinan)
- D. Mencegah bayi Ekspulsi: Saat bayi lahir seluruhnya.
- E. Menunggu kepala Rotasi luar: Rotasi luar untuk menyesuaikan kepala dengan bahu dilakukan saat kepala dan bayi sudah lahir.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Intranatal.

Referensi:

Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo bekerjasama dengan JNPKKR/POGI dan JHPIEGO (program MNH & STARH). Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas. Jakarta. 2004

Modul Jabatan Fungsional Perawat, manajemen asuhan keperawatan maternitas dasar

2. C. Memeriksa lilitan tali pusat

Lahir kepala bayi seluruhnya.

- A. Melakukan *stener*: dilakukan saat kepala bayi lahir agar tidak mengalami ekstensi spontan.
- B. Mengeluarkan bahu bayi: dilakukan setelah kepala bayi rotasi luar.
- C. Memeriksa lilitan tali pusat: dilakukan saat kepala bayi baru lahir, memudahkan bayi dilahirkan (ekspulsi).
- D. Menunggu Rotasi luar: menyesuaikan kepala janin sesuai dengan bahu dan punggung janin sehingga perawat memegang kepala secara bifaretal utk ekspulsi
- E. Melakukan Ekspulsi: melahirkan bayi seluruhnya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Intranatal.

Referensi:

Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo bekerjasama dengan JNPKKR/POGI dan JHPIEGO (program MNH & STARH). Panduan

Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas. Jakarta 2004 Modul jabatan Fungsional Perawat, Manajemen Asuhan Keperawatan Maternitas Dasar.

3. A. Memberikan Injeksi oksitosin 10 mg

Perawat memimpin persalinan, lahir kepala bayi seluruhnya,

- A. Injeksi oksitosin 10 mg: dilakukan saat bayi sudah lahir, agar merangsang kontraksi uterus dan mempercepat pelepasan plasenta, serta mencegah perdarahan
- B. Memotong tali pusat: dilakukan setelah bayi lahir seluruhnya dan *Apgar score* normal
- C. Mengeluarkan placenta: dilakukan jika plasenta telah lepas dari dinding rahim
- D. Observasi perdarahan: dilakukan jika plasenta telah lahir dengan menghitung jumlah perdarahan
- E. Melakukan Inisiasi menyusui Dini (IMD): Setelah tali pusat dipotong agar merangsang puting susu untuk menghasilkan kontraksi rahim dan mencegah perdarahan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep Intranatal.

Referensi:

Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo bekerjasama dengan JNPKKR/POGI dan JHPIEGO (program MNH & STARH). Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas. Jakarta 2004

4. C. Melakukan Pijat oksitosin

Melahirkan 2 hari lalu, mengeluh bayinya rewel dan ASI keluar sedikit dan belum lancar, payudara agak bengkak dan nyeri tekan

- A. *Massase* payudara: memicu produksi hormon oksitosin, yaitu hormon yang berperan penting dalam proses pengeluaran ASI.
- B. Mengompres payudara: Merangsang sirkulasi, mengurangi penyumbatan untuk melancarkan produksi ASI.
- C. Melakukan Pijat oksitosin: pijatan pada punggung (daerah tulang belakang) guna merangsang hormon prolaktin untuk melancarkan produksi ASI.
- D. Membersihkan puting susu: mencegah puting menjadi berkerak, tidak nyaman bagi bayi dan Ibu, mencegah infeksi, agar ASI keluar

- E. Mengajurkan ibu menyusui bayi sesering mungkin: untuk Merangsang pelepasan hormon prolaktin sehingga meningkatkan produksi ASI

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Laktasi.

Referensi:

- Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo bekerjasama dengan JNPKKR/POGI dan JHPIEGO (Program MNH & STARH). Panduan pencegahan infeksi untuk fasilitas pelayanan kesehatan dengan sumber daya terbatas. Jakarta 2004
- Modul jabatan Fungsional Perawat, Manajemen Asuhan Keperawatan Maternitas Dasar

5. D. Memberikan MgSO₄ dan diazepam dan kemudian rujuk ke RS

Di rumah pasien mengalami kejang, Tekanan Darah 160/110 mHg. Frekuensi Nadi 100 x/menit, Pernapasan 20 x/menit, oedema pada wajah, tangan dan kaki.

- A. Rujuk ke RS: Mengirim pasien ke pelayanan kesehatan dengan fasilitas yang lebih lengkap.
- B. Memberikan MgSO₄ dan kemudian rujuk ke RS: obat untuk mengatasi kondisi rendahnya kadar magnesium dalam darah (hipomagnesemia), untuk mencegah rangsangan dan mencegah kejang saat dirujuk.
- C. Memberikan diazepam dan kemudian rujuk ke RS: Obat diazepam yang berfungsi melemaskan otot sehingga menghindari kejang saat dirujuk.
- D. Memberikan MgSO₄ dan diazepam dan kemudian rujuk ke RS: MgSO₄ untuk mengatasi kondisi rendahnya kadar magnesium dalam darah (hipomagnesemia), diazepam berfungsi melemaskan otot sehingga dapat mencegah kejang saat di rujuk ke RS, agar dalam perjalanan pasien tidak mengalami kejang yang mengakibatkan bahaya bagi ibu dan janin. Berdasarkan WHO baik digunakan mengobati dan mencegah kejang akibat eklamsia.
- E. Memberikan Obat Hipertensi : Menurunkan tekanan darah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penatalaksanaan pasien Preeklamsi dan eklamsi.

Referensi:

- Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo bekerjasama dengan JNPKKR/POGI dan JHPIEGO (program MNH & STARH). Panduan

Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas. Jakarta 2004
Modul jabatan Fungsional Perawat, manajemen asuhan keperawatan maternitas dasar.

6. B. Menyusui efektif

Payudara bengkak, terasa penuh, ibu kesulitan mengatur posisi saat menyusui

- A. Nyeri akut: nyeri tidak dipaparkan secara komprehensif meliputi PQRST
- B. Menyusui efektif: tidak ada data yang mendukung
- C. Menyusui tidak efektif: ibu mengalami kesulitan mengatur posisi saat menyusui
- D. Gangguan rasa nyaman: tidak ada data terkait pada soal seperti gelisah, sulit tidur, tidak rileks, mengeluh lelah
- E. Ketidaknyamanan pascapartum: tidak ada data yang mendukung

Mahasiswa mempelajari kembali materi laktasi.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Cetakan III (Revisi). Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

7. C. Nyeri melahirkan

Tampak meringis, skala nyeri 6 (1-10), dilatasi serviks 4 cm,

- A. Nyeri akut: keluhan nyeri terjadi karena akan melahirkan, bukan nyeri pada kasus lain
- B. Nyeri kronis: tidak ada yang menunjukkan nyeri terjadi lama/kronis
- C. Nyeri melahirkan: vignette/kasus situasinya akan melahirkan
- D. Gangguan rasa nyaman: tidak ada data yang mendukung seperti gelisah, sulit tidur, tidak rileks, mengeluh lelah
- E. Ketidaknyamanan pascapartum: kasusnya intrapartum

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali perawatan pasien intrapartum.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Cetakan III (Revisi). Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

8. A. BB

Mengeluh mual, muntah 3 kali/hari dan tidak nafsu makan.

- A. BB: berat badan, ibu hamil diperlukan peningkatan BB yang menunjukkan terjadinya pertumbuhan janin
- B. HB: hemoglobin, tidak ada tanda-tanda anemia di soal
- C. DJJ: usia kehamilan 5 minggu DJJ belum terdengar dengan jelas
- D. Suhu: tidak ada indikasi demam atau infeksi
- E. Porsi makan: jumlah makan sudah bisa dilihat dari keluhan pasien mual dan tidak nafsu makan

Mahasiswa mempelajari tentang kehamilan.

Referensi:

PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Cetakan II.

9. E. Kiri atas

Fundus terdapat kepala, pada sisi kiri perut ibu terdapat punggung, janin presentasi bokong.

- A. Keseluruhan abdomen: Jawaban ini tidak fokus pada posisi punggung
- B. Kanan atas: kepala janin
- C. Kanan bawah: bokong
- D. Kiri bawah: ekstremitas
- E. Kiri atas: punggung; pemeriksaan DJJ lebih jelas.

Mahasiswa mempelajari kembali pemeriksaan Leopold.

Referensi:

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

10.E. 24 minggu

TFU 21 cm

- A. Jawaban salah setelah dimasukkan ke dalam rumus
- B. Jawaban salah setelah dimasukkan ke dalam rumus
- C. Jawaban salah setelah dimasukkan ke dalam rumus
- D. Jawaban salah setelah dimasukkan ke dalam rumus
- E. Jawaban benar setelah dimasukkan ke dalam rumus (TFUx8)/7

Mahasiswa mempelajari kembali konsep kehamilan.

Referensi:

Bobak, I.,M., Jensen,M.D., & Lowdermilk, D.L (2005). Buku Ajar Keperawatan Maternitas; edisi ke-4. Jakarta: EGC.

11.E. Sim

Posisi, Sim

- A. Salah. Posisi dorsal recumbent lebih tepat untuk pasien yang akan menjalani pemeriksaan dan pengobatan di area genetalia, uretra, kandung kemih dan proses persalinan.
- B. Salah. Posisi semi fowler adalah posisi dimana batang tubuh dinaikkan 15-45 derajat. Posisi ini berguna untuk mendorong ekspansi paru-paru. Lebih tepat diterapkan pada pasien gangguan pernapasan dan jantung.
- C. Salah. Posisi fowler adalah posisi dimana batang tubuh dinaikkan 75-90 derajat. Posisi ini berguna untuk mempertahankan kenyamanan dan mendorong ekspansi paru-paru.
- D. Salah. Posisi litotomi adalah posisi di mana pasien terlentang dengan pinggul dan lutut tertekuk serta paha membuka. Posisi ini diberikan pada pasien yang menjalani operasi ginekologi, rektal, dan urologi. Posisi ini juga sering digunakan dalam proses persalinan.
- E. Benar. Posisi sim adalah posisi ibu berbaring miring di sisi tubuhnya dengan lutut ditekuk dan kaki terpisah. Posisi ini dapat mengurangi penekanan pada area perineum sehingga rasa nyeri yang dirasakan pasien akibat episiotomi bisa berkurang.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengaturan posisi pasien.

Referensi:

Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas Vol 1. Edisi Bahasa Indonesia 8.

12.C. Risiko hipovolemia

Mual, muntah, cairan

- A. Salah. Nausea didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. Soal menyebutkan bahwa pasien sudah mengalami muntah setiap habis makan dan minum.

- B. Salah. Hipovolemia adalah penurunan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraselular, yang ditandai oleh frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat. Tanda dan gejala yang muncul pada kasus belum mencapai 80% sehingga tidak bisa diangkat sebagai masalah keperawatan.
- C. Benar. Risiko hipovolemia didefinisikan sebagai berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraselular. Faktor risiko yang muncul pada kasus adalah kehilangan cairan secara aktif
- D. Salah. Risiko ketidakseimbangan cairan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami penurunan, peningkatan, atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstitial, atau intraseluler. Soal menunjukkan bahwa pasien mengalami kehilangan cairan secara aktif, tidak berisiko mengalami peningkatan atau perpindahan cairan.
- E. Salah. Risiko ketidakseimbangan elektrolit merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit. Masalah keperawatan ini bisa diangkat bila dehidrasi/defisit volume cairan sudah aktual.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gangguan yang terjadi pada kehamilan.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

13.E. Tirah baring

Kehamilan, perdarahan pervaginam

- A. Salah. Materi edukasi yang disampaikan kurang jelas dan tidak fokus sesuai permasalahan yang dihadapi pasien.
- B. Salah. Kontrol teratur dilakukan setelah ibu keluar dari rumah sakit.
- C. Salah. *Support* pasangan memang harus diberikan oleh suami pasien dari awal kehamilan hingga paska persalinan. Intervensi ini kurang tepat untuk mengatasi masalah utama yang sedang dialami pasien.
- D. Salah. Mengurangi aktivitas saja kurang tepat karena pasien sudah mengalami perdarahan per vaginam.

- E. Benar. Tirah baring adalah bentuk perawatan yang menganjurkan pasien untuk beristirahat di tempat tidur dan membatasi aktivitas sehari-hari. Tirah baring harus dilakukan untuk mengurangi dan menghentikan pengeluaran darah lebih lanjut dan mempertahankan kehamilan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang bahaya kehamilan dan penanganannya.

Referensi:

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas Vol 1. Edisi Bahasa Indonesia 8.

14.E. Kompres hangat

Nyeri, haid

- A. Salah. Seharusnya mengkonsumsi makanan tinggi kalium karena kalsium membantu mengurangi kram otot saat haid.
- B. Salah. Intake cairan perlu ditingkatkan saat haid untuk mengurangi perut kembung yang dapat memperberat nyeri yang dirasakan.
- C. Salah. Olahraga berat yang membutuhkan tekanan atau menggunakan otot secara berlebihan tidak dianjurkan untuk dilakukan saat haid.
- D. Salah. Plasebo merupakan suatu bentuk tindakan misalnya tindakan pengobatan atau tindakan keperawatan yang mempunyai efek pada klien akibat sugesti.
- E. Benar. Kompres hangat pada perut dan punggung bagian bawah selama 15-20 menit, sebanyak 3 kali sehari hampir sama efektifnya dengan obat pereda nyeri, seperti paracetamol dan ibuprofen, sehingga efektif dalam mengurangi nyeri haid.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang menstruasi.

Referensi:

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas Vol 1. Edisi Bahasa Indonesia 8.

15.A. Mencari daerah punctum maksimum

Leopold, hamil

- A. Benar. *Punctum* maksimum adalah bagian janin yang paling terdengar jelas denyutannya saat pemeriksaan DJJ (Detak Jantung Janin) pada kehamilan. *Punctum* maksimum ditentukan dari penilaian: presentasi janin, letak punggung janin dan apakah kepala janin sudah masuk panggul atau belum. Pada kasus sudah ada hasil untuk pemeriksaan tersebut (Leopold 1-IV sudah dilakukan).
- B. Salah. Klarifikasi pada arteri radialis ibu dilakukan setelah menentukan *punctum* maksimum.
- C. Salah. Leopold 1-IV sudah dilakukan.
- D. Salah. Mendengarkan DJJ dilakukan dengan tangan tidak memegang *Laennec*, dengarkan detak jantung janin yaitu dengan ritme denyutan lebih cepat dari denyut nadi ibu. Pemeriksaan DJJ dilakukan setelah menentukan *punctum* maksimum dan klarifikasi denyut pada arteri radialis ibu.
- E. Salah. Kontraksi rahim dinilai jika ibu sudah memasuki masa inpartu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan kehamilan.

Referensi:

Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas Vol 1. Edisi Bahasa Indonesia 8.

16.D. 20-8-2024

HPHT tanggal 13 November 2023

Kehamilan diawali dengan tidak datangnya haid dan merupakan faktor yang penting untuk mengetahui usia kehamilan dan mengetahui taksiran tanggal persalinan. Rumus yang dipakai rumus Naegle adalah Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) mis tanggal 13-11-2023 di tambahkan:

Tanggal	: + 7
Bulan	: - 3 (+9)
Tahun	: + 1 (atau tetap/0)

HPHT : 13 - 11 2023

+7 + 9 +1

20 – 08-2024

Maka tanggal tafsiran partus adalah tanggal 20-08-2024

- A. 18 Agustus 2024, bukan merupakan tanggal tafsiran yang benar, karena tanggal ditambahkan 5.
- B. 20 September 2024, bukan merupakan tanggal tafsiran yang benar, karena bulan ditambah 10.
- C. 21 September 2024, bukan merupakan tanggal tafsiran yang benar, karena hari ditambah 8
- D. 20 Agustus 2024, merupakan tanggal tafsiran yang benar,
- E. 22 Agustus 2024, bukan merupakan tanggal tafsiran yang benar, karena hari ditambah 9, seharusnya hari di tambah 7, $13 + 7 = 20$

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penentuan tafsiran persalinan.

Referensi:

Ricci, S.S, & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. Philadelphia: Lippincott.

17.E. Lakukan pengosongan kandung kemih dengan kateter

Mengeluh susah BAK, kandung kemih distensi

- A. Lakukan perawatan vulva: dilakukan apabila terdapat luka pada perineum
- B. Anjurkan ambulasi dini bertahap; ambulasi dini diperlukan agar kondisi fisik ibu cepat pulih. pergerakan dapat membuat aliran darah lancar dan proses involusi cepat terjadi. Ambulasi dini dilakukan setelah kebutuhan rasa nyaman terpenuhi.
- C. Berikan air putih hangat yang cukup, air hangat dapat memperlancar proses metabolisme dan meningkatkan aliran darah ibu, tapi jika diberikan saat kandung kemih penuh akan membuat bertambahnya ketidaknyamanan.
- D. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam dan distraksi, tindakan ini dilakukan jika pasien mengalami nyeri sedang sampai berat.
- E. Lakukan pengosongan kandung kemih dengan kateter; tindakan ini perlu segera dilakukan karena kandung kemih yang penuh selain menambah ketidaknyamanan juga bisa mengganggu kontraksi uterus. Nyeri akibat distensi kandung kemih pada pasien yang sulit BAK tindakan yang tepat adalah Pengosongan kandung kemih dengan kateterisasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perawatan postpartum.

Referensi:

Ricci, S.S, & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. Philadelphia: Lippincott.

18.B. Suntik

Kontrasepsi lain yang tidak memakai alat.

- A. Implant: implant atau alat kontrasepsi bawah kulit, merupakan salah satu metode ber KB efektif yang merupakan salah satu metode KB hormonal. Implant harus dipasang oleh tenaga kesehatan terlatih dan di buka pada waktu tertentu.
- B. Suntik: suntik merupakan salah satu metode KB efektif dan hormonal. Kontrasepsi ini dapat mencegah kehamilan dengan cara mengentalkan lendir serviks sehingga menghentikan daya tembus sperma, mengubah endometrium menjadi tidak cocok untuk implantasi dan mengurangi fungsi tuba falopii. Wanita yang memilih metode suntik tidak perlu mengingat untuk meminum pil dan dapat kapan dikehendaki.
- C. Kondom: merupakan metode kontrasepsi alamiah dengan alat.
- D. Tubektomi; merupakan metode ber KB mantap atau permanen. Tubektomi dilakukan dengan memotong saluran tuba pada wanita
- E. Tissue vagina: merupakan metode ber KB sederhana dengan alat. Tissue vagina merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam vagina dengan tujuan untuk membunuh sebagian besar spermatozoa sebelum masuk ke mulut rahim.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam metode KB.

Referensi:

Icemi Sukarni K – Wahyu P (2018). Keperawatan Maternitas. Nuha Medica Yogyakarta.

19.C. Lakukan masase fundus uteri

TFU setinggi pusat, kontraksi lemah dan perdarahan pervaginam normal

- A. Monitor tanda-tanda vital: dilakukan setelah kondisi pasien tenang atau ada data yang mendukung, misal perdarahan abnormal atau terdapat robekan jalan lahir
- B. Monitor robekan jalan lahir: dilakukan jika terdapat luka jalan lahir

- C. Lakukan masase fundus uteri: masase fundus diperlukan untuk merangsang kontraksi uterus. Kontraksi uterus yang kuat akan menjepit pembuluh darah yang terbuka, sehingga perdarahan berkurang atau terhenti
- D. Monitar tanda tanda perdarahan: tidak dilakukan karena perdarahan dibawah 500 cc
- E. Kosongkan kandung kemih dengan kateter, dilakukan jika terdapat distensi abdomen atau kandung kemih yang penuh.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perdarahan postpartum.

Referensi:

Ricci, S.S, & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. Philadelphia: Lippincott.

20.C. Resiko cedera pada janin

mengeluh kurang selera makan, mempunyai kebiasaan merokok sebelum hamil

- A. Resiko infeksi; tidak ada data yang mendukung
- B. Resiko cedera pada ibu: cedera pada ibu dapat terjadi karena berbagai hal, misal kurang gizi, penyakit infeksi
- C. Resiko cedera pada janin: kondisi ibu yang kurang gizi akan mengganggu pertumbuhan janin, kebiasaan merokok akan mempengaruhi perkembangan janin.
- D. Gangguan rasa nyaman: tidak ada data yang mendukung
- E. Pola napas tidak efektif: tidak ada data yang mendukung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian ibu hamil.

Referensi:

Ricci, S.S, & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. Philadelphia: Lippincott.

21.B. DJJ

G1P0A0 28 miggu, mengeluh sudah dua hari tidak merasakan gerakan janinnya

- A. TTV. Tetap dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital: Tekanan darah, frekuensi napas, nadi dan suhu tubuh
- B. DJJ Pemeriksaan untuk memastikan kondisi janin dengan auskultasi Bunyi/Denyut jantung janin atau DJJ terdengar BJJ menandakan janin hidup normal 120 sd 160 x/menit. Adanya penurunan atau peningkatan DJJ

menandakan tanda bahaya janin yang dirasakan ibu dengan penurunan gerakan janin yang dirasakan.

- C. AGD analisa gas darah: pemeriksaan yang mengukur derajat keasaman (Ph) dan jumlah oksigen serta karbondioksida dalam darah
- D. Saturasi Oksigen adalah tingkat saturasi oksigen normal 95-100% pada orang dewasa dan anak-anak
- E. Darah Lengkap adalah pemeriksaan darah untuk memantau kondisi kesehatan dan deteksi masalah kesehatan tertentu

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Kehamilan.

Referensi:

Bobak, et al (2005). Keperawatan Maternitas. Alih bahasa: Wijarini.A.M Jakarta: EGC

22.B. Kepala berada di area suprapubik

Palpasi Leopold III didapatkan bagian bawah teraba bulat keras sulit digerakkan di area suprapubik,

- A. Posisi terendah adalah bokong: palpasi leopold III: teraba bulat lunak tidak melenting
- B. Kepala berada di area suprapubik, Pada palpasi leopold III adalah pemeriksaan area suprapubik untuk menentukan apa bagian janin yang dibawah. Kalau teraba bulat, keras, agak sulit digerakkan maka bagian tersebut adalah kepala janin.
- C. Punggung janin disebelah kanan: palpasi leopold II, teraba lebar, panjang
- D. Bagian ekstremitas janin disebelah kiri: pada palpase Leopold II Teraba diperut ibu sebelah kiri bagian janin dan terdapat sela.
- E. Letak janin sungsang, palpasi leopold IV ditemukan bagian bawah teraba bulat lunak tidak melenting

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Kehamilan.

