

LATIHAN SOAL UJI KOMPETENSI DIII KEPERAWATAN DAN PEMBAHASAN



BONUS VOUCHER DISKON BIMBEL SEPANJANG TAHUN

Muhammad Ardi, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B - Dr. Betty Suprapti, S.Kp., M.Kes - Ns. Keumalahayati, M.Kep., Sp.Mat -
Ns. Titi Astuti. M.Kep., Sp.Mat - Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat - Trimar Handayani, S.Kep., Ns., M.Biomed -
Dimas Ning Pangesti, S.Kep., Ns., M.Kep - Ns. Dede Ri'ayatul Maula, M.Kep - Ns. Henrianto Karolus Siregar, S.Kep., M.Kep., CWCCA -
Ns. Musniati, S.Kep., M.Kep - Ns. Syafrina Arbaani Djuria, S.Kep., M.Kep - Radiah Ilham, S.Tr.Kep., M.Tr.Kep -
Subandiyo, S.Pd., S.Kep., Ns., M.Kes - Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc - Yenni Sasmita, S.Kep., Ners., M.Kep -
Ns. Nevi Kuspiana Lesmana, M.Kep - Ns. Siti Utami Dewi, M.Kes., M.Kep - Tutty Aprianti M, S.Kp., M.Kes - Teresa, S.Kp., M.Kep -
Sari Octarina Piko, SKM., M.Kes - Denicel P. Tetelepta, S.Kep., Ns., M. Kes - Ns.Des Metasari, S.Kep., M.Kes -
Enok Nurliawati, S.Kp., M.Kep - Hilma Yasni, SST, M.Kes - Marlina, SST, S.Kep., Ners., M.Kes -
Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep., M.Kes - Noradina, S.Kep., Ns., M.Biomed -
Ns. Erik Kusuma, S.Kep., M.Kes - Ns. Netty Isnawati, M.Kep - Ns. Rima Novianti, M.Kep - Sri Mudayatiningsih, S.Kp., M.Kes -
Sumartini, S. Kep., Ns., M.Kes - Ns. Wiwi Kustio Priliana., SST., SPd., MPH - Ns. Yuli Erlina, S.Kep., M.Kes -
Ns. Ratna Indah sari Dewi, M.Kep - Ns. Rohmayanti, M.Kep.

LATIHAN SOAL UJI KOMPETENSI

DIII KEPERAWATAN DAN PEMBAHASAN

Penulis

Muhammad Ardi, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B.
Dr. Betty Suprapti, SKp., Mkes.
Ns. Keumalahayati, M.Kep., Sp.Mat., M.Kep., Sp.Mat.
Ns. Titi Astuti, M.Kep., Sp.Mat.
Ulty Desmarnita, S.Kp., Ns., M.Kep., Sp.Mat.
Trimar Handayani, S.Kep., Ns., M.Biomed.
Dimas Ning Pangesti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Dedeher Ri'ayatul Maula, M.Kep.
Ns. Henrianto Karolus Siregar, S.Kep., M.Kep., CWCCA.
Ns. Musniati, S.Kep., M.Kep.
Ns. Syafrina Arbaani Djuria, S.Kep., M.Kep.
Radiah Ilham, S.Tr.Kep., M.Tr.Kep.
Subandiyo, S.Pd., S.Kep., Ns., M.Kes.
Suryanti, S.Kep., Ners., M.Sc.
Yenni Sasmita, S.Kep., Ners., M.Kep.
Ns. Nevi