Referensi:

Bobak, et al (2005). Keperawatan Maternitas. Alih bahasa: Wijarini.A.M Jakarta: EGC

23.D. Plasenta previa

GIP0A0 34 minggu, keluar darah dari kemaluan tanpa rasa nyeri

- A. KET (Kehamilan Ektopik Terganggu) hasil konsepsi menempel di tuba atau diluar rahim
- B. Abortus terjadi usia kehamilan di bawah 22 minggu karena janin tidak berkembang atau uterusnya tidak kompeten
- C. Molahidatidosa atau hamil angur merupakan hasil konsepsi trofoblast atau calon plasenta perkembangan cepat, sementara calon janin tidak berkembang
- D. Plasenta Previa: Placenta previa biasa terjadi pada ibu hamil trimester I dan trimester III, disebabkan plasenta didalam Rahim posisinya menutup jalan lahir karena Rahim membesar dan menekan sehingga terjadi perdarahan per vaginam tanpa rasa nyeri
- E. Solutio Placenta: suatu keadaan terjadi peluruhan plasenta sebelum bayinya lahir

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Komplikasi /risiko pada ibu hamil.

Referensi:

Bobak, et al (2005). Keperawatan Maternitas. Alih bahasa: Wijarini.A.M Jakarta: ECG

24.C. Defisit nutrisi

Berat badan turun >10%

- A. Gangguan Rasa nyaman: Perasaan kurang senang dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial
- B. Hipovolemia: Penurunan volume cairan intravascular, interstitial, dan intraseluler.
- C. Defisit Nutrisi: Ibu mengalami masalah kekurangan asupan gizi karena nausea dan vomitus. BB turun dibawah 10% merupakan tanda mayor dari masalah keperawatan defisit nutrisi. Nausea merupakan masalah perubahan fisiologis bisa diangkat apabila ibu belum mengalami penurunan Berat Badan dibawah 10% (SDKI 2008)
- D. Nausea: mual mual
- E. Konstipasi: gangguan dalam BAB

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Kehamilan.

Referensi:

Bobak, et al (2005). Keperawatan Maternitas. Alih bahasa: Wijarini.A.M Jakarta: EGC

25.B. Lochia Rubra

Ibu postpartum kurang dari 24 jam, keluar cairan berwarna merah dan bau amis dari vagina

- A. Lochea Alba: cairan yang keluar berupa lekosit, desidua, sel epitel, mukus dan serum
- B. Lochea Rubra: Cairan berubah darah berwarna merah, debris desidua, trifoblastik
- C. Lochea Serosa: cairan berupa *old blood*, serum, lekosit dan debris jaringan
- D. Lochea Sanguelenta: bukan jawabannya
- E. Lochea Purulenta: bukan jawabannya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep ibu postpartum.

Referensi:

Bobak, et al (2005). Keperawatan Maternitas. Alih bahasa: Wijarini. A.M Jakarta: ECG

26.A. Nausea

"Mengeluh mual"

- A. Nausea adalah pilihan tepat karena sesuai dengan gelaja mayor yaitu mengeluh mual, merasa ingin muntah dan tidak berminat makan. Hal ini sesuai dengan buku SDKI.
- B. Risiko defisit nutrisi tidak tepat karena baru risiko sedangkan masalahnya aktual. Selain itu juga data yang ada tidak sesuai dengan batasan karakteristik mayor pada diagnosis ini
- C. risiko berat badan lebih tidak tepat karena baru risiko sedangkan masalahnya aktual. Selain itu juga data yang ada tidak sesuai dengan batasan karakteristik mayor pada diagnosis ini
- D. Gangguan rasa nyaman tidak tepat karena data yang ada tidak sesuai dengan batasan karakteristik mayor pada diagnosis ini
- E. Risiko ketidakseimbangan elektrolit tidak tepat karena baru risiko sedangkan masalahnya aktual. Selain itu juga data yang ada tidak sesuai dengan batasan karakteristik mayor pada diagnosis ini

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang batasan mayor dan minor pada diagnosis nausea berdasarkan buku SDKI.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

27. E. Kesiapan peningkatan pengetahuan terkait perilaku upaya peningkatan kesehatan

"Terdapat kata dan kalimat yang bermakna positif"

- A. Menyusui efektif tidak tepat karena data yang ada tidak sesuai dengan batasan karakteristik mayor pada diagnosis ini berdasarkan SDKI
- B. Ketidaknyamanan pasca partum tidak tepat karena data yang ada tidak sesuai dengan batasan karakteristik mayor pada diagnosis ini berdasarkan SDKI
- C. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan terkait prematuritas tidak tepat karena data yang ada tidak sesuai dengan batasan karakteristik mayor pada diagnosis ini
- D. Kesiapan peningkatan nutrisi terkait perilaku upaya peningkatan kesehatan tidak tepat tidak tepat karena data yang ada tidak sesuai dengan batasan karakteristik mayor pada diagnosis ini
- E. Kesiapan peningkatan pengetahuan terkait perilaku upaya peningkatan kesehatan adalah jawaban yang tepat karena sesuai dengan batasan mayor dari buku SDKI yaitu secara subyektif mengungkapkan minat dalam belajar, menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik, data obyektif berupa perilaku sesuai dengan pengetahuan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang batasan mayor dan minor pada diagnosis kesiapan peningkatan pengetahuan terkait perilaku upaya peningkatan kesehatan berdasarkan buku SDKI.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

28.B. Tingkat pengetahuan

"Terdapat kata kata pengetahuan"

- A. Status menyusui bukan jawaban yang tepat karena luaran dari diagnosis menyusui tidak efektif

- B. Tingkat pengetahuan adalah jawaban yang tepat karena sesuai dengan diagnosis ini yaitu kesiapan peningkatan pengetahuan
- C. Manajemen kesehatan bukan jawaban yang tepat karena merupakan luaran utama dari diagnosis kesiapan peningkatan manajemen kesehatan
- D. Peran menjadi orang tua bukan jawaban yang tepat karena merupakan luaran utama dari diagnosis kesiapan peningkatan menjadi orang tua
- E. Status kenyamanan pasca partum bukan jawaban yang tepat karena merupakan luaran utama dari diagnosis ketidaknyamanan pascapartum

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang luaran utama pada diagnosis kesiapan peningkatan pengetahuan terkait perilaku upaya peningkatan kesehatan berdasarkan buku SLKI.

Referensi:

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019), Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

29.B. Edukasi kesehatan

"Terdapat kata kata edukasi"

- A. Manajemen nyeri merupakan jawaban yang tidak tepat karena merupakan intervensi utama dari diagnosis nyeri akut
- B. Edukasi kesehatan merupakan jawaban yang tepat karena merupakan intervensi utama dari diagnosis kesiapan peningkatan pengetahuan.
- C. Edukasi persalinan merupakan jawaban yang tidak tepat karena merupakan intervensi utama dari diagnosis kesiapan persalinan
- D. Bimbingan antisipatif merupakan jawaban yang tidak tepat karena merupakan intervensi utama dari diagnosis kesiapan peningkatan manajemen kesehatan
- E. Promosi antisipasi keluarga bukan jawaban yang tepat karena merupakan intervensi utama dari diagnosis kesiapan peningkatan menjadi orang tua

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi utama pada diagnosis kesiapan peningkatan pengetahuan terkait perilaku upaya peningkatan kesehatan berdasarkan buku SIKI.

Referensi:

PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1, Jakarta: DPP PPNI.

30.B. Autonomy

"Isi dari kasusnya ada unsur menghormati hak pasien"

- A. *Justice* merupakan jawaban yang kurang tepat karena kasusnya bukan membahas tentang keadilan
- B. *Autonomy* merupakan jawaban yang benar karena kita menghargai hak orang lain
- C. *Beneficence* merupakan jawaban yang kurang tepat karena kasusnya tidak membahas tentang kondisi dimana perawat harus melakukan yang terbaik bagi pasien
- D. *Confidentiality* merupakan jawaban yang kurang tepat karena kasusnya tidak membahas tentang kondisi dimana perawat harus menjaga rahasia klien.
- E. *Non maleficence* merupakan jawaban yang kurang tepat karena kasusnya tidak dapat membahayakan pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etika keperawatan.

Referensi:

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). Fundamentals of Nursing (8th ed.). Missouri: Elsevier.

31.C. 16.00 WIB

Inpartu, pembukaan serviks, pemeriksaan dalam

- A. Pada pilihan jawaban A: 14:00
Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam, sedangkan pilihan A memiliki selang waktu 2 jam setelah pemeriksaan dalam pertama di jam 12:00
- B. Pada pilihan jawaban B: 15:00
Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam, sedangkan pilihan A memiliki selang waktu 3 jam setelah pemeriksaan dalam pertama di jam 12:00
- C. Pada pilihan jawaban C: 16:00

Merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam. Pada pilihan C memiliki selang waktu 4 jam setelah pemeriksaan dalam pertama di jam 12:00

- D. Pada pilihan jawaban D: 17:00

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan dalam dilakukan setiap 5 jam, sedangkan pilihan A memiliki selang waktu 2 jam setelah pemeriksaan dalam pertama di jam 12:00

- E. Pada pilihan jawaban E: 18:00

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam, sedangkan pilihan A memiliki selang waktu 6 jam setelah pemeriksaan dalam pertama di jam 12:00

Mahasiswa diminta untuk mempelajari ulang mengenai asuhan pada saat persalinan, khususnya Kala I fase aktif.

Referensi:

Bobak, L. (2009). Jense. 2012. Buku ajar keperawatan maternitas. Jakarta: EGC.

32.C. Hasil DJJ menunjukkan terdengar bunyi detak jantung janin.

Antenatal, DJJ, Janin

- A. Pada pilihan jawaban A: Hasil TFU menunjukkan TFU 32 cm

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan TFU belum memastikan apakah janin masih dalam keadaan hidup. Pemeriksaan TFU memperkirakan usia kehamilan yang tengah dijalani

- B. Pada pilihan jawaban B: Hasil USG menunjukkan adanya janin

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan USG yang menjadi jawaban hanya menunjukkan adanya janin. Menunjukkan janin belum memastikan apakah janin masih dalam keadaan hidup.

- C. Pada pilihan jawaban C: Hasil DJJ menunjukkan terdengar bunyi detak jantung janin

Merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan untuk memastikan kondisi janin melalui mendengarkan DJJ (denyut jantung janin). Terdengar DJJ menandakan bayi hidup. Rentang normal DJJ antara 120-140x/menit. Perubahan nilai DJJ menandakan distress janin.

- D. Pada pilihan jawaban D: Hasil Leopold II menunjukkan punggung janin berada di sebelah kiri ibu

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena belum memastikan apakah janin masih dalam keadaan hidup. Pemeriksaan Leopold II memiliki tujuan untuk mengetahui apa yang terdapat di sisi kiri maupun sisi kanan perut ibu.

- E. Pada pilihan jawaban E: Hasil Leopold I menunjukkan presentasi teratas teraba besar dan melenting

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena belum memastikan apakah janin masih dalam keadaan hidup. Pemeriksaan Leopold I memiliki tujuan untuk mengetahui apa yang terdapat di presentasi teratas, TFU dan perkiraan usia kehamilan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan Pada Fase Antenatal Care.

Referensi:

Bobak, L. (2009). Jense. 2012. Buku ajar keperawatan maternitas. Jakarta: EGC.

33.E. Pemeriksaan protein urin

Antenatal, PEB

- A. Pada pilihan jawaban A: Pemeriksaan DJJ

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan DJJ bertujuan untuk memantau detak jantung janin.

- B. Pada pilihan jawaban B: Pemeriksaan CTG

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan CTG bertujuan untuk memantau denyut jantung dan kontraksi rahim saat bayi berada di dalam kandungan

- C. Pada pilihan jawaban C: Pemeriksaan USG

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan USG bertujuan untuk mendeteksi serta memeriksa kondisi kehamilan.

- D. Pada pilihan jawaban D: Pemeriksaan darah lengkap

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan darah lengkap hanya untuk mengetahui Eritrosit (sel darah merah), Leukosit (sel darah putih) dan Trombosit (keping darah atau platelet)

- E. Pada pilihan jawaban E: Pemeriksaan protein urin

Merupakan jawaban yang tepat karena triase pemeriksaan PEB antara lain hipertensi, edema dan pemeriksaan protein urin. Pada kasus telah diketahui nilai tekanan darah dan edema, sehingga pemeriksaan selanjutnya yang tepat adalah pemeriksaan protein urin

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan preeklampsi

Referensi:

Farrer, H. (2001). Perawatan maternitas. Jakarta: EGC.
Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/91/2017 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Komplikasi Kehamilan

34.A. Menyusui efektif

Menyusui, Postpartum

A. Menyusui efektif

Merupakan jawaban yang tepat karena pada kasus tampak ibu telah melakukan pelekatkan dengan bayi dan saat menyusui sudah tepat.

B. Menyusui tidak efektif

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena tidak ditemukan adanya data aktual menyusui tidak efektif seperti: ibu dan bayi tidak rawat gabung, anomaly payudara, ketidakefektifan suplai ASI.

C. Risiko gangguan perlekatan

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena tidak ditemukan adanya data risiko gangguan perlekatan seperti: ibu dan bayi rawat terpisah dikarenakan ibu atau bayi dalam kondisi sakit

D. Risiko disorganisasi perilaku bayi

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena tidak ditemukan adanya data aktual risiko disorganisasi perilaku bayi seperti: prematuritas, prosedur invasif pada bayi

E. Kesiapan peningkatan pengetahuan

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena tidak ditemukan adanya data kesiapan peningkatan pengetahuan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada ibu nifas.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

35.D. Beneficence

Etika keperawatan

A. *Fidelity*

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pada kasus tidak ditemukan perawat diminta untuk selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga

B. *Justice*

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pada kasus tidak ditemukan perawat bersikap adil kepada semua pasien

C. *Autonomy*

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pada kasus tidak ditemukan pasien diminta untuk berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri.

D. *Beneficence*

Merupakan jawaban yang tepat karena pada kasus perawat akan mengajarkan teknik manajemen nyeri untuk berbuat baik pada pasien

E. *Accountability*

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pada kasus tidak ditemukan standar seorang perawat melakukan tindakan professional dapat dinilai.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang etika keperawatan pada ruang lingkup Keperawatan Maternitas.

Referensi:

Sumi, S. S., Suhartatik, S., La Isa, W. M., & Ernawati, E. (2023). Buku Ajar Keperawatan Maternitas.

36.D. Perfusi jaringan tidak efektif

Mengeluh kepala pusing, mual, kaki bengkak, dan pandangan kabur, pitting edema, protein urin +++.

A. Resiko jatuh, dapat menjadi masalah keperawatan dengan data pusing, pandangan kabur, kaki bengkak. Namun bukan Utama

B. Kekurangan cairan, tidak ada data yang mendukung untuk kekurangan cairan

C. Gangguan rasa nyaman, dapat menjadi masalah keperawatan dengan data kepala pusing, mual, nyeri ulu hati, kaki bengkak, dan pandangan kabur, pitting edema. Namun bukan Utama

D. Perfusi jaringan tidak efektif, Ini masalah utama, bahwa jika ada data kepala pusing, mual, nyeri ulu hati, kaki bengkak, dan pandangan kabur, pitting

- edema, dan protein +++, bahwa area organ tersebut mengalami aliran yang tidak normal yang disebabkan meningkatnya TD
- E. Ketidakseimbangan nutrisi kurang, tidak ada data yang spesifik atau focus untuk menjadi masalah

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda gejala dan diagnosis pre ekklamsia pada ibu hamil.

Referensi:

- Pillitteri A. (2014), Maternal and Child Health Nursing, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins
- Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier

37.A. Masase uteri

P1A0 nifas 4 jam yang lalu, mengeluh perdarahan. Perdarahan, kontraksi uterus lemah, Pembalut pasien sudah diganti empat kali.

- A. Masase uteri, ini merupakan tindakan utama, karena pada data terdapat perdarahan, kontraksi uterus lemah yang dapat dikatakan mengalami atonia uteri.
- B. Monitor perdarahan, ini merupakan salah satu tindakan, dimana data pasien ada perdarahan, namun tidak utama jika melihat dari sisi penyebab perdarahan
- C. Lakukan vulva hygiene, ini dapat juga direncanakan tindakan, dimana pasien masih banyak mengeluarkan darah
- D. Istirahat di tempat tidur, ini merupakan kebutuhan pasien, karena pasien baru melahirkan empat jam yang lalu, dan mengalami perdarahan untuk mencegah terjadinya jatuh, antisipasi schok
- E. Observasi tanda-tanda vital, ini merupakan tindakan untuk pasein yang mengalami perdarahan, yang potensial kekurangan cairan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan atonia uteri.

Referensi:

- Pillitteri A. (2014), Maternal and Child Health Nursing, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins

Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier

38.C. MOW

35 tahun, G4P3A0 hamil 39 minggu, Belum pernah sebagai akseptor KB, anak pertama usia 10 tahun, kedua 8 tahun, dan ketiga 5 tahun, TD 150/90 mmHg

- A. Pil, ini dipakai untuk KB metode jangka pendek, termasuk hormonal, tidak boleh dikonsumsi oleh pasien dengan penyakit sistemik, seperti hipertensi, tapi bukan pilihan jawaban. Walaupun pasien TD nya tinggi
- B. AKDR, ini salah satu alat kontrasepsi pada metode jangka panjang, yaitu Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau Intra
- C. MOW (Metode Operasi Wanita) atau tubektomi. Ini merupakan pilihan yang tepat untuk kasus diatas, karena data sangat mendukung dari sisi umur pasien 35 tahun, dan jumlah usia anak hidup, dan ada riwayat hipertensi
- D. Suntik, sama halnya dengan pil. Ini dipakai untuk KB metode jangka pendek, termasuk hormonal, tidak boleh dikonsumsi oleh pasien dengan penyakit sistemik, seperti hipertensi, tapi bukan pilihan jawaban. Walaupun pasien TD nya tinggi
- E. Kondom, bisa menjadi pilihan. Tetapi tidak cocok untuk data pasien, terutama pasien umur 35 tahun dengan jumlah, dan usia anak hidup

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Keluarga Berencana, khususnya MOW (Metode Operasi Wanita) atau tubektomi.

Referensi:

Pillitteri A. (2014), Maternal and Child Health Nursing, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins

BKKBN. (2023), Program KB investasi Jangka Panjang, Jakarta

39.A. Inefektif breast feeding

P1AO Post partum hari ketiga kelahiran sesar indikasi distres janin, cemas dengan kondisi bayinya, payudara bengkak, panas, papila mamae menonjol, ASI belum keluar, suhu 37,70C. Bayi dirawat di ruang NICU karena mengalami asfiksia berat.

- A. Inefektif *breast feeding*, ini kunci jawaban. Data kasus sangat mendukung nifas hari ketiga. Dimana menyusui tidak efektif dipengaruhi atau muncul masalah dari ibu dan bayi. Ibu kelahiran sesar, payudara bengkak, panas, ASI belum keluar, dan tidak rawat gabung. Bayi di rawat di ruang NICU

- B. *Postpartum Depression*, tidak merupakan diagnosis ini, hanya ada data cemas terhadap bayinya
- C. *Knowledge deficit*, tidak merupakan diagnosis, karena tidak data yang mendukung
- D. *Acute pain*, boleh dirumuskan diagnosis ini, tapi bukan menjadi utama, karena hanya ada satu data nyeri pada luka
- E. *Anxiety*, boleh dirumuskan diagnosis ini, tapi bukan menjadi utama, karena hanya ada satu data cemas terhadap bayinya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang postpartum kelahiran sesar untuk pemenuhan kebutuhan ASI.

Referensi:

- Bear Melissa, RN et.al. (2017) "Nursing Key Topics Review: Maternity," St. Louis Missouri: Elsevier
- Lowdermilk, Perry, S. E., Cashion, Alden, & O. (2019). Maternity Women & Health Care (12th ed.). Elsevier Inc.

40.C. Monitor tanda-tanda vital

P1A0 postpartum3 jam yang lalu kelahiran spontan, mengeluh nyeri di daerah kemaluan, lemas, nyeri di jalan lahir, mules, kontraksi uterus kuat, lokeja berwarna merah kehitaman, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,80C

- A. Beri kecukupan gizi, ini merupakan kebutuhan asupan gizi dalam bentuk makan, tapi ini bukan menjadi prioritas pada kasus
- B. Hitung jumlah lokeja, ini dapat merupakan salah satu kebutuhan pasien, namun tidak diperlukan, karena data adanya kontraksi uterus yang kuat, hal ini tidak ada perdarahan atau lokeja yang banyak
- C. Monitor tanda-tanda vital, ini jawaban yang tepat. Tindakan ini merupakan kebutuhan prioritas untuk pasien. Karena ada data pasien yang mendukung: nifas tiga jam yang lalu, lemas, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,80C. Hal ini menggambarkan haemodinamik pasien belum stabil yang harus di monitor
- D. Pantau kemampuan menyusui, ini tidak merupakan bagian dari jawaban, karena tidak ada data yang mendukung
- E. Observasi keseimbangan cairan, ini tidak merupakan jawaban, karena data adanya kontraksi uterus yang kuat, hal ini tidak ada perdarahan atau lokeja yang banyak

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
Lowdermilk, Perry, S. E., Cashion, Alden, & O. (2019). Maternity Women & Health Care (12th ed.). Elsevier Inc.

41.A. Veracity

Dokter tidak menjelaskan fakta yang sebenarnya

Prinsip etik adalah tindakan yang harus dilakukan oleh perawat atau tenaga medis dalam memberikan pelayanan Kesehatan kepada pasien.

- A. *Veracity* adalah mengungkapkan secara jujur dan tidak merekayasa kondisi klien
- B. *Autonomy* adalah selalu mengembalikan keputusan terhadap intervensi /pengobatan kepada klien/keluarga
- C. *Confidentiality* adalah menjaga kerahasiaan data dan kondisi klien yang tertera di rekam medik dari orang lain yang tidak berkepentingan kecuali diminta pengadilan (berkaitan dengan hukum)
- D. *Beneficence* adalah memberikan kebermanfaatan
- E. *Non Maleficence* adalah meminimalkan bahaya dengan melaksanakan intervensi sesuai SOP

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang etika keperawatan.

Referensi:

- Hijriana, Isni. (2023). Buku ajar etika keperawatan. Jambi: Son Pedia.com.

42.C. Confidentiality

Perawat berusaha menutup tirai agar tidak banyak orang mengetahui keadaannya. Perawat tidak menginformasikan kondisi pasien tersebut ketika pasien lain sebelahnya bertanya

Prinsip etik adalah tindakan yang harus dilakukan oleh perawat atau tenaga medis dalam memberikan pelayanan Kesehatan kepada pasien.

- A. *Veracity* adalah mengungkapkan secara jujur dan tidak merekayasa kondisi klien

- B. *Autonomy* adalah selalu mengembalikan keputusan terhadap intervensi / pengobatan kepada klien/keluarga
- C. *Confidentiality* adalah menjaga kerahasiaan data dan kondisi klien yang tertera di rekam medik dari orang lain yang tidak berkepentingan kecuali di minta pengadilan (berkaitan dengan hukum)
- D. Beneficence adalah memberikan kebermanfaatan
- E. Non Maleficence adalah meminimalkan bahaya dengan melaksanakan intervensi sesuai SOP

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etika keperawatan.

Referensi:

Hijriana, Isni. (2023). Buku ajar etika keperawatan. Jambi: Son Pedia.com.

43.B. Hindari berhubungan seksual

Gejala Area genitalia terasa gatal dan panas, nafsu makan menurun, dan merasa keletihan. Hasil tes serologik ditemukan Treponema pallidum adalah tanda dan gejala Sifillis, maka pendidikan kesehatan yang tepat pada pasien adalah

- A. Istirahat teratur: pasien akan tetap menularkan ke orang lain.
- B. Hindari berhubungan seksual: Jenis bakteri ini sangat mudah menular melalui kontak seksual dan selaput lendir luka pengidapnya.
- C. Meningkatkan asupan makanan: pasien akan tetap menularkan ke orang lain
- D. Lakukan hubungan seks dengan kondom: pasien akan tetap berisiko menularkan ke orang lain
- E. Bersihkan area genetalia dengan normal saline: pasien akan tetap berisiko menularkan ke orang lain

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penyakit menular seksual.

Referensi:

Abrori dkk. (2017). Buku ajar Infeksi Menular Seksual. UM Pontianak Pers. Pontianak.

44.A. Atonia uteri

Uterus tidak berkontraksi setelah bayi lahir.

- A. Atonia uteri adalah tidak adanya kontraksi pada otot uterus, hal ini yang jadi penyebab perdarahan post partum

- B. Infeksi nifas adalah infeksi ini bermacam macam jenisnya dan pasien akan mengalami tanda tanda infeksi
- C. Insertio Uteri adalah kejadian terbaliknya uterus bagian dalam ke arah luar, sehingga bagian fundus uterus di paksa melalui servik dan menonjol ke dalam atau keluar dari vagina.
- D. Infeksi servik adalah infeksi di daerah servik (leher lahir)
- E. Iskemia myometrium adalah suatu keadaan kurangnya aliran darah ke endometrium

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali konsep dasar postpartum.

Referensi:

Mertasari, Luh, Wayan Sugandini. (2020). Asuhan masa nifas dan menyusui, Rajawali pers.

45.B. Rooting

Bayi menoleh ke samping dan membuka mulut ketika tangan perawat didekatkan

- A. *Moro* adalah suatu respon tiba tiba pada bayi yang baru lahir yang terjadi akibat suara atau gerakan yang mengejutkan
- B. *Rooting* adalah reflex terjadi ketika pipi bayi diusap (dibelai) atau di sentuh bagian pinggir mulutnya.
- C. *Sucking* adalah Ketika bagian langit-langit mulut bayi tersentuh, ia akan refleks melakukan gerakan mengisap
- D. *Tonic neck* adalah posisi menengadah, muncul pada usia satu bulan dan akan menghilang pada sekitar usia 5 bulan.
- E. *Swallowing* adalah refleks gerakan menelan benda-benda yang didekatkan ke mulut,

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan bayi baru lahir.

Referensi:

Anisa UI Mutmainah. dkk. (2017). Asuhan Persalinan Normal dan bayi baru lahir. ANDI., Yogyakarta

SOAL

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

1. Seorang laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang bedah, mengeluh nyeri di bagian tubuhnya akibat luka bakar karena sengatan listrik. Hasil pengkajian: luka bakar mengenai bagian dada, perut, lengan kanan atas sampai bawah bagian depan dan belakang, lengan kiri atas sampai bawah bagian depan, Kesadaran komposmentis. Berapakah luas luka bakar berdasarkan metode *Rule of Nine* pada kasus tersebut?
 - A. 22,5%
 - B. 27%
 - C. 31,5%
 - D. 36%
 - E. 40,5%
2. Seorang laki-laki, 60 tahun, dirawat di ruang penyakit mata 24 jam yang lalu dengan diagnosis pasca operasi katarak pada kedua lensa mata. Perawat melakukan implementasi keperawatan dengan mengorientasikan pasien pada ruangan tempatnya dirawat. Apakah rasional tindakan yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
 - A. Melindungi mata terhadap cedera
 - B. Memandirikan klien dalam beraktivitas
 - C. Memfasilitasi kebutuhan aktifitas pasien
 - D. Mengurangi kerusakan serius lebih lanjut
 - E. Meningkatkan keamanan mobilitas dalam lingkungan
3. Seorang laki-laki, 30 tahun, kondisi observasi di UGD. Hasil anamnesis: terdapat *fraktur femur dextra* terbuka, terpasang bidai dengan 8 ikatan, perdarahan sudah berhenti, luka sudah ditutup, deformitas, tampak meringis kesakitan, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 19 x/menit, suhu 37,3°C. Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - A. Pemeriksaan rontgen
 - B. Istirahatkan daerah yang patah
 - C. Kolaborasi pemberian analgetik
 - D. Anjurkan teknik relaksasi napas dalam
 - E. Pasang infus 2 jalur sesuai instruksi medis
4. Seorang perempuan, 35 tahun, masuk Poli THT. Hasil pengkajian: terdapat kemerahan liang telinga kanan dan kiri, mengeluh nyeri, pendengaran menurun, terdapat sekret yang mengeras. Hasil analisa data, didapatkan diagnosis

keperawatan "gangguan persepsi sensori (auditori) b/d penumpukan sekret di liang telinga". Apakah intervensi keperawatan utama kasus tersebut?

- A. Berikan posisi yang nyaman
 - B. Orientasikan pasien dengan lingkungan
 - C. Tunjukkan cara pemberian obat tetes telinga
 - D. Tentukan ketajaman pendengaran kedua telinga
 - E. Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaan
5. Seorang perempuan, 50 tahun, dirawat di RS. Hasil pengkajian: terdapat hemiplegia sisi sebelah kiri, bicara tidak jelas/*pelat* dan mual, TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 76 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, suhu 37,5 °C. dan tingkat kesadaran komosmentis. Apakah masalah keperawatan utama kasus tersebut?
- A. Hambatan mobilitas fisik
 - B. Kerusakan komunikasi verbal
 - C. Resiko gangguan integritas kulit
 - D. Resiko ketidakseimbangan nutrisi
 - E. Resiko penurunan kardiak output
6. Seorang laki-laki, umur 65 tahun, dirawat di RS dengan stroke non hemoragik. Hasil pengkajian, pasien mengeluh pusing, tidak bisa menggerakkan esktremitas kiri, tingkat kesadaran apatis, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 22x/menit. Hasil CT scan kepala menunjukkan infark korteks serebri parietal dekstra. Apa prioritas masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Perfusi jaringan serebral tidak efektif
 - B. Gangguan mobilisasi fisik
 - C. Intoleransi aktivitas
 - D. Resiko cedera
 - E. Anxietas
7. Seorang perempuan, umur 56 tahun, dirawat dengan diagnosis Ca Colon. Hasil pengkajian: post operasi colostomy dan reseksi usus hari ke 4. Pada saat perawat melakukan perawatan, pasien minta maaf karena feses yang keluar melalui colostomi baunya menyengat. Perawat mengatakan "iya bu, tidak apa-apa ibu, masih sakit ibu, maaf saya buka ya bu ?". Apa prinsip etik yang diterapkan perawat pada kasus tersebut?
- A. *Justice*

- B. *Fidelity*
- C. *Veracity*
- D. *Autonomy*
- E. *Beneficence*

8. Seorang perempuan, umur 58 tahun, dirawat di RS karena jatuh di kamar mandi. Hasil pengkajian: kesadaran menurun, GCS 9, TD 170/100 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 22x/menit, terpasang oksigen 2 L/menit. Perawat melakukan pemasangan infus RL 20 tetes/menit. Perawat telah menusukkan *abocath* ke vena pasien. Apa langkah selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
 - A. Membuka torniquet
 - B. Memasang cairan dan set infus
 - C. Mengalirkan cairan infus perlahan-lahan
 - D. Menghubungkan *abocath* dengan selang infus
 - E. Memastikan *abocath* masuk vena dengan menarik jarum
9. Seorang perempuan, umur 40 tahun, dirawat dengan luka bakar karena tersiram air panas. Hasil pengkajian: tampak kesakitan dan berkeringat dingin, luka bakar melepuh dan berwarna kemerahan pada dada, abdomen, kedua ekstremitas bawah, TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37,2° C. Berapa luas luka bakar berdasarkan *the rule of nine* pada kasus tersebut?
 - A. 63%
 - B. 54%
 - C. 36%
 - D. 27%
 - E. 45%
10. Seorang perempuan, umur 47 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis HNP. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri pinggang saat bergerak, skala nyeri 6, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 90 x/m, frekuensi napas 25 x/m dan Suhu 36,5°C, tampak meringis. Perawat telah memberikan injeksi analgetik melalui intravena. Apa kriteria hasil tindakan pada kasus tersebut?
 - A. Skala nyeri menurun menjadi 3
 - B. Obat masuk dengan lancar
 - C. Aktivitas menurun

- D. Tidak ada plebitis
E. Suhu 35-36 °C
11. Seorang laki-laki 60 tahun dirawat dengan stroke iskemik dengan mengeluh sering nyeri kepala. Hasil pengakajian: TD 180/95 mmhg, frekuensi nadi 92 x/menit, frekuensi napas 22 x/menit, hemiparesis sinistra, kesadaran komposmetis. Perawat memberikan posisi nyaman pada pasien untuk menurunkan nyeri kepala. Apakah jenis posisi yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Semi fowler
B. Trendelenberg
C. Miring ke kanan
D. *Head up* elevasi 15-30 °
E. Terlentang tanpa bantal
12. Seorang perempuan 40 tahun, dirawat di Ruang Penyakit Tropis dengan Thyroid, mengeluh badannya panas disertai menggigil. Hasil pengkajian: keadaan umum lemah, TD 100/70 mmhg, Suhu 39,2 °C, kesadaran compositis. Hasil pemeriksaan Widal titer O 1/200, titer H 1/160. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut ?
- A. Menggigil
B. Hipertermi
C. Hipotermia
D. Intoleransi aktifitas
E. Gangguan perfusi jaringan
13. Seorang perempuan, 37 tahun, dibawa ke UGD akibat kecelakaan sepeda motor dan tidak sadarkan diri saat kejadian. Hasil pengkajian: mata membuka setelah diberi rangsangan suara, respon motorik menjauhi tubuh dari rangsang nyeri, pasien mengerang saat ditanya perawat. Berapakah nilai GCS yang tepat pada kasus tersebut?
- A. E3V4M4
B. E3V2M4
C. E2V2M4
D. E2V3M3
E. E3V1M4
14. Seorang laki-laki, 60 tahun, dirawat di RS akibat serangan Stroke, pasien mengalami kelemahan tubuh sisi sebelah kiri. Perawat melakukan pemeriksaan

kekuatan otot pada extremitas bagian atas maupun bawah tidak mampu mengangkat tegak, langsung jatuh tidak mampu melawan gaya gravitasi. Pasien dalam kondisi sadar dengan GCS E4 V5 M6. Berapakah nilai kekuatan otot pada kasus tersebut ?

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- E. 4

15. Seorang laki-laki, 50 tahun, dirawat di Ruang Bedah pascaoperasi ORIF akibat fraktur cruris dextra. Sampai hari ketiga perawatan, pasien belum berani bergerak karena takut. Perawat menjelaskan manfaat mobilisasi pascaoperasi untuk mempercepat proses penyembuhan luka operasi. Apakah prinsip etika keperawatan yang sesuai pada kasus tersebut ?

- A. *Autonomy*
- B. *Fidelity*
- C. *Beneficiency*
- D. *Justice*
- E. *Veracity*

16. Seorang laki-laki, 35 tahun, dibawa ke poliklinik THT. Hasil pengkajian, pasien mengatakan telinga bagian kiri berdengung sudah 5 hari, tidak bisa mendengar dan mengeluh nyeri telinga bagian kiri, riwayat jatuh dari atap dan telinga kiri keluar darah. Apakah pemeriksaan yang tepat pada pasien tersebut?

- A. Tes Rinne
- B. Tes Swabach
- C. Tes Weber
- D. Tes Bisik
- E. Tes audiometri

17. Seorang Perempuan, 28 tahun, dirawat di ruang poli bedah. Hasil Pengkajian: terdapat luka bakar, lemas dan nyeri, luka bakar derajat II diseluruh lengan kiri, area perut dan dada, TD 130/100 mmHg, nadi 80x/ menit, respirasi 30x/menit, suhu 38,3°C. Berapa persen luka bakar pada kasus tersebut?

- A. 9%
- B. 18%
- C. 27%

- D. 36%
- E. 45%
18. Seorang perempuan, 45 tahun, dirawat di ruang intensif dengan kanker kolon dan dilakukan tindakan *colostomy*. Perawat merencanakan perawatan pada kantong stoma yang telah terpasang dan telah meminta persetujuan pasien, kemudian menyiapkan alat. Apakah tindakan selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Observasi luka stoma
 - B. Berikan posisi nyaman
 - C. Ukur lubang pada kantong stoma
 - D. Buka kantong stoma
 - E. Berikan edukasi tentang perawatan stoma
19. Seorang laki-laki, 35 tahun, dirawat diruang bedah dengan post ORIF. Hasil pengkajian, pasien mengeluh gatal dan panas di area luka post operasi, nyeri, luka operasi kemerahan pada jahitan dan lembab, TD 110/70 mmHg, nadi 80x/ menit, suhu 37,2°C, respirasi 22x/menit. Apakah tindakan yang dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Kaji tingkat nyeri pasien
 - B. Berikan posisi nyaman
 - C. Lakukan mobilisasi dini
 - D. Lakukan perawatan luka
 - E. Ajarkan teknik relaksasi
20. Seorang perawat ditugaskan untuk memberikan tindakan keperawatan pemberian terapi uap nebulizer, perawat telah mencuci tangan, melakukan prinsip 6 benar dan memposisikan pasien semi fowler. Apakah tindakan selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Menghidupkan nebulizer
 - B. Memasang masker pada pasien
 - C. Menyiapkan alat
 - D. Memasukkan obat sesuai dosis
 - E. Bersihkan mulut dan hidung dengan tissue
21. Seorang laki-laki, 48 tahun dirawat karena sesak napas. Hasil pengkajian: memiliki riwayat Asma, dada sesak, pusing, perut terasa *sebah*, tidak nafsu makan, sulit tidur, tampak gelisah dan kesulitan bernapas, TD 150/30 mmHg,

- frekuensi napas 30 x/menit, suhu 37°C dan frekuensi nadi 80 x/menit. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Gangguan pola tidur
 - D. Defisit nutrisi
 - E. Nyeri akut
22. Seorang perempuan, 58 tahun, dirawat di bangsal interna karena jatuh di kamar mandi. Hasil pengkajian: riwayat hipertensi sejak satu tahun yang lalu, terdapat hemiplegi pada ekstremitas kiri, kekuatan otot ekstremitas dan maupun bawah kiri 2, bibir mencong ke kiri, GCS 14, TD 150/85 mmHg, frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 88 x/menit, suhu 37,80 °C. Apakah intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Memasang bantalan pasir untuk mencegah fleksi plantar
 - B. Mengatur posisi pasien dengan kepala ditinggikan
 - C. Melatih pasien ROM pasif dan aktif
 - D. Melatih pasien alih posisi
 - E. Memasang NGT
23. Seorang perempuan, 18 tahun dirawat dengan pasca ORIF hari ke 3. Hasil pengkajian: gatal dan panas di area jahitan, tampak menggaruk sekitar luka operasi yang tertutup kasa, setelah dibuka balutan luka jahitan tampak kemerahan dan lembab, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, suhu 37,6°C, frekuensi napas: 22 x/menit. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Nyeri akut
 - B. Resiko infeksi
 - C. Defisit nutrisi
 - D. Gangguan tidur
 - E. Defisit pengetahuan
24. Seorang laki-laki, 55 tahun dibawa ke RS karena luka bakar akibat kecelakaan pabrik. Hasil pengkajian: merasa haus, nyeri pada luka, tampak gelisah, luka bakar pada kedua tungkai bawah dan area genetalia, TD 100/80 mmHg, frekuensi napas 18 x/menit, suhu 38,5°C dan frekuensi nadi 80 x/menit. Berapakah persentase luka bakar pada kasus tersebut?
- A. 10%

- B. 18%
- C. 19%
- D. 36%
- E. 37%

25. Seorang laki-laki, 40 tahun, dirawat karena tangan bengkak. Hasil pengkajian: badan sakit, tangan membesar dan berat saat digerakkan, BAK 3x/hari sekitar 100cc, minum air putih, teh dan kopi \pm 1000 cc/hari, gelisah, nyeri pinggang saat diketok, *pitting oedema* +2, sesak napas, TD 135/90 mmHg, frekuensi napas 30x/menit, frekuensi nadi 100x/menit dan suhu 36,4°C. Apakah data yang perlu dikaji untuk menegakkan masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Intake dan output
 - B. *Clearance creatinin test*
 - C. Pemeriksaan BNO dan IVP
 - D. Ukur IMT (index massa tubuh)
 - E. Riwayat pemakaian obat atau suplemen
26. Laki-laki, 42 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan CHF. Hasil pengkajian: lemas, edema kedua tungkai, *pitting edema* +4, BB bertambah 2 kg (58 kg menjadi 60 kg), TD 130/90 mm/Hg, frekuensi napas 24 x/menit, frekuensi nadi 88 x/menit dan X-ray: CTR 68%. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Intoleransi aktivitas
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Kelebihan volume cairan
 - D. Gangguan pertukaran gas
 - E. Ketidakefektifan perfusi jaringan
27. Perempuan, 43 tahun, datang ke RS untuk dilakukan hemodialisa karena CKD. Hasil pengkajian: *fatigue* skala >36, pucat dan Hb 7,6 gr/>. Apa penyebab timbulnya keluhan dan gejala pada pasien tersebut?
- A. Prostaglandin
 - B. Tidak terbentuknya vitamin D
 - C. Meningkatnya hormon antideuritik
 - D. Kerusakan pada hormon eritropoietin
 - E. Peningkatan renin dalam pembentukan angiotensin

28. Perempuan, 37 tahun, penderita CKD datang kontrol ke poliklinik. Hasil pengkajian, pasien mengatakan gatal di punggung, ruam di wajah, kulit kasar (+), bersisik (+), TD 170/100 mmHg, ureum 273 mg/dl, kreatinin 7,2 mg/dl. Apa penyebab timbulnya keluhan pada pasien tersebut?
- A. Edema tungkai
 - B. Asidosis metabolik
 - C. Kerusakan eritropoietin
 - D. Stimulasi renin-angiotensin
 - E. Peningkatan ureum dan kreatinin
29. Perempuan, 32 tahun, dirawat di bangsal penyakit dalam dengan CKD. Hasil pengkajian, pasien mengatakan tidak percaya Tuhan dan nasehat orang lain, emosi labil, tidak mau berinteraksi, pucat, *fatigue*, TD 170/100 mmHg, ureum 273 mg/dl, kreatinin 7,2 mg/dl. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Ansietas
 - B. Distres spiritual
 - C. Ketidakberdayaan
 - D. Gangguan citra tubuh
 - E. Gangguan identitas diri
30. Laki-laki, 53 tahun, dirawat di bangsal penyakit dalam dengan asma. Hasil pengkajian: sesak, gelisah, pernapasan cepat dan dangkal, cuping hidung, frekuensi napas 30 x/menit. Hasil kolaborasi dengan dokter, pasien diberi terapi oksigen aliran rendah 8 L/menit. Apa metode pemberian oksigen yang tepat pada pasien?
- A. Nasal kanul
 - B. Masker venturi
 - C. Masker sederhana
 - D. Rebreathing Masker (RM)
 - E. Non Rebreathing Masker (NRM)
31. Perempuan, 32 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan CKD. Hasil pengkajian: sesak, wheezing, pernapasan cepat dan dangkal, edema pulmoner, frekuensi nadi 32 x/menit, CRT >3 detik, Hb 8,5 g%, PH 7,498, PO₂ 111 mmHg, Saturasi O₂ 98,7%. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Defisit nutrisi
 - B. Intoleransi aktifitas
 - C. Perfusi perifer tidak efektif

- D. Bersihan jalan napas tidak efektif
E. Risiko ketidakseimbangan elektrolit
32. Seorang laki-laki, 24 tahun, dirawat di interna, mengeluh meriang, demam. Hasil pengkajian: kulit pasien tampak; merah, kulit terasa hangat, TD 110/60 mmhg, Frekuensi napas 22x/menit, Frekuensi nadi 80x/menit, suhu 40°C , hasil laboratorium menunjukkan adanya parasit jenis plasmodium Falsivarum $>100.000/\mu\text{L}$. Apakah masalah keperawatan utama yang dialami pasien tersebut?
- A. Hipertemia
B. Hipotermia
C. Nyeri akut
D. Defisit nurisi
E. Risiko ketidakseimbangan cairan
33. Seorang Laki-laki, 27 tahun, dirawat di ruang interna sejak 1 minggu lalu dengan thypoid, pasien mengeluh kurang nafsu makan dan porsi yang dihabiskan hanya 2 sendok makan. Pasien mengeluh pusing, lemas, TD 120/70 mmhg, Frekuensi nadi 80x/menit, Frekuensi napas 24x/menit, suhu $37,6^{\circ}\text{C}$. BB saat masuk RS 60Kg, saat dikaji 59 kg. Apakah masalah keperawatan utama pada pasien tersebut?
- A. Konstipasi
B. Retensi Urin
C. Konfusi Kronis
D. Risiko Defisit Nutrisi
E. Gangguan Pertukaran Gas
34. Seorang laki-laki, 45 tahun, dirawat di Ruang Neurologi dengan Tetanus. Hasil pengkajian pasien tampak kaku otot pada rahang dan leher, pasien sukar membuka mulut, kejang, kesadaran compas mentis. TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 92x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 39°C . Keluarga pasien mengatakan belum pernah mengalami keluhan yang sama sebelumnya, keluarga pasien mengatakan pasien ada riwayat luka 5 tahun yang lalu luka tusuk terkena paku yang sudah berkarat dan pengobatan di rumah tanpa resep dokter. Apakah masalah keperawatan pasien tersebut?
- A. Nausea
B. Konfusi Kronis
C. Risiko cedera
D. Gangguan memori

E. Koping komunitas tidak efektif

35. Seorang laki-laki, 55 tahun dirawat di ruang neurologi dengan Tetanus. Hasil pengkajian pasien sering tiba-tiba kejang dan kaku leher dan rahang, leher dan punggung pasien melengkung. TD 150/70 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36°C. Pasien mengalami masalah keperawatan risiko cedera. Apakah intervensi pada pasien tersebut?

- A. Edukasi nutrisi
- B. Teknik distraksi
- C. Terapi relaksasi
- D. Manajemen isolasi
- E. Pencegahan jatuh dan manajemen kejang

36. Seorang laki-laki, 58 tahun, dirawat di Ruang Jantung dengan *Coronary Artery Disease* (CAD). Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri pada dada kiri, nyeri rasa menekan, pasien memegang dada sebelah kiri (area yang nyeri), kesadaran compos mentis, TD 150/80 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 26x/menit, Suhu 36,6°C. Apakah masalah utama pada pasien tersebut?

- A. Nyeri akut
- B. Hipertermi
- C. Resiko cedera
- D. Defisit nutrisi
- E. Konfusi kronis

37. Seorang perempuan, 58 tahun, dirawat di ruang Penyakit Dalam dengan Diabetes Mellitus dan mengalami penurunan kesadaran. Hasil Pengkajian: TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/m, frekuensi napas 24x/m, suhu 36,5 C, pasien membuka mata dengan perintah suara, respon motorik melokalisir nyeri, respon suara bicara tidak jelas. Berapa nilai GCS pada pasien tersebut ?

- A. 12
- B. 11
- C. 10
- D. 9
- E. 8

38. Seorang laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang Penyakit Dalam dengan Bronkiktasis. Pasien mengeluh susah mengeluarkan dahak. Perawat akan melakukan tindakan Fisioterapi dada pada pasien. Perawat telah menyiapkan

alat dan bahan tindakan, mencuci tangan dengan 6 langkah dan memakai sarung tangan bersih. Apakah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan oleh perawat tersebut ?

- A. Memeriksa status pernapasan
- B. Menggunakan bantal untuk mengatur posisi
- C. Melakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3-5 menit
- D. Mengatur posisi pasien sesuai area paru yang mengalami penumpukan sputum
- E. Melakukan vibrasi dengan posisi tangan rata bersamaan dengan ekspirasi melalui mulut

39. Seorang perempuan, 48 tahun, dirawat di ruang Inap Penyakit Dalam dengan Kanker Hati mengeluh mual dan muntah. Hasil pengkajian, pasien mengatakan tidak nafsu makan dan porsi makan tidak pernah habis serta merasa nyeri di perut, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/m, frekuensi napas 22x/m, suhu 36,7°C, bising usus hiperaktif, terdapat asites, BB 40 kg, BB sebelum masuk RS 50 kg. Apa masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?

- A. Nausea
- B. Nyeri akut
- C. Kelelahan
- D. Defisit nutrisi
- E. Hipervolemia

40. Seorang perempuan, 48 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis kanker payudara. Pasien direncanakan akan dilakukan operasi *mastectomy*. Sebelum tindakan operasi dilakukan, perawat memberikan penjelasan dan menanyakan persetujuan pada pasien. Apa prinsip etik yang diterapkan oleh perawat tersebut?

- A. *Justice*
- B. *Fidelity*
- C. *Veracity*
- D. *Otonomy*
- E. *Non-maleficence*

41. Seorang laki-laki, 47 tahun, dirawat di RS dengan HIV/AIDS mengeluh mual dan muntah. Hasil pengkajian, pasien mengatakan sakit kepala, nyeri otot, mudah lelah dan batuk-batuk. Tetangga pasien menjenguk dan bertanya dengan

perawat mengenai penyakit pasien, kemudian perawat menyampaikannya. Apa prinsip etik yang dilanggar oleh perawat tersebut?

- A. *Justice*
- B. *Fidelity*
- C. *Veracity*
- D. *Confidentiality*
- E. *Non-maleficence*

42. Seorang laki-laki, 40 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan PPOK. Hasil pengkajian: sesak, tampak retraksi dada, dan pernapasan cuping hidung, TD 110/70 mmHg, frekuensi napas 30x/ menit, frekuensi nadi 100x/menit, suhu 38°C, saturasi oksigen 97%. Hasil laboratorium AGD pH 7,20, PaCO₂ 48 mmHg, HCO₃, 27 mEq/L. Apakah interpretasi hasil AGD pada kasus tersebut?

- A. Alkalosis respiratorik
- B. Asidosis respiratorik
- C. Alkalosis metabolik
- D. Asidosis metabolik
- E. Asidosis diabetik

43. Seorang perempuan, 45 tahun, dirawat di RS dengan penyakit jantung. Hasil pengkajian: nyeri dada yang muncul tiba-tiba, skala nyeri 8, TD 140/90 mmHg, frekuensi napas 20 x/ menit, frekuensi nadi 100 x/menit, suhu 36,8°C. Perawat akan melakukan perekaman EKG. Setelah menjelaskan prosedur tindakan, semua elektroda dipasang kemudian mesin dinyalakan. Apakah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan pada prosedur tersebut?

- A. Mencuci tangan
- B. Memakai handscoon
- C. Meminta persetujuan pasien
- D. Mendokumentasikan hasil perekaman
- E. Memasang jelly pada elektroda dada dan elektroda ekstremitas

44. Seorang laki laki, 45 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: nyeri dada saat aktifitas maupun istirahat, tampak cemas, berkeringat dingin, skala nyeri 8, TD 170/100 x/menit, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 27x/menit, suhu 37°C, hasil EKG tampak elevasi pada Gelombang ST. Perawat telah melakukan manajemen nyeri dengan relaksasi napas dalam. Apakah evaluasi keperawatan untuk implementasi yang telah dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Mampu melakukan aktifitas fisik
 - B. Kebutuhan rasa aman terpenuhi
 - C. Pengetahuan bertambah
 - D. Kecemasan berkurang
 - E. Nyeri berkurang
45. Seorang Perempuan, 25 tahun, dirawat di RS dengan luka bakar. Hasil pengkajian: Luka bakar di kedua ekstremitas atas, dan tubuh bagian depan, TD 130/80 mmHg, Frekuensi napas 26 x/menit, frekuensi nadi 100x/menit, suhu 38°C. Berapakah presentasi luas luka bakar pada kasus tersebut?
- A. 1 %
 - B. 9%
 - C. 18 %
 - D. 27 %
 - E. 36%
46. Seorang Perempuan, 55 tahun, dirawat di RS dengan Infark Miokard. Hasil Pengkajian: nyeri dada yang menjalar ke bagian lengan kiri, sesak napas, TD 180/100 mmHg, frekuensi napas 24 x/menit, frekuensi nadi 90x/menit, suhu 37°C. Hasil kolaborasi dengan dokter harus dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk melihat kerusakan pada otot jantung. Apakah pemeriksaan laboratorium yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Trombosit dan leukosit
 - B. Troponin T dan CKMB
 - C. GDS dan darah rutin
 - D. SGPT dan SGOT
 - E. LDL dan HDL
47. Seorang laki-laki, umur 52 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam hari kedua. Hasil pengkajian: sesak napas, menggunakan otot bantu napas, suara napas ronkhi, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 33 x/menit dan suhu 37°C. Saat ini perawat akan melakukan tindakan pengambilan darah arteri di radialis. Perawat telah melakukan *Allen test* dengan hasil positif dan menyiapkan sputit AGD. Apakah langkah selanjutnya pada prosedur tersebut?
- A. Tentukan area penusukan
 - B. Tusukkan jarum pada karet
 - C. Aspirasi darah sebanyak 1-3 cc

- D. Tusukkan jarum dengan sudut 30-45°
E. Bersihkan area penusukan dengan alkohol swab
48. Seorang perempuan, umur 54 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam hari kedua. Hasil pengkajian: nyeri dada sebelah kiri secara mendadak dan menjalar ke bahu kiri dengan skala nyeri 5, sesak napas dan jantung berdebar-debar. Saat ini perawat akan melakukan prosedur perekaman EKG. Perawat telah membuka pakaian atas pasien dan menetukan lokasi pemasangan elektroda EKG. Apakah langkah selanjutnya dalam prosedur tersebut?
- A. Lakukan perekaman jantung
B. Pasang manset elektroda dada
C. Pasang manset elektroda ekstremitas
D. Berikan jelly secukupnya pada area pemasangan elektroda
E. Anjurkan pasien untuk tidak bergerak dan tidak berbicara selama perekaman
49. Seorang perempuan, umur 44 tahun dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: sulit menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan setelah mengalami kecelakaan, tidak dapat menahan gravitasi saat diminta menggerakkan tungkainya. Berapakah nilai kekuatan otot pasien tersebut?
- A. 1
B. 2
C. 3
D. 4
E. 5

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

1. C.31,5%

Menghitung luas luka bakar menggunakan metode *Rule of Nine*

- A. Bagian dada dan perut 18%, lengan kanan bagian depan 4,5% total luas luka bakar 22,5 %
- B. Bagian dada dan perut 18%, lengan kanan atas bawah depan belakang : 9, total luas luka bakar : 27%
- C. Bagian dada, perut 18%, lengan kanan atas sampai bawah bagian depan dan belakang 9%, lengan kiri atas sampai bawah bagian depan : 4,5%, total luas luka bakar : 31,5%
- D. Bagian dada, perut 18%, lengan kanan atas sampai bawah bagian depan dan belakang: 9%, lengan kiri atas sampai bawah bagian depan dan belakang 9%, total luas luka bakar 36%
- E. Bagian dada, perut 18, lengan kanan atas sampai bawah bagian depan dan belakang 9%, lengan kiri atas sampai bawah bagian depan dan belakang 9%, wajah bagian depan 4,5%, total luas luka bakar 40,5%

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perhitungan luas luka bakar menggunakan metode *Rule of Nine*.

Referensi:

Buku ajar KMB gangguan integumen, Diagnosis keperawatan NANDA pilihan NIC & NOC ,2022

2. E. Meningkatkan keamanan mobilitas dalam lingkungan

Askep pasien dengan katarak terkait kebutuhan keamanan mobilitas

- A. Menghindari terjadinya katarak sekunder tidak ada kaitannya dengan kasus
- B. Tidak ada pembatasan aktivitas fisik setelah dilakukan tindakan ini tidak boleh dilakukan tanpa adanya fase orientasi dengan lingkungan sekitar
- C. Menfasilitasi kebutuhan aktifitas sangat perlu tetapi dengan prinsip pasien harus diorientasikan untuk mencegah keamanan pasien
- D. Lebih ke penggunaan obat tetes mata sesuai anjuran dokter tidak ada kaitannya dengan pertanyaan dengan kasus
- E. Jawaban E benar agar mobilitas optimal, sebagai kemudahan dan kebebasan bergerak dalam segala bentuknya dengan melakukan orientasi terlebih dahulu

Mahasiswa memahami Peran perawat dalam perawatan pasca operasi Katarak.

Referensi:

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

3. B. Istirahatkan daerah yang patah

Prinsip dasar penanganan fraktur menggunakan konsep 4R, yaitu rekognisi (mengenali), reduksi (reposisi), retensi (mempertahankan), dan rehabilitasi

- A. Pemeriksaan rontgen tindakan kolaborasi bukan yang ditanyakan
- B. Sudah dilakukan reposisi dengan bidai selanjutnya Istirahatkan daerah yang patah ini merupakan langkah tindakan perawatan yang tepat sesuai prinsip dasar penanganan fraktur
- C. Kolaborasi pemberian analgetik ini dapat dilakukan setelah prinsip dasar penanganan fraktur dilakukan
- D. Anjurkan teknik relaksasi napas dalam bukan prioritas pada penanganan fraktur
- E. Pasang infus 2 jalur sesuai intruksi medis tidak ada indikasi

Referensi:

Buku ajar KMB gangguan musculoskeletal, Diagnosis keperawatan NANDA pilihan NIC & NOC ,2022

4. D. Tentukan ketajaman pendengaran kedua telinga

Askep pasien dengan gangguan THT berhubungan dengan gangguan persepsi sensori

- A. Posisi nyaman belum bisa mengatasi masalah gangguan persepsi sensori
- B. Pasien tidak mengalami disorientasi lingkungan tidak ada kaitannya dengan kasus
- C. Pemberian obat tetes telinga adalah tindakan kolaborasi tidak sesuai yang ditanyakan pada kasus
- D. Menentukan ketajaman pendengaran kedua telinga untuk memastikan adanya penurunan ketajaman pendengaran pasien adalah intervensi keperawatan utama atau prioritas sebelum intervensi lainnya pada masalah keperawatan gangguan persepsi sensori
- E. Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaan ini sudah tepat tetapi belum menjadi prioritas utama

Referensi:

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

5. A. Hambatan mobilitas fisik

Askep pasien dengan stroke terutama terkait masalah keperawatan yang terjadi pada pasien stroke

- A. Adanya data berupa kelumpuhan salah satu sisi tubuh, paralisis parsial atau setengah lumpuh sehingga sudah jelas mengarah pada munculnya masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik
- B. Tidak ada kecacatan secara fisik maupun mental secara verbal dan belum menjadi perioritas
- C. Tidak menunjukkan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan bagian tubuh
- D. Asupan nutrisi cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolismik karena tidak muntah dan hanya mual serta belum menunjukkan adanya data gangguan menelan
- E. Lebih mengarah pada masalah jantung atau mengalami gangguan aritmia, pada kasus belum ada data terkait dengan gangguan kardiak out put

Referensi:

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

6. A. Perfusi jaringan serebral tidak efektif

SNH, Infark kortek cerebri

- A. Jawaban benar, perfusi jaringan serebri tidak efektif terjadi pada kasus sesuai hasil CT Scan kepala ditemukan infark korteks serebri. Hal ini terjadi karena penurunan perfusi jaringan serebri akibat adanya penyumbatan pembuluh darah ke otak dan ini membutuhkan penanganan segera agar tidak mengancam nyawa pasien.
- B. Jawaban salah, masalah gangguan mobilisasi fisik terjadi pada kasus karena tidak mampu menggerakkan kedua ekstremitas, namun bukan masalah utama yang harus ditangani segera dan tidak mengancam nyawa pasien.
- C. Jawaban salah, masalah intoleransi aktivitas terjadi pada kasus karena penurunan kesadaran dan ketidakmampuan menggerakkan kedua ekstremitas, namun bukan masalah utama yang harus ditangani segera dan tidak mengancam nyawa pasien

- D. Jawaban salah, masalah resiko cedera terjadi pada kasus karena adanya penuruan kesadaran, namun bukan masalah utama yang harus ditangani segera dan belum mengancam nyawa pasien.
- E. Jawaban salah, masalah anxietas tidak ditunjukkan pada kasus.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SNH dan SDKI.

Referensi:

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC

7. E. Benefience

Prinsip etik

- A. Jawaban Salah, karena yang dilakukan perawat bukan prinsip etik *justice*. Prinsip etik *justice* adalah memperlakukan pasien dengan adil dengan menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan
- B. Jawaban Salah, karena yang dilakukan perawat bukan prinsip etik *fidelity*. Prinsip etik *fidelity* adalah menepati janji dan komitmen dalam menerapkan nilai-nilai etik dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
- C. Jawaban Salah, karena yang dilakukan perawat bukan prinsip etik *veracity*. Prinsip etik veracity adalah menerapkan nilai-nilai kebenaran dan kejujuran dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
- D. Jawaban salah, karena yang dilakukan perawat bukan prinsip etik otonomi. Prinsip otonomi adalah memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk mengambil keputusan karena didasarkan pada keyakinan bahwa orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan menentukan dan memilih berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain.
- E. Jawaban benar, karena yang dilakukan perawat pada kasus merupakan prinsip etik *benefience*, perawat selalu berbuat baik kepada pasien dan berusaha melakukan upaya kebaikan dalam meningkatkan status kesehatan pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip-prinsip etik keperawatan.

Referensi:

- Amelia, N. (2013) Prinsip etika keperawatan. Jogjakarta: D-Medika
Kozier et.al. (2011) Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktik. Edisi 7, Volume 1. Jakarta: EGC.

8. E. Memastikan abocath masuk vena dengan menarik jarum

Prosedur pemasangan infus

- A. Jawaban Salah, membuka torniquet dilakukan setelah abocath dihubungkan dengan selang infus dan cairan siap dilairkan
- B. Jawaban Salah, memasang cairan dan set infus dilakukan diawal sebelum mengidentifikasi vena pasien
- C. Jawaban Salah, mengalirkan cairan infus dikakukan setelah abocath dihubungkan dengan selang infus
- D. Jawaban salah, menghubungkan abocath dengan selang infus dilakukan setelah dipastikan jarum abocath tepat masuk kedalam vena
- E. Jawaban benar, setelah menusukkan abocath ke vena, harus dipastikan jarum masuk ke vena dengan cara menarik jarum abocath

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP pemasangan infus.

Referensi:

- Tim Pokja SPO DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional (SPO), Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

9. B. 54%

Luas luka bakar, *the rule of nine*

- A. Jawaban Salah, luas luka bakar pada dada 9%, abdomen 9%, ekstremitas atas kanan 9%, ekstremitas bawah kanan 18% dan kiri 18%, luas total 63%
- B. Jawaban benar, luas luka bakar pada dada 9%, abdomen 9%, ekstremitas bawah kanan 18% dan kiri 18%, luas total 54%
- C. Jawaban Salah, luas luka bakar pada dada 9%, abdomen 9%, kedua tungkai bawah 18%, luas total 36%
- D. Jawaban salah, luas luka bakar pada dada 9%, abdomen 9%, tungkai bawah kanan 9, luas total 27%
- E. Jawaban salah, luas luka bakar pada dada 9%, abdomen 9%, ekstremitas bawah kanan 18% dan tungkai bawah kiri 9%, luas total 45%

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perhitungan luas luka bakar berdasarkan rumus *the rule of nine*.

Referensi:

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC

10.A. Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 3

Evaluasi skala nyeri

- A. Jawaban benar, skala nyeri merupakan kriteria hasil utama yang harus dievaluasi setelah pemberian terapi analgetik
- B. Jawaban salah, obat masuk dengan lancar bukan kriteria hasil untuk tindakan pemberian terapi analgetik
- C. Jawaban salah, aktivitas menurun bukan kriteria hasil pada tindakan pemberian terapi analgetik, seharusnya kemampuan beraktivitas meningkat
- D. Jawaban salah, tidak ada plebitis bukan kriteria hasil pada tindakan pemberian terapi analgetik
- E. Jawaban salah, penurunan suhu bukan kriteria hasil pada tindakan pemberian terapi analgetik

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kriteria hasil masalah nyeri.

Referensi:

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC

11.D. Head up elevasi 15-30 °

Pemberian posisi head up elevasi 15-30 ° pasien Stroke yang beresiko mengalami peningkatan tekanan intra kranial

- A. Posisi semi fowler bertujuan meningkatkan expansi diafragma dada sehingga lebih sesuai pada pasien dyspnea
- B. Posisi trendelenberg bertujuan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga tidak sesuai pasien yang mengalami peningkatan TIK

- C. Posisi miring ke kanan tidak ada hubungannya dg pasien yang mengalami peningkatan TIK
- D. Pemberian posisi *head up* elevasi 15-30 ° adalah posisi yang tepat pada pasien stroke yang mengeluh sering nyeri kepala dampak peningkatan tekanan intra kranial, dengan posisi tersebut memungkinkan aliran darah lebih banyak ke jantung melalui vena jugularis sehingga menurunkan edema otak, selanjutnya keluhan salah satu tanda peningkatan TIK yaitu nyeri kepala akan berkurang
- E. Posisi terlentang tanpa bantal efektif memungkinkan aliran darah ke otak tterpenuhi, tetapi tetapi tidak bisa mengurangi edema di otak

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang implementasi keperawatan terutama tentang pemberian posisi head up elevasi 15-30 ° yang tepat pada pasien stroke yang mengeluh sering nyeri kepala dampak peningkatan tekanan intra kranial.

Referensi:

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Ediitor Monica Ester. Jakarta. EGC

12.B. Hipertermi

Masalah keperawatan utama yang muncul pasien dengan *typhoid* yaitu hipertermia selain ada defisit nutrisi, hipertermia akibat peradangan pada usus halus bagian terminalis

- A. Salah dikarenakan menggil adalah *symptom* atau gejala bukan masalah keperawatan sesuai yang ditanyakan
- B. Benar dikarenakan hipertermi menurut SDKI adalah termasuk masalah keperawatan sesuai yang ditanyakan pada kasus *typhoid* suhu pasien 39,2 °C
- C. Salah dikarenakan hypotermia adalah *symptom* atau gejala dengan suhu < 35 °C sedangkan pasien mengalami kenaikan suhu tubuh masalah keperawatan sesuai yang ditanyakan
- D. Salah dikarenakan pasien mengeluh kelemahan tetapi bukan suatu perioritas masalah keperawatan
- E. Salah dikarenakan symptom atau gejala gangguan perfusi baik perifer atau central belum ada pada kasus

Infeksi pada usus halus penderita typhoid menyebabkan muncul symptom gejala panas sampai menggigil. Selama perjalanan penyakit akan muncul gejala febris remiten, febris kontinyus dan kembali suhu normal pada minggu ke tiga

Referensi:

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC

13.B. E3 V2 M4

Pengukuran tingkat kesadaran menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), pada vignette mata membuka dengan rangsangan suara; respon motorik menjauhi tubuh serta respon verbal mengerang

Pengukuran tingkat kesadaran menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS) dengan mengukur aspek eye, verbal dan motorik. Tingkatan aspek

- Eye*, nilai
- 4 : respon mata spontan membuka
 - 3 : respon membuka mata dengan diberi rangsangan suara
 - 2 : respon membuka mata dengan diberi rangsangan nyeri
 - 1 : tidak ada respon sama sekali thd semua rangsangan

Verbal, nilai 5 : pasien bisa menjawab dengan kalimat dan jelas maknanya

- 4 : pasien bisa menjawab dengan kalimat dan tidak jelas maknanya
- 3 : pasien bisa menjawab hanya berupa kata bukan kalimat
- 2 : jawaban pasien tidak berbentuk kata tetapi seperti mengerang,, mengguman dll
- 1 : tidak ada suara sama sekali

Motoric, nilai 6 : pasien bisa mengikuti perintah pemeriksa

- 5 : respon motorik melokalisir adanya rangsangan
- 4 : respon motorik menolak adanya rangsangan
- 3 : respon motorik dalam kondisi fleksi abnormal
- 2 : Respon motorik dalam kondisi extensi abnormal
- 1 : tidak ada respon motorik sama sekali

Kita lihat pada masing-masing option:

- A. Nilai aspek mata 3 benar, aspek verbal nilai 4 salah dan aspek motorik nilai 4 benar
- B. Nilai aspek mata 3 benar, aspek verbal nilai 2 benar dan Aspek motorik nilai 4 benar
- C. Nilai aspek mata 2 salah, aspek verbal nilai 2 benar dan aspek motorik nilai 4 benar

- D. Nilai aspek mata 2 salah, aspek verbal nilai 3 salah dan aspek motorik nilai 3 salah
- E. Nilai aspek mata 3 benar, aspek verbal nilai 1 salah dan aspek motorik nilai 4 benar

Memahami SOP Pengukuran tingkat kesadaran menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) dengan mengukur aspek *eye, verbal* dan *motoric*. Dengan penjelasan seperti pada poin pembahasan.

Referensi:

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC

14.C. 2

SOP pemeriksaan kekuatan otot

Pada praktik pemeriksaan kekuatan otot, tenaga otot atau kekuatan otot dinyatakan dengan menggunakan angka dari 0 – 5 (0 berarti lumpuh sama sekali dan 5 = normal)

Tingkatannya sebagai berikut:

- 0 : tidak didapatkan sedikitpun kontraksi otot, lumpuh total
- 1 : terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak didapatkan gerakan pada persendian yang harus digerakkan oleh otot tersebut
- 2 : didapatkan gerakan, tetapi gerakan ini tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi)
- 3 : dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat
- 4 : disamping dapat melawan gaya berat ia dapat pula mengatasi sedikit tahanan yang diberikan
- 5 : tidak ada kelumpuhan (normal)/dapat melawan tahanan kuat

Kita lihat pada masing-masing option:

- A. Nilai 0 yaitu tidak didapatkan sedikitpun kontraksi otot, lumpuh total, pada kasus pasien hanya tidak mampu mengangkat tegak sehingga jawaban salah
- B. Nilai 1 yaitu ada sedikit kontraksi otot, namun extremitas tidak didapatkan gerakan pada persendian yang harus digerakkan oleh otot tersebut sehingga jawaban salah karena pasien mampu bergerak tetapi tidak mampu mengangkat secara tegak

- C. Jawaban benar karena pasien ada gerakan, tetapi gerakannya tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi) atau tegak,
- D. Nilai 3 yaitu ada gerakan melawan gaya berat, pada kasus pasien tidak mampu mengangkat tegak sehingga jawaban salah
- E. Nilai 4 yaitu gerakan dapat melawan gaya berat serta dapat pula Mengatasi sedikit tahanan yang diberikan, pada kasus pasien hanya tidak mampu mengangkat tegak sehingga jawaban salah

Lihat pertanyaan, karena menanyakan nilai kekuatan otot maka tinggal melihat hasil pemeriksaan pada kasus seperti apa dan dibandingkan dengan SOP dari masing-masing makna rentang nilai kekuatan otot dari nilai 0 sd nilai 5.

Referensi:

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC

15.C. *Beneficiency*

Pada kasus diatas perawat sudah melakukan upaya menjelaskan manfaat dan pentingnya mobilisasi post operasi ini menunjukkan bahwa perawat sudah melaksanakan prinsip *beneficiency* yaitu melakukan yang terbaik dalam menjalankan praktik asuhan keperawatan, pada kasus tersebut perawat berusaha menjelaskan manfaat mobilisasi untuk penyembuhan luka operasi bahwa mobilisasi dapat meningkatkan aliran darah ke area pos operasi dengan membawa zat-zat nutrien, hormon, oksigen dan lain-lain.

Terdapat prinsip etik keperawatan yang harus dilaksanakan saat perawat menjalankan asuhan keperawatan yaitu:

- 1) otonomi (menghormati hak pasien),
- 2) non maleficence (tidak merugikan pasien),
- 3) beneficence (melakukan yang terbaik bagi pasien),
- 4) justice (bersikap adil kepada semua pasien),
- 5) veracity (jujur kepada pasien dan keluarga),
- 6) fidelity (selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga),
- 7) confidentiality (kerahasiaan)

Dilihat dari option jawaban maka dapat dijelaskan

- A. *Autonomy*, ini jawaban salah karena pada kasus tidak membutuhkan hak untuk pengambilan suatu keputusan karena sudah menjalani operasi

- B. *Fidelity* ini juga jawaban salah karena artinya menepati janji dengan pasien/ keluarga pada kasus tidak ada kegiatan atau keterangan terkait fidelity
- C. *Beneficiency* ini adalah jawaban benar dikarenakan pada kasus pasien belum tahu manfaat mobilisasi post operasi dan tugas peran perawat adalah memberikan edukasi dengan tujuan memberikan tindakan perawatan yang terbaik bagi pasien
- D. *Justice*, ini jawaban salah karena pada kasus tidak ada hubungan dengan keadilan
- E. *Veracity*, ini juga jawaban salah karena pada kasus tidak ada kaitannya dengan jujur pada pasien atau keluarga.

Prinsip-prinsip etika keperawatan harus dipahami dan dijalani selama melakukan asuhan keperawatan pada pasien mulai prinsip otonomi, nonmaleficence, beneficence, justice, veracity, fidelity serta confidentiality.

Referensi:

HIPERCCI PUSAT, 2018. Modul Pelatihan Keperawatan intensif Dasar: Jakarta

16.C. Tes Weber

Pasien memiliki Riwayat jatuh dan keluar darah dari telinga kirinya, besar kemungkinan terjadi trauma pada organ pendengaran: telinga kiri yang merupakan salah satu penyebab terjadinya tuli konduktif. Pada tuli konduktif tanda yang muncul adalah keluhan nyeri pada sisi telinga yang mengalami masalah saat dilakukan tes weber karena terjadi hipersensitivitas

- A. Tes membandingkan hantaran melalui udara dan hantaran melalui tulang pada telinga yang diperiksa
- B. Tes untuk membandingkan hantaran tulang orang yang diperiksa dengan pemeriksa yang penedengarannya normal
- C. Tes pendengaran untuk membandingkan hantaran tulang telinga kiri dengan telinga kanan
- D. Tes bisik dapat menentukan derajat ketulian secara kasar
- E. Tes yang dilakukan untuk memeriksa tingkat fungsi pendengaran seseorang dengan cara mengukur suara, nada, atau frekuensi tertentu

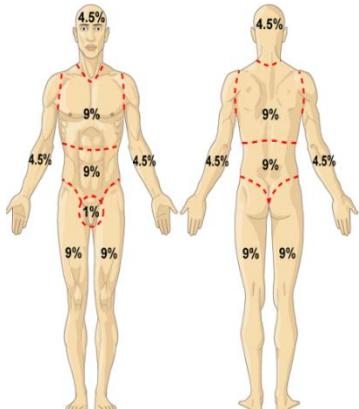
Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan fisik penginderaan.

Referensi:

Wahid, A & Suprapto, I. 2014. Buku Saku Pemeriksaan Fisik Dasar untuk Mahasiswa Keperawatan. Jakarta: TIM.

17.C. 27%

Perhitungan Wallace "Rule of Nine"



- A. Kurang tepat yang dihitung hanya satu area luka bakar
- B. Kurang tepat yang dihitung hanya abdomen dan dada
- C. Luka bakar seluruh lengan kiri dengan nilai 9%, abdomen 9% dan dada 9% total 27%
- D. Kurang tepat lengan kanan tidak termasuk dalam hitungan
- E. Kurang tepat yang terkena seluruh lengan kiri, dada dan abdomen bagian depan tidak termasuk yang bagian belakang

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perhitungan luka bakar

Referensi:

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

18.B. Berikan posisi nyaman

SOP Perawatan Stoma

Implementasi keperawatan pada prosedur perawatan kantong stoma,

- o Meminta persetujuan pasien,
- o Menyiapkan alat
- o Memberikan posisi nyaman
- o Perawat memulai tindakan dengan mencuci tangan dengan 6 Langkah
- o Mengobservasi luka stoma,

- A. Kurang tepat tindakan ini setelah dilakukan permintaan persetujuan pasien dan posisi nyaman pasien
- B. Setelah persetujuan pasien dilihat dari SOP adalah berikan posisi nyaman
- C. Ukur lubang dilakukan setelah tahapan observasi stoma
- D. Buka kantong stoma setelah tahapan ukur lubang
- E. Tahapan terakhir setelah dilakukan perawatan stoma.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP perawatan stoma.

Referensi:

Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI. 2021. Standar Operasional Keperawatan. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

19.D. Lakukan perawatan luka

Kondisi luka kemerahan, nyeri, lembab, gatal, dan panas. Fokus pada kondisi luka: secara prioritas adalah masalah integritas kulit dan resiko infeksi. Terdapat indikasi kondisi luka mengarah pada resiko infeksi. Tindakan mandiri perawat memprioritaskan tindakan perawatan luka untuk mengatasi masalah keperawatan utama

- A. Kurang tepat karena sudah ada tanda nyeri
- B. Posisi pasien tidak jadi intervensi utama untuk mengatasi luka
- C. Bukan termasuk pasien post op yang setelah 24 jam harus mobilisasi dini
- D. Perawatan luka dibutuhkan untuk mengatasi masalah resiko infeksi
- E. Tidak dapat mengatasi masalah keperawatan resiko infeksi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep luka, proses penyembuhan dan perawatan luka.

Referensi:

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

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

20.D. Memasukkan obat sesuai dosis

SPO nebulizer:

1. Menyiapkan alat
2. Mencuci tangan,

3. Melakukan prinsip 6 benar,
 4. Memposisikan pasien semi fowler
 5. Memasukkan obat sesuai dosis
 6. Memasang masker pada pasien
 7. Menghidupkan nebulizer
 8. meminta pasien napas dalam sampai obat habis
 9. Bersihkan mulut dan hidung dengan tissue
-
- A. Menghidupkan alat dilakukan setelah tahapan memasang masker pada pasien
 - B. Sebelum memasangkan masker dilakukan tindakan memasukkan obat sesuai dosis
 - C. Tindakan pertama sebelum perawat cuci tangan
 - D. Setelah memposisikan pasien semi fowler memasukkan bat sesuai dosis
 - E. Tahapan tindakan akhir dalam pemberian therapi nebulizer

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP terapi uap nebulizer.

Referensi:

- Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI. 2021. Standar Operasional Keperawatan. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan. Jakarta Selatan: DPP PPNI

21.B. Pola napas tidak efektif

Sesak napas, frekuensi napas 30 x/menit

- A. Bersihan jalan napas tidak efektif (jawaban salah), karena tidak ada data yang mendukung jalan napas terganggu
- B. Pola napas tidak efektif (jawaban benar), karena didukung tanda dan gejala mayor frekuensi napas 30 x/menit, sesak napas, dada sesak yang disebabkan bronkhospasme
- C. Gangguan pola tidur (jawaban salah), karena hanya didukung satu tanda dan gejala minor sulit tidur, sehingga kurang mendukung masalah
- D. Defisit nutrisi (jawaban salah), karena tidak ada tanda dan gejala mayor, dan hanya satu tanda dan gejala minor yaitu tidak nafsu sehingga kurang mendukung masalah
- E. Nyeri akut (jawaban salah), karena tidak ada tanda dan gejala mayor, dan hanya satu tanda dan gejala minor yaitu pusing

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan pola napas tidak efektif sesuai SDKI pada penyakit Asma.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

22.C. Melatih pasien untuk ROM pasif dan aktif

Hemiplegi, kekuatan otot 2

- A. Jawaban salah, karena bantalan pasir hanya bermanfaat untuk mencegah tidak bisa meningkatkan kekuatan otot
- B. Jawaban salah, karena tidak ada tanda dan gejala mayor yang mendukung peningkatan TIK
- C. Jawaban benar, karena gerakan ROM baik aktif dan pasif akan meningkatkan kekuatan otot yang mengalami hemiplegi dan mempertahankan otot yang masih normal atau mencegah kontraktur
- D. Jawaban salah, karena melatih alih posisi untuk mengurangi luka tekan pada daerah punggung
- E. Jawaban salah, karena memasang NGT untuk memberi makan peroral untuk pasien yang gangguan menelan dan kesadaran menurun, sementara kasus diatas GCS 14, dan tidak ada data gangguan menelan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi pada masalah gangguan mobilisasi fisik akibat kelemahan otot pada stroke sesuai SIKI.

Referensi:

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

23.B. Resiko infeksi

Tanda tanda infeksi

- A. Jawaban salah, karena hari ketiga pasca pembedahan nyeri sudah bisa dikontrol dan tidak ada tanda dan gejala mayor yang mendukung
- B. Jawaban benar, karena sudah ada faktor resiko yang dapat menyebabkan infeksi yaitu pasca tindakan pembedahan dan terdapat tanda-tanda infeksi (panas dan gatal, kemerahan, frekuensi nadi, napas dan suhu meningkat).

- C. Jawaban salah, karena tidak ada tanda dan gejala mayor yang mendukung masalah defisiit nutrisi
- D. Jawaban salah, karena tidak ada tanda dan gejala yang mendukung masalah gangguan tidur
- E. Jawaban salah, karena tidak ada tanda dan gejala mayor yang mendukung defisit pengetahuan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala mayor yang mendukung infeksi sesuai SDKI.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

24.C. 19%

Luas luka bakar pada kedua tungkai bawah dan genitelia

- A. Jawaban salah, karena luas LB tungkai bawah depan kanan 4,5 kiri depan 4,5 genetalia 1, luas LB: $4,5+4,5+1=10$
- B. Jawaban salah, luas LB tungkai bawah depan-belakang kanan 9, kiri 9, luas LB: $9+9=18$
- C. Jawaban salah, karena luas LB tungkai bawah depan belakang kanan=9, kiri 9, genetalia=1, jumlah LB: $9+9+1=19$
- D. Jawaban salah, karena luas LB tungkai bawah depan belakang kanan=9, kiri 9, genetalia=1, jumlah LB: $9+9+1=19$
- E. Jawaban benar, karena luas LB kedua tungkai bawah $18+18$ dan genetelia 1 sehingga total luas LB 37%

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang luas luka bakar berdasarkan rumus *rule of nine*.

Referensi:

Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Edisi 8. Jakarta: Salemba Medika

25.A. Intake dan output

Pengkajian hipervolemia

- A. Jawaban benar, karena intake dan output merupakan tanda dan gejala mayor dalam menegakkan masalah keperawatan utama hipervolemia

- B. Jawaban salah, karena clearance creatinin test merupakan tindakan kolaborasi untuk menegakkan diagnosis medis sedangkan perawat hanya melihat hasilnya,
- C. Jawaban salah, karena merupakan tindakan kolaborasi untuk menegakkan diagnosis medis sedangkan perawat hanya melihat hasilnya.
- D. Jawaban salah, karena masalah keperawatan utama hipervolemia tidak membutuhkan tindakan pengukuran IMT
- E. Jawaban salah, karena pengkajian riwayat pemakaian obat dan sitemen tidak dibutuhkan untuk menegakkan masalah keperawatan utama hipervolemia

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi observasi pada masalah keperawatan hypervolemia sesuai SIKI.

Referensi:

Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Edisi 8. Jakarta: Salemba Medika

26.C. Kelebihan volume cairan

Edema kedua tungkai, pitting edema +4, BB bertambah

- A. Pasien dengan CHF secara otomatis akan mengalami intoleransi aktifitas, hal ini disebabkan oleh kebutuhan O₂ tidak sebanding dengan kebutuhan metabolisme tubuh, sehingga akan muncul gejala lemas, cepat lelah terutama pada aktivitas ringan, sesak tapi pada kasus, data kurang mendukung.
- B. Pola napas tidak efektif terjadi karena kebutuhan O₂ yang tidak sesuai dengan kebutuhan tubuh pada pasien CHF akan mempengaruhi metabolisme tubuh, sehingga akan terlihat tanda dan gejala seperti lemas, frekuensi napas meningkat, napas cepat dan dangkal sehingga opsi B bukan jawaban yang tepat.
- C. Pada pasien CHF salah satunya akan mengalami kegagalan pada ventrikel kanan dimana terjadi regurgitasi pada katup trikuspidalis sehingga darah balik ke atrium, akibatnya darah kembali melalui vena cava inferior yang akan mengalir ke bagian kaki, tangan dan abdomen, inilah yang menyebabkan edema kedua tungkai, pitting edema, BB badan bertambah, CTR 68% sehingga masalah keperawatan yang tepat adalah kelebihan volume cairan.

- D. Gangguan pertukaran gas pada pasien CHF terjadi akibat pembesaran pada jantung sebelah kiri, hal ini menyebabkan regurgitasi pada katup bikuspidalis/mitral sehingga darah dari ventrikel kiri balik ke atrium kiri selanjutnya akan kembali ke paru-paru, akibatnya terjadi penimbunan cairan transudat di paru-paru. Karena penimbunan tersebut mengganggu pertukaran gas CO_2 dan O_2 dengan tanda dan gejala dispneu, takikardia, sianosis, gelisah, pernapasan cuping hidung, pola napas abnormal, kesadaran menurun.
- E. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan curah jantung artinya ketidakmampuan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh yang ditandai dengan bradikardia/takikardia, tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, CRT >3 detik, sianosis, suara jantung S_3 atau S_4

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah patologis pada sistem kardiovaskuler.

Referensi:

- Black, J.M., & Hawk, J.H. (2005). Medical Surgical Nursing; Clinical Management for Positive Outcome. 7th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Black & Hawks (2014). Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Ed.8 buku 3, Elsevier
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

27.D. Kerusakan pada hormon eritropoietin

Fatigue skala >36 , pucat, Hb 7,6 gr/%

- A. Prostaglandin berfungsi untuk merangsang pembekuan darah
- B. Terbentuknya vitamin D₃ di metabolisme di ginjal menjadi bentuk aktif (*1,25-dihidroksikolekalsiferol*), yang terlibat dalam regulasi Ca^{2+} dan fosfat
- C. Hormon antidiuretik (ADH) yang memodulasi regulasi ion dan air sehingga jika terjadi kekurangan/kelebihan air dalam tubuh maka ADH akan mengatur pengeluaran air dalam tubuh
- D. Kerusakan pada nefron salah satunya pada lapisan ginjal yaitu korteks. Pada lapisan korteks, eritropoietin disintesis oleh sel-sel interstisial korteks untuk menstimulasi produksi sel darah merah dan menurunkan kecepatan kematian sel darah merah sehingga jika terjadi kerusakan pada hormon eritropoietin maka pasien akan mengalami fatigue, pucat, Hb menurun serta

sampai sesak karena kebutuhan O₂ tidak mencukupi karena fungsi utama sel darah merah adalah mengatur sirkulasi dalam tubuh.

- E. Renin diproduksi oleh *apparatus jukstaglomerulus* dan memacu pembentukan angiotensin, dimana berfungsi dalam pengaturan tekanan darah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah patologis pada sistem perkemihan.

Referensi:

Ward J, Clarke R & Linden R (2009) At a Glance Fisiologi, Jakarta; Erlangga
Black & Hawks (2014). Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Ed.8 buku 1, Elsevier

28.E. Peningkatan ureum dan kreatinin

Ureum 273 mg/dl, kreatinin 7,2 mg/dl

- A. Edema tungkai akibat peningkatan cairan di jaringan tubuh bagian ekstremitas bawah sehingga kulit terlihat mengkilap, meregang dan kesulitan berjalan.
- B. Asidosis metabolismik akibat penumpukan zat asam dalam tubuh yang disebabkan ketidakmampuan ginjal mengeluarkan cukup asam dalam tubuh, sehingga keluhan yang dirasakan pasien adalah napas pendek dan cepat, sakit kepala, mual, muntah, sakit kepala dan biasanya dilakukan pemeriksaan PH, PaCO₂, HCO₃
- C. Eritropoietin berfungsi untuk merangsang pembentukan dan pematangan sel darah merah sehingga jika terjadi kerusakan, maka akan menimbulkan keluhan anemia, fatigue, cepat lelah dan biasanya dilakukan pemeriksaan Hb, RBC, hematokrit
- D. Renin diproduksi oleh *apparatus jukstaglomerulus* dan memacu pembentukan angiotensin yang berfungsi dalam mengatur tekanan darah.
- E. Ureum dan kreatinin merupakan produk sisa metabolisme yang tidak diperlukan lagi oleh tubuh seperti urea (dari metabolisme asam amino) dan kreatinin (dari keratin otot) sehingga rasa gatal pada kulit terjadi karena tumpukan urea dalam darah cukup tinggi karena darah ginjal tidak mampu melakukan fungsinya sehingga perlu dilakukan pemeriksaan ureum dan kreatinin.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah patologis pada sistem perkemihan.

Referensi:

- Ward J, Clarke R & Linden R (2009) At a Glance Fisiologi, Jakarta; Erlangga
Black & Hawks (2014). Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Ed.8 buku 2, Elsevier.

29.B. Distres spiritual

Tidak percaya tuhan dan nasehat orang lain

- A. Ansietas merupakan kondisi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas spesifik seperti merasa bingung, tampak gelisah, tegang, sulit tidur dan konsentrasi.
- B. Distres spiritual merupakan jawaban yang sesuai karena terjadi gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan dan tuhan seperti tidak mampu beribadah, marah pada tuhan dan menolak berinteraksi orang terdekat/pemimpin spiritual.
- C. Ketidakberdayaan merupakan persepsi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan; persepsi kurang kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang. Tanda dan gejala seperti menyatakan frustasi, bergantung pada orang lain, merasa diasingkan, malu, depresi.
- D. Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu. Tanda dan gejala seperti mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh, perasaan negatif, khawatir dan malu.
- E. Gangguan identitas diri adalah tidak mampu mempertahankan keutuhan persepsi terhadap identitas diri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah patologis pada sistem perkemihan dan spiritual.

Referensi:

- Black & Hawks (2014). Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Ed.8 buku 1, Elsevier.
Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
Yusuf.Ah, dkk (2017). Kebutuhan Spiritual Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan. Jakarta; Mitra Wacana Medika.

30.C. Masker sederhana

Terapi oksigen aliran rendah 8 L/menit

- A. Nasal kanul merupakan pemberian oksigen dengan sistem aliran rendah dimana pemberian kecepatan aliran 1–6 L/menit serta konsentrasi 21–44%.
- B. Masker venturi merupakan metode pemberian oksigen dengan sistem aliran tinggi dan mengalirkan oksigen 4-14 L/menit dengan konsentrasi 30-50%.
- C. Masker sederhana merupakan pemberian oksigen dengan sistem aliran rendah, dimana mengalirkan konsentrasi oksigen 40-60% dengan kecepatan aliran 5-8 L/menit.
- D. Partial *Rebreathing Mask* adalah pemberian oksigen dengan sistem aliran rendah dimana mengalirkan konsentrasi oksigen 60- 80% dengan kecepatan aliran 8-12 L/menit.
- E. *Non Rebreathing Mask* merupakan pemberian oksigen sistem aliran rendah yang mengalirkan konsentrasi oksigen sampai 80-100% dengan kecepatan aliran 10-12 L/menit

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah patologis pada sistem pernapasan.

Referensi:

- Black & Hawks (2014). Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Ed.8 buku 3, Elsevier
Musniati, Muhsinin Z.S, Kusumawardani D (2023) Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1, Media Sains Indonesia

31.C. Perfusi perifer tidak efektif

Edema pulmonar, frekuensi nadi 32x/menit, CRT > 3 detik, Hb8,5 g/%

- A. Defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Perubahan gastrointestinal pada pasien CKD paling sering terdampak seperti anoreksia sesaat, mual dan muntah. Selain itu juga mulut terasa pahit, logam, atau rasa asin terus menerus.
- B. Intoleransi aktifitas merupakan ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Pengaruh ginjal tidak mampu memproduksi eritropoietin akibatnya produksi sel darah merah menurun. Akibat sel darah merah yang mengangkut O₂ berkurang keseluruhan tubuh, sehingga mengalami kelemahan/fatigue.
- C. Perfusi perifer tidak efektif merupakan jawaban yang sesuai karena penurunan sirkulasi darah pada pembuluh kapiler dapat mengganggu

metabolisme tubuh. Jika terjadi edema pulmoner menandakan adanya gangguan pada kardiovaskuler, sehingga sirkulasi darah menurun keseluruhan tubuh terutama pada bagian perifer seperti nadi menurun, CRT > 3 detik.

- D. Bersihkan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas. Masalah pernapasan pada pasien CKD terjadi karena kelebihan cairan dalam bentuk transudat akibat kerusakan pada jantung sebelah kiri seperti edema pulmoner.
- E. Resiko ketidakseimbangan elektrolit dikacaukan oleh kerusakan ekskresi dan penggunaan ginjal seperti hiponatremia, hiperkalemia dan hipokalemia

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah gangguan patologis pada sistem perkemihan.

Referensi:

- Black & Hawks (2014). Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Ed.8 buku 2, Elsevier
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

32.A. Hipertermia

Demam, meriang, Suhu= 40°C

- A. Hipertermia (jawaban benar) karena Hipertermia adalah suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh, kulit merah, kulit terasa hangat suhu=40°C sementara suhu normal (36°C-37,7°C)
- B. Hipotermia. (Jawaban tidak benar) karena Hipotermi adalah suhu tubuh dibawah rentang normal tubuh, kulit terasa dingin,
- C. Nyeri akut. (Jawaban tidak tepat) karena pasien tidak mengeluh nyeri
- D. Defisit nutrisi (jawaban tidak tepat) karena pasien tidak mengeluh masalah nutrisi, seperti penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan
- E. Risiko ketidakseimbangan cairan (jawaban tidak tepat) karena tidak ada tanda-tanda dehidrasi

Referensi:

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

33.D. Risiko Defisit Nutrisi

- Kurang nafsu makan, pusing dan lemas, BB turun 1 kg dalam 1 minggu
- A. Konstipasi (jawaban tidak tepat) karena tidak ada keluhan mengatakan susah Buang Air Besar (BAB)
 - B. Retensi urin (jawaban tidak tepat) karena pasien tidak mengeluh gangguan Buang Air Kecil (BAK)
 - C. Konfusi kronis (jawaban tidak tepat) karena pasien tidak mengalami gangguan kesadaran yang mana konfusi kronis adalah gangguan kesadaran, perhatian, kognitif dan persepsi yang ireversibel berlangsung lama dan atau progresif
 - D. Risiko defisit nutrisi (jawaban benar) karena Risiko defisit nutrisi adalah bersiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, pasien mengalami penurunan BB belum 5-10% dari BB sebelumnya jadi masalah keperawatan nya masih risiko
 - E. Gangguan pertukaran gas (jawaban tidak tepat) karena tidak ada keluhan yang berkaitan dengan ganggaun pertukaran gas, dan frekuensi napas pasien normal

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

34.E. Koping komunitas tidak efektif

- Kaku otot pada rahang dan leher, pasien sukar membuka mulut, kejang
- A. Nausea (jawaban tidak tepat) karena nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.
 - B. Konfusi kronis (jawaban tidak tepat), karena konfusi merupakan gangguan kesadaran perhatian, kognitif dan persepsi yang ireversibel berlangsung lama dan atau progresif. Pasien tidak mengalami konfusi
 - C. Risiko cedera (jawaban benar) karena risiko cedera adalah bersiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik
 - D. Gangguan memori (jawaban tidak tepat) karena tidak ada hasil pengkajian pasien yang menunjukkan adanya gangguan memori, dan gangguan memori adalah respon system saraf simpatis yang terjadi secara spontan dan mengancam jiwa terhadap stimulus berbahaya akibat cedera medula spinalis pada t7 atau diatasnya

- E. Koping komunitas tidak efektif. (Jawaban tidak tepat) karena pada kondisi ini pasien tidak berhubungan dengan komunitas, koping komunitas merupakan pola adaptasi aktivitas komunitas dan penyelesaian masalah yang tidak memuaskan untuk memenuhi tuntutan atau kebutuhan masyarakat.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

35.E. Pencegahan jatuh dan manajemen kejang

Tetanus, kejang kaku leher dan rahang, punggung melengkung, risiko cedera

- A. Edukasi nutrisi (jawaban tidak benar) karena pada keluhan utama pasien bukan keluhan yang berkaitan dengan gangguan nutrisi
- B. Teknik distraksi (jawaban tidak tepat) karena pasien sedang mengalami kejang tidak bisa diberikan teknik distraksi karena distraksi merupakan mengalihkan perhatian atau mengurangi emosi dan pikiran negatif terhadap sensasi yang tidak diinginkan. Sementara pasien dalam keadaan kejang dan kaku leher.
- C. Terapi relaksasi (jawaban tidak tepat) karena terapi relaksasi adalah menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan, tindakan tidak bisa diberikan pada pasien yang sedang kejang
- D. Manajemen isolasi (jawaban tidak tepat) karena isolasi adalah mengidentifikasi dan mengelola pasien yang beresiko menularkan penyakit, mencederai atau merugikan orang lain. Tetanus tidak menular kepada orang lain jadi pasien tidak perlu diberikan tindakan manajemen diisolasi.
- E. Pencegahan jatuh dan manajemen kejang (Jawaban benar)

Referensi:

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

36.A. Nyeri akut

Mengalami CAD, nyeri pada dada kiri, pasien memegang area yang nyeri

- A. Nyeri akut (Jawaban benar) karena data yang mendukung masalah nyeri yaitu pasien mengeluh nyeri pada dada kiri, nyeri rasa menekan, pasien memegang dada sebelah kiri (area yang nyeri). Nyeri akut merupakan

- pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.
- B. Hipertermi (Jawaban tidak tepat) karena tidak ada tanda-tanda hipertermi dan suhu pasien normal 36,6 °C
 - C. Risiko cedera (Jawaban tidak tepat) karena Pasien sadar dan tidak ada data yang menunjukkan pasien resiko cedera
 - D. Defisit nutrisi. Jawaban tidak tepat karena tidak ada data yang mendukung gangguan nutrisi seperti BB menurun dan kurang napsu makan
 - E. Konfusi kronis (Jawaban tidak benar) karena tidak ada data yang mendukung pasien mengalami masalah konfusi kronis, yang mana Definisi dari Konfusi kronis adalah gangguan kesadaran perhatian, kognitif dan persepsi yang ireversibel berlangsung lama dan atau progresif, sementara kesadaran pasien compos mentis

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

37.B. 11

Pasien membuka mata dengan perintah suara, respon motorik melokalisir nyeri, respon suara bicara tidak jelas

- A. Tidak tepat, karena jumlahnya tidak sesuai
- B. Tepat, karena GCS E3V3M5 sehingga jumlah GCS 11
- C. Tidak tepat, karena jumlahnya tidak sesuai
- D. Tidak tepat, karena jumlahnya tidak sesuai
- E. Tidak tepat, karena jumlahnya tidak sesuai

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan tingkat kesadaran dengan GCS.

Referensi:

Jain S, Iverson LM. (2023). Glasgow Coma Scale. In: StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>

38.A. Memeriksa status pernapasan

Perawat menyiapkan alat dan bahan tindakan, mencuci tangan dengan 6 langkah dan memakai sarung tangan bersih

- A. Tepat, karena dilakukan setelah memakai sarung tangan bersih
- B. Tidak tepat, karena dilakukan setelah mengatur posisi pasien sesuai area paru yang mengalami penumpukan sputum
- C. Tidak tepat, karena dilakukan setelah menggunakan bantal untuk mengatur posisi
- D. Tidak tepat, karena dilakukan setelah memeriksa status pernapasan
- E. Tidak tepat, karena dilakukan setelah melakukan perkusi dengan posisi tangan ditangkupkan selama 3-5 menit

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur fisioterapi dada.

Referensi:

Tim Pokja SPO DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional (SPO), Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

39.D. Defisit nutrisi

Hasil pengkajian: tidak nafsu makan, porsi makan tidak pernah habis, merasa nyeri di perut, bising usus hiperaktif, BB 40 kg, BB sebelum masuk RS 50 kg

- A. Tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai nausea
- B. Tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai nyeri akut
- C. Tidak tepat, karena tidak data mengenai kelelahan
- D. Tepat, karena banyak data yang berkaitan dengan defisit nutrisi yaitu tidak nafsu makan, porsi makan tidak pernah habis, merasa nyeri di perut, bising usus hiperaktif, BB 40 kg, BB sebelum masuk RS 50 kg
- E. Tidak tepat, karena tidak banyak data mengenai hipervolemia

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

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

40.D. Otonomy

- Perawat memberikan penjelasan dan menanyakan persetujuan 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 perawat memberikan penjelasan dan menanyakan persetujuan pada pasien (otonomy)
 - E. Tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi:

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

41.D. Confidentiality

Tetangga pasien menjenguk dan bertanya dengan perawat mengenai penyakit pasien, kemudian perawat menyampaikannya

- 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 menyampaikan kepada tetangga pasien sehingga perawat tidak menjaga privasi/rahasia pasien (*confidentiality*)
- E. Tidak tepat, karena bukan prinsip etik pada kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi:

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

42.B. Asidosis respiratorik

Sesak, tampak retraksi dada, dan penapasana cuping hidung, frekuensi napas 30x/ menit, pH 7,20, PaCO₂ 48 mmHg, HCO₃ 27 mEq/L.

- A. Alkalosis respiratorik

Alkalosis respiratorik adalah ditandai dengan rendahnya kadar karbondioksida dalam darah akibat napas yang berlebihan. Nilai PH diatas 7,45

B. Asidosis respiratorik

Pada kasus di atas untuk melakukan interpretasi nilai AGD. Langkah yang harus diingat yaitu: Langkah 1, Klasifikasi pH, nilai normal pH: 7,35-7,45, dalam soal Nilai pH 7,20 (menurun) menandakan Asidemia dan nilai PaCO₂ 48 mmHg

C. Alkalosis metabolik

Alkalosis metabolik terjadi Ketika tubuh kehilangan terlalu banyak asam atau terlalu banyak produksi bikarbonat. Sedangkan pada kasus terjadi penurunan PH dan terjadi asidosis

D. Asidosis metabolik

Pada kasus diatas nilai PH menurun menandakan asidosis, namun penyebab dari kasus diatas adalah paru-paru yang tidak mampu membuat zat karbondioksida yang diproduksi tubuh. Maka kasus diatas bukan asidosis metabolik

E. Asidosis diabetik

Asidosis diabetik merupakan suatu keadaan yang bisa menyebabkan asidosis metabolik akibat produksi keton yang berlebihan dan ini terjadi saat diabetes tidak terkontrol. Pada kasus diatas bukan pasien diabetes.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Gangguan Asam Basa pada PPOK.

Referensi:

Cosimo marcelo (2011). Acid-Base Disorders in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pathophysiological Review

43.D. Mendokumentasikan hasil rekaman

Prosedur perekaman EKG. Setelah menjelaskan prosedur tindakan, semua elektroda dipasang kemudian mesin dinyalakan.

- A. Mencuci tangan, bukan opsi yang tepat karena dilakukan diawal prosedur dan setelah prosedur tindakan.
- B. Memakai hanscoons, bukan opsi yang tepat karena dilakukan sebelum memasang prooffe EKG di dada pasien.
- C. Meminta persetujuan pasien, bukan merupakan opsi yang tepat karena tindakan ini dilakukan sebelum melakukan tindakan perekaman EKG.
- D. Mendokumentasikan hasil perekaman, merupakan opsi yang tepat karena dilakukan setelah mesin EKG dinyalakan dan siap melakukan perekaman.

- E. Memasang jelly pada elektoda dada dan elektroda ekstremitas, bukan opsi yang tepat karena dilakukan sebelum memasang elektroda di tubuh pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur tindakan perekaman EKG.

Referensi:

Tim Pokja SPO DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional (SPO), Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

44.E. Nyeri Berkurang

Manajemen nyeri dengan relaksasi napas dalam.

- A. Mampu melakukan aktifitas fisik

Bukan pilihan jawaban karena tindakan utama pada kasus diatas adalah manajemen nyeri dan relaksasi napas dalam, dimana tujuan tindakan tersebut untuk mengurangi nyeri.

- B. Kebutuhan rasa aman terpenuhi

Bukan pilihan jawaban karena tindakan utama pada kasus diatas adalah manajemen nyeri dan relaksasi napas dalam, dimana tujuan tindakan tersebut untuk mengurangi nyeri.

- C. Pengetahuan bertambah

Bukan pilihan jawaban karena tindakan utama pada kasus diatas adalah manajemen nyeri dan relaksasi napas dalam, dimana tujuan tindakan tersebut untuk mengurangi nyeri.

- D. Kecemasan berkurang

Bukan pilihan jawaban karena tindakan utama pada kasus diatas adalah manajemen nyeri dan relaksasi napas dalam, dimana tujuan tindakan tersebut untuk mengurangi nyeri.

- E. Nyeri berkurang

Merupakan pilihan jawaban yang tepat karena tindakan utama pada kasus diatas adalah manajemen nyeri dan relaksasi napas dalam dimana tujuan tindakan tersebut untuk mengurangi nyeri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali penetapan evaluasi keperawatan berdasarkan hasil implementasi

Referensi:

Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing. Bahasa Indonesia]
Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth's Edisi 8
Volume 2

45.D. 27 %

- Luka bakar di kedua ekstremitas dan tubuh bagian depan
Hitung luas luka bakar orang dewasa Rumus *Rule of Nine*
- A. 1 % = bukan jawaban yang tepat karena hanya untuk genitalia saja
 - B. 9% = bukan jawaban yang tepat karena hanya untuk salah satu bagian ekstremitas saja, bagian depan tubuh atau dada
 - C. 18 % = bukan jawaban yang tepat karena hanya untuk penambahan dua ekstremitas saja
 - D. 27 % = merupakan jawaban yang tepat karena tangan kanan 9%, tangan kiri 9% dan tubuh bagian depan 9%
 - E. 36% = bukan jawaban yang tepat karena lebih dari dua ekstremitas dan bagian depan tubuh

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali luka bakar pada orang dewasa dengan rumus *rule of nine*.

Referensi:

Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing. Bahasa Indonesia]
Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth's Edisi 8 Volume 2

46.B. Troponin T dan CKMB

- Pemeriksaan laboratorium untuk melihat kerusakan pada otot jantung
- A. Trombosit dan leukosit, bukan jawaban yang tepat karena trombosit berfungsi untuk pembekuan darah dan leukosit untuk menunjukkan jumlah sel darah putih dalam tubuh.
 - B. Troponin T merupakan jenis protein yang dapat ditemukan dalam otot jantung dan CKMB merupakan suatu enzim dalam jaringan sel jantung. Jika Troponin T dan CKMB ditemukan jumlahnya meningkat berarti menunjukkan adanya kerusakan pada otot jantung.
 - C. GDS dan eritrosit, bukan merupakan jawaban yang tepat karena GDS merupakan nilai kadar gula darah sewaktu yang ada di pembuluh darah sementara eritrosit merupakan jumlah sel darah merah di dalam tubuh.

- D. SGPT dan SGOT, bukan merupakan jawaban yang tepat. SGPT dan SGOT merupakan enzim yang membantu mencerna protein dalam tubuh, paling banyak dijumpai di liver, pada jantung hanya dalam jumlah yang minimal. Peningkatan SGPT dan SGOT biasanya menandakan adanya gangguan pada fungsi liver.
- E. LDL dan HDL, bukan merupakan jawaban yang tepat karena LDL (*low Density Lipoprotein*) merupakan kolesterol jahat dan HDL (*high Density Lipoprotein*) merupakan kolesterol baik. Kedua pemeriksaan ini menggambarkan keadaan kolesterol dalam tubuh kita.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan penunjang pada penyakit jantung khususnya Infark Miokard.

Referensi:

Brunner and Suddarth's, textbook of medical surgical nursing. Bahasa Indonesia]
Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth's Edisi 8 Volume 2

47.A. Tentukan area penusukan

Pengambilan darah arteri di radialis, Allen test

- A. Jawaban sesuai dengan standar operasional prosedur yaitu setelah melakukan allen test, perawat menentukan area penusukan di radialis yang ditandai dengan denyut nadi terkuat
- B. Jawaban tidak tepat sebab menusukkan jarum pada karet dilakukan setelah perawat selesai melakukan aspirasi darah arteri
- C. Jawaban tidak tepat sebab aspirasi darah arteri dilakukan setelah penusukan
- D. Jawaban tidak tepat sebab penusukan dilakukan setelah denyut nadi terkuat ditentukan dan dibersihkan dengan alkohol swab
- E. Jawaban tidak tepat sebab membersihkan area dengan alkohol swab dilakukan setelah area penusukan ditentukan

Berikut Standar Operasional Prosedur (SOP) pengambilan darah arteri:

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan (lihat persiapan alat diatas)
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Pasang sarung tangan bersih

6. Lakukan allen test sebelum menusuk nadi radialis
7. Bilas sputit dengan heparin, jika tidak menggunakan sputit AGD
8. Tentukan area penusukan dengan merasakan denyut nadi
9. Pasang alas di bawah area penusukan
10. Bersihkan area penusukan dengan alcohol swab
11. Stabilisasi arteri dengan meregangkan kulit
12. Tusuk arteri dengan sputit pada posisi sudut* 30-45 (arteri radialis), 60 (arteri brakhialis), 90 (arteri femoralis)
13. Aspirasi sampel darah 1 – 3 cc
14. Cabut jarum dari arteri secara perlahan
15. Tusukkan jarum sputit pada karet
16. Setelah pengambilan darah, tekan daerah tusukan dengan kassa kurang lebih 5 menit, atau bila pasien menggunakan obat anti koagulan, tekan kassa 10-15 menit.
17. Pasang plester pada area penusukan jika darah telah berhenti
18. Berikan label pada sampel darah dan kirim segera ke laboratorium
19. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
20. Lepaskan sarung tangan
21. Cuci tangan 6 langkah

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur pengambilan darah arteri, pahami langkah demi langkah prosedur sesuai SOP.

Referensi:

- Dougherty, L., & Lister, S. (2015). The royal marsden manual of clinical nursing procedurea, 9th ed. Chichester: Willey Blackwell.
- Eckman, M. (2013). Lippincott's: nursing procedures, 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Kozier, B., et al (2018). Fundamentals of canadian nursing: concepts, process, and practice, 4th ed. Ontario: Pearson Canada Inc.
- Potter, P, et al. (2020). Fundamental of nursing, 9th ed. Singapore: Elsevier.
- Tim Pokja SPO DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional (SPO), Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

48.D. Berikan jelly secukupnya pada area pemasangan elektroda

Prosedur perekaman EKG

- A. Jawaban ini tidak tepat karena perekaman jantung dilakukan setelah semua elektroda dipasang dan mesin EKG dinyalakan

- B. Jawaban ini tidak tepat karena elektroda dada dipasang setelah lokasi pemasangan ditentukan dan diberi jelly
- C. Jawaban ini tidak tepat karena elektroda ekstremitas dipasang setelah lokasi pemasangan ditentukan dan diberi jelly
- D. Jawaban ini tepat, pemberian jelly dilakukan setelah lokasi pemasangan elektroda ditentukan
- E. Jawaban tidak tepat karena hal ini dilakukan setelah semua elektroda dipasang dan perekaman EKG dimulai

Berikut Standar Operasional Prosedur (SOP) perekaman EKG:

1. Memberi penjelasan prosedur pada pasien dan keluarga tentang tujuan perekaman EKG
2. Cuci tangan 6 langkah
3. Menjaga privasi klien
4. Memberikan posisi supine
5. Membuka pakaian atas klien
6. Sebelum pemasangan elektrode, bersihkan kulit pasien di sekitar pemasangan manset
7. Tentukan lokasi pemasangan elektroda
8. Beri jelly kemudian hubungkan kabel elektroda dengan pasien.
9. Memasang semua elektroda dada dan elektroda ekstremitas ke pasien
10. Anjurkan pasien rileks, bernapas normal, tidak bergerak dan berbicara saat perekaman
11. Nyalakan mesin EKG dan masukkan data identitas pasien ke dalam mesin EKG
12. Lakukan perekaman jantung
13. Jika terdapat hasil perekaman buruk, periksa elektroda dan koneksi
14. Matikan mesin EKG dan lepaskan kertas cetakan EKG, lepaskan elektroda dari dada dan ekstermitas
15. Tuliskan identitas pasien
16. Membereskan alat
17. Lakukan cuci tangan 6 langkah

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur perekaman EKG dan memahami langkah-langkah prosedur perekaman EKG sesuai SOP.

Referensi:

- Dougherty, L., & Lister, S. (2015). The royal marsden manual of clinical nursing procedure, 9th ed. Chichester: Willey Blackwell.
- Eckman, M. (2013). Lippincott's: nursing procedures, 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Kozier, B., et al (2018). Fundamentals of canadian nursing: concepts, process, and practice, 4th ed. Ontario: Pearson Canada Inc.
- Potter, P, et al. (2020). Fundamental of nursing, 9th ed. Singapore: Elsevier.
- Tim Pokja SPO DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional (SPO), Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

49.B. 2

Menilai kekuatan otot, tidak dapat menahan gravitasi

- A. Jawaban tidak tepat karena skor 1 berarti terdapat aktivasi otot, seperti kedutan, tanpa mencapai rentang gerak penuh
- B. Jawaban tepat karena skor 2 berarti tidak dapat menahan gravitasi saat diminta menggerakkan ekstremitas
- C. Jawaban tidak tepat karena skor 3 berarti aktivasi otot melawan gravitasi, gerakan penuh
- D. Jawaban tidak tepat karena skor 4 berarti aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh
- E. Jawaban tidak tepat karena skor 5 berarti aktivasi otot melawan resistensi penuh pemeriksa, rentang gerak penuh

Penilaian kekuatan otot merupakan komponen penting dari pemeriksaan fisik yang dapat mengungkapkan informasi tentang defisit neurologis. Penilaian ini digunakan untuk mengevaluasi kelemahan dan efektif dalam membedakan kelemahan sebenarnya dari ketidakseimbangan atau daya tahan yang buruk. Metode yang sering digunakan dalam mengevaluasi kekuatan otot yaitu menggunakan skala Medical Research Council (MRC) yang menilai kekuatan otot pada skala 0-5, dengan skala 0 berarti tidak ada aktivasi otot

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penilaian kekuatan otot menggunakan skala Medical Research Council (MRC).

Referensi:

- Kozier, B., et al (2018). Fundamentals of canadian nursing: concepts, process, and practice, 4th ed. Ontario: Pearson Canada Inc.
- Naqvi, U., & Sherman, A.I. (2023). Muscle strength grading. StatPearls (Internet).
- Potter, P, et al. (2020). Fundamental of nursing, 9th ed. Singapore: Elsevier.

SOAL
MANAJEMEN KEPERAWATAN

1. Seorang perawat bekerja di ruang intensif, dari hasil evaluasi bahwa perawat tersebut belum mampu memberikan perawatan yang berkualitas, pelayanan yang diberikan kepada pasien belum cukup memenuhi standar pelayanan keperawatan yang ditetapkan oleh RS. Melihat kondisi tersebut, kegiatan apakah yang dilakukan untuk mengatasi perawat yang belum memenuhi standar pelayanan keperawatan?
 - A. Meminta tim perawat senior untuk melakukan perawatan langsung
 - B. Mengabaikan kondisi seperti ini dan berharap kejadian ini tidak berlangsung lama.
 - C. Memindahkan tugas kepada perawat dari ruangan lain untuk membantu mengatasi permasalahan
 - D. Memberikan pelatihan tambahan kepada perawat yang belum memenuhi standar
 - E. Menurunkan standar perawatan yang diberikan kepada pasien.
2. Seorang perawat yang baru lulus dari pendidikan keperawatan membaca iklan di sebuah media elektronik bahwa salah satu RS di kotanya sedang mencari Sumber Daya Manusia (SDM) keperawatan yang sesuai dengan yang dibutuhkan untuk pelayanan onkologi. Disebut apakah proses pencarian SDM keperawatan tersebut?
 - A. Rekrutmen
 - B. Seleksi
 - C. Orientasi
 - D. Retensi
 - E. Penempatan
3. Seorang perawat yang bekerja di ruang rawat bedah selalu mengikuti kegiatan rutin yang diadakan di ruangannya pada minggu kedua dan keempat yaitu berdiskusi tentang kondisi pasien, hasil tes, respons terhadap pelayanan keperawatan, perubahan status kesehatan pasien. Kegiatan apakah yang diikuti oleh perawat tersebut?
 - A. Handover
 - B. Ronde keperawatan
 - C. Pre conference
 - D. Middle conference
 - E. Post conference

4. Seorang perawat bertugas di ruang anak dan tugas yang dilakukan oleh perawat tersebut yaitu memberikan asuhan keperawatan, mengikuti timbang terima, melaksanakan tugas yang didelegasikan, mendokumentasikan tindakan keperawatan. Uraian tugas siapakah di atas adalah sebagai
 - A. Manajer keperawatan
 - B. Kepala unit
 - C. Kepala ruangan
 - D. Perawat senior
 - E. Perawat *associate*
5. Seorang perawat yang bekerja di IGD sedang merawat pasien kritis bersama temannya, namun kedua perawat tersebut memiliki pendekatan yang berbeda dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Perawat pertama ingin segera melakukan tindakan A, sementara Perawat kedua berpendapat bahwa tindakan B lebih penting, hal ini membuat kurang lancarnya pelayanan. Kondisi apakah yang terjadi pada kedua perawat tersebut ?
 - A. Konflik
 - B. Negosiasi
 - C. Manajemen konflik
 - D. Kompromi
 - E. Konfrontasi
6. Seorang manajer rumah sakit selalu mengambil keputusan sendiri walaupun banyak anggotanya yang berpendidikan sederajat dengannya, selalu memberikan beban kerja diluar aturan yang sudah ada dengan harapan visi dari rumah sakit tersebut dapat tercapai dan sering menyampaikan kalau keputusan yang diambil adalah mewakili dari anggotanya walaupun tanpa ada proses musyawarah dahulu. Apakah gaya kepemimpinan yang diterapkan pada kasus tersebut?
 - A. Autocratik
 - B. Partisipatif
 - C. Demokratik
 - D. Laissez faire
 - E. Transformasional
7. Seorang Perawat sedang dinas pagi, menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, serta kolaboratif yang sudah dilakukan selanjutnya menyampaikan perkembangan pasien saat itu kepada

- perawat lainnya dengan tertulis juga lisan saat timbang terima. Apakah peran yang dilaksanakan oleh perawat tersebut?
- A. Supervisor
 - B. Kepala Ruangan
 - C. Perawat Pengganti
 - D. Perawat Primer (PP)
 - E. Perawat Associat (PA)
8. Seorang laki-laki, 45 tahun dengan MCI. Hasil pengkajian, membutuhkan persiapan makan dan minum, mampu makan dan minum sendiri, butuh sedikit bantuan ke kamar mandi, ambulasi dengan pengawasan, pemantauan tanda-tanda vital setiap pergantian shift. Apakah tingkat ketergantungan pasien pada kasus tersebut?
- A. *Self care*
 - B. *Total Care*
 - C. *Minimal care*
 - D. *Intensive care*
 - E. *Moderate care*
9. Seorang Perawat ICU sedang dinas pagi ditugaskan memberikan asuhan keperawatan secara total terhadap satu pasien laki-laki, 55 tahun dengan MCI. Apakah metode pemberian asuhan keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Tim
 - B. Kasus
 - C. Primer
 - D. Modular
 - E. Fungsional
10. Seorang kepala ruangan rawat inap setiap bulan melakukan audit terhadap kejadian flebitis dan infeksi nosokomial. Hasil rekapitulasi, angka kejadian Flebitis meningkat 8% serta infeksi nosokomial sebanyak 5%. Apakah fungsi manajemen pada kasus tersebut?
- A. Staffing
 - B. Pengarahan
 - C. Pengawasan
 - D. Perencanaan
 - E. Pengorganisasian

11. Seorang perawat di ruang rawat inap penyakit dalam, telah melakukan orientasi pasien. Selanjutnya perawat menanyakan tentang luka diabetes yang dialaminya, berapa lama, riwayat penyakit, nyeri, ke dalam luka dan jumlah eksudat. Apakah tindakan yang sedang dilakukan oleh perawat tersebut?
- A. Evaluasi
 - B. Pengkajian
 - C. Perencanaan
 - D. Implementasi
 - E. Penegakan diagnose
12. Seorang perawat yang bekerja shift pagi di ruang penyakit dalam, telah melakukan implementasi sesuai perencanaan. Sebelum melaksanakan operan dengan shift siang, perawat mengikuti diskusi dengan ketua tim, melaporkan kegiatan yang sudah dilaksanakan, kondisi pasien dan masalah masalah yang dihadapi. Apakah kegiatan yang sedang dilakukan oleh perawat tersebut?
- A. *Handover*
 - B. *Pre conference*
 - C. *Post conference*
 - D. *Middle conference*
 - E. Ronde keperawatan
13. Seorang perawat di ruang rawat inap, mengunci roda tempat tidur, mendekatkan bel dan peralatan yang dibutuhkan oleh pasien untuk mengurangi resiko jatuh selama perawatan. Apakah prinsip etik yang dilaksanakan perawat tersebut?
- A. *Justice*
 - B. *Fidelity*
 - C. *Otonomi*
 - D. *Beneficence*
 - E. *Nonmaleficence*
14. Seorang perawat di ruang rawat inap bedah, mendengar pasien memencet bel untuk minta pertolongan. Perawat tersebut langsung menghampiri dan membantu membetulkan posisi pasien walaupun perawat sedang istirahat. Apakah karakteristik indikator mutu pelayanan yang sedang dilaksanakan oleh perawat?
- A. Empati
 - B. Kepastian

- C. Kenyataan
 - D. Kehandalan
 - E. Cepat tanggap
15. Seorang perawat di ruang rawat inap penyakit dalam, sedang memberikan edukasi kesehatan kepada pengunjung yang membawa anak umur 7 tahun, dikarenakan anak tersebut tidak mau ditinggal sendirian dan berencana dibawa ke dalam ruang rawat. Apakah tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat?
- A. Kompetisi
 - B. Kolaborasi
 - C. Kompromi
 - D. Akomodasi
 - E. Menghindar

PEMBAHASAN SOAL

MANAJEMEN KEPERAWATAN

1. D. Memberikan pelatihan tambahan kepada perawat yang belum memenuhi standar

Belum mampu memberikan perawatan yang berkualitas, belum cukup memenuhi standar pelayanan keperawatan

- A. Tidak menyelesaikan akar permasalahan, tidak mengembangkan potensi tim
- B. Ketidakmampuan mengatasi masalah, penghindaran konflik atau kebingungan dalam menangani masalah
- C. Memindahkan perawat dari satu unit ke unit lain bisa mengurangi jumlah perawat di unit asal, yang dapat memengaruhi pelayanan dan kualitas perawatan di sana
- D. Menjadikan SDM lebih luas wawasannya, lebih terampil sehingga dapat memberikan pelayanan sesuai dengan standar keperawatan yang ditetapkan.
- E. Membuat pelayanan yang tidak berkualitas dan menjadikan kepuasan pelanggan tidak terpenuhi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep dan proses manajemen keperawatan.

Referensi:

- La Rangki, dkk. (2023). Manajemen Keperawatan. Probolinggo: CV.Eureka Media Aksara
- Manurung Santa. (2021). Keperawatan Profesional. Jakarta: CV Trans Info Media
- Marquis Bessie L, Carol Jorgensen Huston (2017). Leadership Roles and Management Function in Nursing. Wolters Kluwer Health
- Murray, Elizabeth. (2017). Nursing Leadership And Management: For Patient Safety And Quality Care. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Seniwati, dkk. (2022). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Sulteng: CV. Feniks Muda Sejahtera
- Tuasikal Hani, Selpina Embuai, Moomina Siauta. (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Desanta Muliavisitama.
- Zuliani, dkk (2023). Keperawatan Profesional. Yayasan Kita Menulis

2. A. Rekrutmen

Iklan mencari Sumber Daya Manusia (SDM) keperawatan

A. Rekrutmen

Proses perekrutan dan pemilihan karyawan baru untuk memenuhi posisi yang tersedia di sebuah perusahaan atau organisasi

B. Seleksi

Proses rekrutmen di mana SDM yang dibutuhkan di evaluasi dan dipilih berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan

C. Orientasi

Proses pengenalan dan pembiasaan karyawan baru terhadap lingkungan, budaya, kebijakan, dan tugas-tugas di tempat kerja mereka yang baru

D. Retensi

Upaya institusi untuk mempertahankan sdm yang sudah ada dan mencegah mereka meninggalkan institusi

E. Penempatan

Proses penempatan seseorang pada posisi atau pekerjaan tertentu sesuai dengan kualifikasi, keahlian, dan pengalaman yang dimilikinya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep perencanaan manajemen keperawatan.

Referensi:

- La Rangki, dkk. (2023). Manajemen Keperawatan. Probolinggo: CV.Eureka Media Aksara
- Manurung Santa. (2021). Keperawatan Profesional. Jakarta: CV Trans Info Media
- Marquis Bessie L, Carol Jorgensen Huston (2017). Leadership Roles and Management Function in Nursing. Wolters Kluwer Health
- Murray, Elizabeth. (2017). Nursing Leadership And Management: For Patient Safety And Quality Care. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Seniwati, dkk. (2022). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Sulteng: CV. Feniks Muda Sejahtera
- Tuasikal Hani, Selpina Embuai, Moomina Siauta. (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Desanta Muliavistama.
- Zuliani, dkk (2023). Keperawatan Profesional. Yayasan Kita Menulis

3. B. Ronde keperawatan

Kegiatan rutin setiap minggu kedua dan keempat untuk berdiskusi tentang kondisi pasien, hasil tes, respons terhadap pelayanan keperawatan, perubahan status kesehatan pasien.

A. *Handover*

Teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima laporan yang berkaitan dengan keadaan pasien.

B. Ronde keperawatan

Kegiatan untuk mengatasi keperawatan klien yang dilaksanakan oleh perawat dengan melibatkan kepala ruang, ketua tim, dan perawat pelaksana, untuk membahas kondisi pasien dan asuhan keperawatan

C. *Pre conference*

Pertemuan singkat yang diadakan sebelum dimulainya shift atau periode kerja dalam lingkungan perawatan kesehatan

D. *Middle conference*

Kegiatan yang dimaksudkan agar diperoleh evaluasi lebih awal dari asuhan keperawatan yang sedang dilakukan dan memperbaiki perencanaan bila diperlukan dari perawat kelolaannya,

E. *Post conference*

Pertemuan yang diadakan setelah periode kerja atau shift selesai untuk melakukan evaluasi pasca-shift.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep dan proses manajemen keperawatan.

Referensi:

- La Rangki, dkk. (2023). Manajemen Keperawatan. Probolinggo: CV. Eureka Media Aksara
- Manurung Santa. (2021). Keperawatan Profesional. Jakarta: CV Trans Info Media
- Marquis Bessie L, Carol Jorgensen Huston (2017). Leadership Roles and Management Function in Nursing. Wolters Kluwer Health
- Murray, Elizabeth. (2017). Nursing Leadership And Management: For Patient Safety And Quality Care. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Seniwati, dkk. (2022). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Sulteng: CV. Feniks Muda Sejahtera
- Tuasikal Hani, Selpina Embuai, Moomina Siauta. (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Desanta Muliavistama.
- Zuliani, dkk (2023). Keperawatan Profesional. Yayasan Kita Menulis

4. E. Perawat associate

Memberikan asuhan keperawatan, mengikuti timbang terima, melaksanakan tugas yang didelegasikan, mendokumentasikan tindakan keperawatan.

- A. Pengelolaan berbagai unit keperawatan, pengawasan manajer unit, mengelola anggaran, dan memastikan kepatuhan terhadap kebijakan organisasi.

- B. Mengatur operasional, mengoordinasikan perawat-perawat di bawahnya, memastikan standar perawatan terpenuhi, dan berinteraksi dengan tim medis dan manajemen lebih tinggi
- C. Membuat perencanaan askek, mengadakan tindakan kalaborasi memimpin timbang terima, mendelegasikan tugas, memimpin ronde keperawatan, mengevaluasi pemberian askek, memberi petunjuk jika pasien akan pulang, mengisi resume keperawatan
- D. Memimpin perawat-perawat di tingkat dasar, memberikan bimbingan kepada perawat pelaksana, mengawasi beberapa aspek perawatan, atau membantu dalam administrasi.
- E. Membeberikan askek, mengikuti timbang terima, melaksanakan tugas yang didelegasikan, mendokumentasikan tindakan keperawatan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang model praktik keperawatan professional.

Referensi:

- La Rangki, dkk. (2023). Manajemen Keperawatan. Probolinggo: CV.Eureka Media Aksara
- Manurung Santa. (2021). Keperawatan Profesional. Jakarta: CV Trans Info Media
- Marquis Bessie L, Carol Jorgensen Huston (2017). Leadership Roles and Management Function in Nursing. Wolters Kluwer Health
- Murray, Elizabeth. (2017). Nursing Leadership And Management: For Patient Safety And Quality Care. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Seniwati, dkk. (2022). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Sulteng: CV. Feniks Muda Sejahtera
- Tuasikal Hani, Selpina Embuai, Moomina Siauta. (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Desanta Muliavistama.
- Zuliani, dkk (2023). Keperawatan Profesional. Yayasan Kita Menulis

5. A. Konflik

Pendekatan yang berbeda dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien

A. Konflik

Benturan antara dua atau lebih pihak yang memiliki perbedaan pendapat, kepentingan, atau tujuan

B. Negosiasi

Proses interaktif di mana pihak-pihak yang berbeda berusaha mencapai kesepakatan atau solusi atas suatu masalah atau perbedaan pendapat

C. Manajemen konflik

Pendekatan yang terstruktur untuk mengelola konflik agar tidak merugikan hubungan, produktivitas, atau tujuan Bersama

D. Kompromi

Kesepakatan di mana setiap pihak yang terlibat dalam suatu konflik atau perbedaan pendapat setuju untuk mengurangi sebagian dari tuntutan atau keinginan mereka demi mencapai kesepakatan bersama.

E. Konfrontasi

Situasi di mana terjadi pertemuan atau tabrakan langsung antara dua pihak atau lebih yang memiliki perbedaan pendapat, kepentingan, atau tujuan yang bertentangan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen konflik.

Referensi:

- La Rangki, dkk. (2023). Manajemen Keperawatan. Probolinggo: CV.Eureka Media Aksara
- Manurung Santa. (2021). Keperawatan Profesional. Jakarta: CV Trans Info Media
- Marquis Bessie L, Carol Jorgensen Huston (2017). Leadership Roles and Management Function in Nursing. Wolters Kluwer Health
- Murray, Elizabeth. (2017). Nursing Leadership And Management: For Patient Safety And Quality Care. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Seniwati, dkk. (2022). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Sulteng: CV. Feniks Muda Sejahtera
- Tuasikal Hani, Selpina Embuai, Moomina Siauta. (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Desanta Muliavisitama.
- Zuliani, dkk (2023). Keperawatan Profesional. Yayasan Kita Menulis

6. A. Autocratik

Keputusan yang diambil adalah mewakili dari anggotanya walaupun tanpa ada proses musyawarah dahulu.

- A. Gaya kepemimpinan *Autocratic* adalah gaya kepemimpinan yang meletakkan segala keputusan dan kontrol sepenuhnya dipegang oleh pemimpin. Segala kebijakan, prosedur, kegiatan ditentukan oleh pemimpin sementara bawahan, karywan & anggota timnya wajib untuk mengikuti segala keputusan tersebut.

- B. Gaya kepemimpinan Partisipatif adalah gaya kepemimpinan dimana anggota kelompok secara aktif berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.
- C. Gaya kepemimpinan Demokratik adalah gaya kepemimpinan dimana pengambilan keputusan yang inklusif dan berpatisipasi, memastikan bahwa semua anggota organisasi memiliki kesempatan untuk berbicara dan terlibat dalam proses pembuatan keputusan.
- D. Gaya kepemimpinan *Laissez faire* adalah gaya kepemimpinan yang memberikan kebebasan kepada anggotanya untuk melakukan perubahan dan ide, dimana bawahannya mampu, mempunyai motivasi dan komitmen tinggi.
- E. Gaya kepemimpinan Transformasional adalah gaya kepemimpinan yang mampu memotivasi dan menginspirasi timnya untuk bekerja lebih efektif, serta mampu menciptakan perubahan positif didalam organisasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Kepemimpinan dalam manajemen keperawatan.

Referensi:

- Quamila, A. 2021. Kupas Tuntas Gaya Kepemimpinan Otokratis
Myers, Eleonar and Mcleod, Saul. 2023. Participative Leadership Theory and Decision-Making Style, Simply Psychology.
<https://www.simplypsychology.org/participative-leadership.html>

7. D. Perawat Primer (PP)

Menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, serta kolaboratif yang sudah dilakukan selanjutnya menyampaikan perkembangan pasien saat itu kepada perawat lainnya dengan tertulis juga lisan saat timbang terima.

- A. Supervisor adalah orang yang melakukan supervisi.
- B. Kepala Ruangan adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberi tanggung jawab dan wewenang untuk mengelola kegiatan pelayanan keperawatan di suatu ruang rawat (rencana kegiatan tahunan, menyusun jadwal dinas dan cuti, menyukseskan rencana pengembangan staf, dan lain-lain).
- C. Perawat Pengganti adalah seorang perawat yang mengganti jaga karena perawat yang telah ditentukan jadwal dinasnya tidak dapat melakukan tugasnya (cuti hamil atau menikah, sakit atau meninggal, keluarga sakit atau meninggal).

- D. Perawat Primer (PP) adalah seorang perawat bertanggung jawab untuk melakukan komunikasi dan koordinasi dalam merencanakan asuhan keperawatan, termasuk membuat perencanaan klien pulang (*discharge planning*).
- E. Perawat Associate (PA) adalah perawat pelaksana memiliki kewenangan untuk pelimpahan tugas dari seorang PP yang berhalangan atau tidak bertugas karena suatu alasan. PA selalu berperan sebagai perawat pelaksana untuk melaksanakan berbagai rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan oleh PP.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Peran dan Fungsi Perawat pada MPKP.

Referensi:

Suni, Arsat. 2018. Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika

8. C. Minimal Care

Membutuhkan persiapan makan dan minum, mampu makan dan minum sendiri, butuh sedikit bantuan ke kamar mandi, ambulasi dengan pengawasan, pemantauan tanda-tanda vital setiap pergantian shift, tingkat ketergantungan pasien.

- A. *Self Care* adalah makan, minum dilakukan sendiri, kebersihan diri memerlukan sedikit bantuan, ke kamar mandi sendiri.
- B. *Total Care* adalah makan, minum, perawatan diri butuh bantuan, kesulitan mengunyah dan menelan, tampak terbaring atau *bedrest*, perlu pemantauan sekitar 1 jam.
- C. *Minimal Care* adalah makan minum butuh bantuan dalam persiapan, posisi makan, mampu makan sendiri, butuh sedikit bantuan kekamar mandi.
- D. *Intensive Care* adalah dibantu total, tampak terbaring (*bedrest*), perlu pemantauan < 60 menit dan terus menerus.
- E. *Moderate care* adalah makan minum butuh bantuan namun bisa mengunyah dan menelan sendiri, kurang mandiri dan butuh bantuan, pemantauan setiap 2-4 jam.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang *staffing* Manajemen Keperawatan.

Referensi:

Ns. Seniwati, S.Kep., M.Pd, dkk. 2022. Buku Ajar Manajemen Keperawatan. SULTENG: CV. Feniks Muda Sejahtera.

9. B. Kasus

Memberikan asuhan keperawatan secara total terhadap satu pasien, metode pemberian asuhan keperawatan.

- A. Metode Tim adalah pengorganisasian pelayanan asuhan keperawatan dengan menggunakan tim yang terdiri dari kelompok klien dan kelompok perawat.
- B. Metode Kasus adalah metode pemberian asuhan keperawatan kepada seorang klien secara total dalam satu periode dinas. Perawat bertanggung jawab terhadap klien tertentu yang didasarkan pada rasio satu perawat untuk satu klien dengan pemberian perawatan konstan untuk periode tertentu. Diterapkan untuk perawatan khusus, seperti isolasi, intensive care.
- C. Metode Primer adalah metode pemberian asuhan keperawatan dengan perawat primer (PP) bertanggung jawab selama 24 jam atas pelaksanaan asuhan keperawatan secara holistik, mulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi hasil asuhan terhadap satu atau beberapa klien.
- D. Metode modular atau metode modifikasi adalah metode asuhan keperawatan yang merupakan metode tim dan metode primer. Dalam memberikan asuhan keperawatan dilakukan oleh dua hingga tiga perawat dengan tanggung jawab paling besar ada pada perawat profesional.
- E. Metode Fungsional adalah pemberian asuhan keperawatan di tekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur keperawatan. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua klien di suatu ruangan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP).

Referensi: Suni, Arsal. 2018. Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika

10.C. Pengawasan

Setiap bulan melakukan audit, fungsi manajemen.

- A. *Staffing* adalah penyusunan personalia pada suatu organisasi sejak dari merekrut tenaga kerja.

- B. Pengarahan adalah menekankan pada bagaimana manajer mengarahkan dan menggerakan semua sumber daya yang ada, baik manusia maupun bukan manusia untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
- C. Pengawasan adalah mengendalikan harapan agar tujuan tercapai dengan cara mengontrol jalannya suatu kegiatan melalui pengawasan
- D. Perencanaan adalah proses merencanakan suatu kegiatan secara efektif dan efisien agar dapat tercapai tujuan yang ditetapkan.
- E. Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep Dasar Manajemen.

Referensi:

Suni, Arsat. 2018. Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika

11.B. Pengkajian

Setelah melakukan orientasi pasien (menanyakan tentang luka yang dialaminya

- A. Evaluasi adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan.
- B. Pengkajian tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan.
- C. Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.
- D. Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.
- E. Penegakan diagnosis adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahapan proses keperawatan.

Referensi:

Nursalam, (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

12.C. Post conference

Kegiatan sebelum operan siang

- A. *Hand over* merupakan suatu teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima suatu laporan yang berkaitan dengan pasien.
- B. *Pre conference* diskusi tentang aspek klinik sebelum melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.
- C. *Post Conference* adalah diskusi tentang aspek klinik sesudah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.
- D. *Middle conference* adalah diskusi tentang aspek klinik sebelum *post conference* dilaksanakan.
- E. Ronde keperawatan adalah merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh perawat yang juga melibatkan klien untuk mendiskusikan dan melakukan asuhan keperawatan, akan tetapi pada kasus tertentu perawat primer dan/atau konselor, kepala ruangan, perawat *associate*, dan perlu juga melibatkan semua anggota tim.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pre, middle dan post conference.

Referensi:

Nursalam, (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

13.E. Nonmaleficence

Mengurangi resiko jatuh (keselamatan pasien)

- A. Justice yaitu bersikap adil kepada semua pasien.
- B. Fidelity adalah selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga.
- C. otonomi yakni menghormati hak pasien.
- D. Beneficence melakukan yang terbaik bagi pasien.
- E. Non maleficence tindakan yang tidak merugikan pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik.

Referensi:

Nursalam, (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

14.E. Cepat tanggap

Langsung menghampiri dan membantu pasien

- A. Empati adalah kemampuan untuk menempatkan diri sendiri di posisi orang lain dan merasakan apa yang mereka rasakan.
- B. Kepastian berhubungan dengan pengetahuan, kesopanan dan sifat petugas yang dapat dipercaya oleh pelanggan.
- C. Kenyataan pelayanan dapat dirasakan secara langsung oleh para penggunanya dengan menyediakan fasilitas fisik dan perlengkapan yang memadai
- D. Kehandalan kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan tepat dengan akurat sesuai dengan yang ditawarkan.
- E. Cepat tanggap kemampuan petugas kesehatan menolong pelanggan dan kesiapannya melayani sesuai prosedur dan bias memenuhi harapan pelangan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari indikator mutu pelayanan.

Referensi:

Nursalam, (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

15.C. Kompromi

Perawat memberikan edukasi kesehatan

- A. Kompetisi adalah mengorientasikan kekuasaan dengan lebih agresif dalam memenangkan suatu konflik. Salah satu pihak tersebut akan tidak merasa penting menyampaikan pendapatnya dan merasa yang berkuasa harus didengar dan diterima hal yang diputuskan.
- B. Kolaborasi adalah kedua belah pihak mencoba menemukan penyelesaian konflik yang bermutu dan memuaskan dengan berkomitmen untuk berpatisipasi dan mencari resolusi. Konflik diidentifikasi, dicari alternatif, dipertimbangkan sampai kesulitannya dapat dipecahkan. Cara ini membutuhkan banyak waktu secara efektif.
- C. Kompromi suatu strategi penyelesaian konflik dimana semua yang terlibat saling menyadari dan sepakat pada keinginan Bersama.
- D. Akomodasi yaitu dengan membiarkan salah satu pihak untuk menang dikarenakan lawan lebih berkuasa, isu dari konflik tersebut lebih dibutuhkan oleh salah satu pihak

E. Menghindar adalah cara mengelola konflik bisa dengan menghindar, dengan cara tersebut konflik bisa diselesaikan dengan sendirinya, terlalu menghabiskan energi atau mungkin mengakibatkan keadaan semakin berbahaya. Lebih baik mengalah jika tidak ada hal besar yang dipertaruhkan.

Memahami cara mengelola konflik yang efektif dengan manajemen konflik dalam keperawatan.

Referensi:

Nursalam, (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

DAFTAR PUSTAKA

- Abrori dkk. (2017). Buku ajar Infeksi Menular Seksual. UM Pontianak Pers. Pontianak.
- Alfianur, Handayani fitriya, dkk. (2022). Modul Praktikum Keperawatan Anak. CV. Adanu Abimata
- Amelia, Nindy. (2013). Prinsip Etika Keperawatan. Yogyakarta: D-Medika
- American Heart Association (AHA). (2015). *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC*.
- American Heart Association (AHA). (2021). *Heart disease & Stroke Statistical Update Fast Sheet global Burden of Disease*. <http://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000009>
- Anisa UI Mutmainah. dkk. (2017). Asuhan Persalinan Normal dan bayi baru lahir. ANDI., Yogyakarta
- Ashwill, J.W., James, S.C., & Droske, S.C. (2002). Nursing care of children: principles and practice. Vol.2. Michigan: W.B Saunders.
- Aziz Alimul Hidayat. (2012). Pengantar Ilmu Keperawatan Anak. Jakarta: Salemba Medika
- Bear Melissa, RN et.al. (2017). Nursing Key Topics Review: Maternity. St. Louis Missouri: Elsevier
- Betz, C.L., & Sowden, L.A. (2002). Buku Saku Keperawatan Pediatric. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- BKKBN. (2023). Program KB investasi Jangka Panjang, Jakarta
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Edisi 8. Jakarta: Salemba Medika.
- Bobak, et al. (2005). Keperawatan Maternitas. Alih bahasa: Wijarini.A.M Jakarta: EGC
- Brunner and Suddarth. (2002). Textbook of medical surgical nursing. Bahasa Indonesia] Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth's Edisi 8 Volume 2. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Curtis, K., Ramsden, C., & Friendship, J., (Eds). (2007). *Emergency and Trauma Nursing*. Philadelphia: Mosby.

- Cosimo Marcelo. (2011). Acid-Base Disorders in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pathophysiological Review
- Dougherty, L., & Lister, S. (2015). The royal marsden manual of clinical nursing procedurea, 9thed. Chichester: Willey Blackwell.
- Eckman, M. (2013). Lippincott's: nursing procedures, 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Esther Chang et al. (2012). Patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan. Penerbit: EGC
- Farrer, H. (2001). Perawatan maternitas. Jakarta: EGC.
- Halim Hadi. (2013). Penyakit-Penyakit Gastrointestinal: Buku Ajar Ilmu Penyakit Jilid III Edisi V, Jakarta
- Haryono, R., & Utami, M.P.S (2019). Keperawatan Medical Bedah II. Yogyakarta. Pustaka baru Press
- HIPERCCI PUSAT. (2018). Modul Pelatihan Keperawatan intensif Dasar: Jakarta
- Hockenberry M.J. & Wilson. (2005), Nursing care of infants and children, Seventh Edition, Missouri: Elsevier Mosby
- Icemi Sukarni K dan Wahyu P. (2018). Keperawatan Maternitas. Nuha Medica Yogyakarta.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2016). Konsensus Kebutuhan air pada Anak sehat, Jakarta: Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Isni Hijriana. (2023). Buku ajar etika keperawatan. Jambi: Son Pedia.com.
- Jain S, Iverson LM. (2023). Glasgow Coma Scale. In: StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Diakses dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513298/>
- Kemenkes RI. (2010). Buku saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial: Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar. Direktorat Bina Kesehatan Anak Kemkes RI, Jakarta.
- Kemenkes RI. (2015). Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/91/2017 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Komplikasi Kehamilan

Kozier et.al. (2011) Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktik. Edisi 7, Volume 1. Jakarta: EGC.

Kozier, B., et al (2018). Fundamentals of Canadian nursing: concepts, process, and practice, 4th ed. Ontario: Pearson Canada Inc.

Kusnanto. (2016). Modul Pembelajaran Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit. Surabaya: UNAIR

La Rangki, dkk. (2023). Manajemen Keperawatan. Probolinggo: CV. Eureka Media Aksara

Lestari, T. (2016). Asuhan Keperawatan Anak. Yogyakarta: Nuha Medika.

Lillard P.P. & Lynn Lillard (2012). Montessori: Mendidik anak sejak lahir, Pustaka Pelajar, Jakarta.

Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC. (2013). Keperawatan Maternitas Vol 1. Edisi 8. Bahasa Indonesia.

Luh Mertasari, Wayan Sugandini. (2020). Asuhan masa nifas dan menyusui, Rajawali pers.

Manurung Santa. (2021). Keperawatan Profesional. Jakarta: CV Trans Info Media

Marquis Bessie L, Carol Jorgensen Huston. (2017). Leadership Roles and Management Function in Nursing. Wolters Kluwer Health

Miller C.A. (2012). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practices*. Philadelphia: JB. Lippincott Company

Muhith, A. (2015). Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi. Andi Offset. Yogyakarta.

Murray, Elizabeth. (2017). Nursing Leadership and Management: For

Musniati, Muhsinin Z.S, Kusumawardani D. (2023). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1, Media Sains Indonesia

Nanda Internasional: *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell.

Naqvi, U., & Sherman, A.I. (2023). Muscle strength grading. StatPearls (Internet).

Ngastiah. (2015). Perawatan Anak sakit ed 2. Jakarta. EGC

Nies, M. A., & McEwen, M. (2019). Keperawatan kesehatan komunitas dan keluarga.

- Ningsih, Badi'ah, Mendri dkk. (2022). Keperawatan Anak. Media Sains Indonesia. Bandung
- Nurarif A.H & Kusuma. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda NIC-NOC Ed.I. Jogjakarta: Penerbit Mediaction.
- Nursalam dkk. (2005). Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak untuk Perawat dan Bidan. Jakarta: Salemba Medika.
- Permono, B., dkk. (2006). Buku ajar hematologi-onkologi anak. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Pillitteri A. (2014), Maternal and Child Health Nursing, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P, et al. (2020). Fundamental of nursing, 9th ed. Singapore: Elsevier.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). Fundamentals of Nursing (8th ed.). Missouri: Elsevier.
- Ricci, S.S, & Kyle, T. (2009). Maternity and Pediatric Nursing. Philadelphia: Lippincott.
- Seniwati, dkk. (2022). Buku Ajar Manajemen Keperawatan. Sulteng: CV. Feniks Muda Sejahtera
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2001). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC.
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar keperawatan medical bedah Brunner & Suddarth. Editor Monica Ester. Jakarta. EGC
- Soetjiningsih Ranuh. (2016). Tumbuh kembang anak. Edisi II. Jakarta: EGC
- Stuart & Laraia (2005), *Principle and Practice of Psychiatric Nursing 8th edition*. USA. Mosby.
- Suni, Arsal. (2018). Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika
- Sutanto, Tantut. (2012). Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Aplikasi dan teori, Jakarta: Trans Info Media.
- Sutejo. (2017). Konsep Praktik dan Asuhan Keperawatan Kesehatan jiwa: Gangguan jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Terry dan Susan (2015). Buku Ajar Keperawatan Anak, Jakarta: EGC.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Cetakan III (Revisi). Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

Tim Pokja SPO DPP PPNI. (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional (SPO), Edisi 1, Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tuasikal Hani, Selpina Embuai, Moomina Siauta. (2020). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Desanta Muliavisitama.

Wahid, A & Suprapto, I. (2014). Buku Saku Pemeriksaan Fisik Dasar untuk Mahasiswa Keperawatan. Jakarta: TIM.

Ward J, Clarke R & Linden R. (2009). At a Glance Fisiologi. Jakarta; Erlangga.

Wijayaningsih, Kartika Sari. (2013). Asuhan Keperawatan Anak. Jakarta: Trans Info Media.

Wong, Donna L. (2016). Essentials of Pediatric Nursing. St. Louis, Mosby.

Wong, Donna. I. (2004). Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik. Edisi 4. Jakarta: EGC

Wulandari, D, & Erawati, M. (2016) Buku Ajar Keperawatan Anak. Yogyakarta. Pustaka Belajar.

Wuryaningsih, E.W., dkk. (2018). Keperawatan Kesehatan Jiwa I. Jember: UPT Percetakan dan Penerbit Universitas Jember.

Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo bekerjasama dengan JNPKKR/POGI dan JHPIEGO (program MNH & STARH). (2004). Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Sumber Daya Terbatas. Jakarta.

Yuni, Natalia Erlina. (2018). Kelainan Darah. Yogyakarta: Nuha Medika.

Yupi Supartini. (2004). Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak, EGC, Jakarta.

Yusuf, AH, dkk. (2017). Kebutuhan Spiritual Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan. Jakarta; Mitra Wacana Medika.

Zuliani, dkk (2023). Keperawatan Profesional. Yayasan Kita Menulis

SINOPSIS

Kumpulan Soal Uji Kompetensi DIII Keperawatan dan Pembahasan adalah ujian tertulis untuk mengukur dan menguji kemampuan mahasiswa keperawatan tentang pengetahuan, keterampilan, serta sikap mahasiswa yang diharapkan dapat menjalankan tugasnya sebagai perawat. UKOM diselenggarakan bagi tenaga kesehatan yang ingin mengabdikan dirinya di instansi kesehatan, diwajibkan untuk mengikuti UKOM guna mendapatkan Surat Tanda Registrasi (STR). Kegiatan UKOM sesuai dengan regulasi saat ini adalah penentuan akhir mahasiswa dalam menyelesaikan pendidikan.

UKOM ini adalah kegiatan akhir yang banyak ditakuti oleh mahasiswa, sehingga mahasiswa tersebut harus dapat mempersiapkan diri sebaik mungkin dalam kegiatan tersebut. Untuk itu calon tenaga kesehatan perlu memahami bentuk soal dan cara menjawab soal. Calon tenaga kesehatan sangat perlu mempunyai buku ini.

Buku Soal Uji Kompetensi ini memuat soal-soal dan penjelasan dari jawabannya, sangat mudah dimengerti dan dipahami. Bentuk soal tersebut sudah disesuaikan dengan aturan yang berlaku terdiri dari vignette (kasus), pertanyaan dan option jawaban. Buku ini terdiri dari soal Kegawatdaruratan, Keperawatan Anak, Keperawatan Gerontik, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Medikal Bedah, dan Manajemen Keperawatan.

SOAL UJI KOMPETENSI DIII KEPERAWATAN DAN PEMBAHASAN adalah ujian tertulis untuk mengukur dan menguji kemampuan mahasiswa keperawatan tentang pengetahuan, keterampilan, serta sikap mahasiswa yang diharapkan dapat menjalankan tugasnya sebagai perawat. UKOM diselenggarakan bagi tenaga kesehatan yang ingin mengabdikan dirinya di instansi kesehatan, diwajibkan untuk mengikuti UKOM guna mendapatkan Surat Tanda Registrasi (STR). Kegiatan UKOM sesuai dengan regulasi saat ini adalah penentuan akhir mahasiswa dalam menyelesaikan pendidikan.

UKOM ini adalah kegiatan akhir yang banyak ditakuti oleh mahasiswa, sehingga mahasiswa tersebut harus dapat mempersiapkan diri sebaik mungkin dalam kegiatan tersebut. Untuk itu calon tenaga kesehatan perlu memahami bentuk soal dan cara menjawab soal. Calon tenaga kesehatan sangat perlu mempunyai buku ini.

Buku soal uji kompetensi ini adalah memuat soal-soal dan penjelasan dari jawabannya, mudah dimengerti dan sangat mudah memahami. Bentuk soal tersebut sudah disesuaikan dengan aturan yang berlaku terdiri dari vignette (kasus), pertanyaan dan option jawaban. Buku ini terdiri dari soal kegawatdaruratan, keperawatan anak, keperawatan gerontik, keperawatan jiwa, keperawatan keluarga, keperawatan maternitas, keperawatan medikal bedah, dan manajemen keperawatan.

Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022

ISBN 978-623-8549-12-2

9 786238 549122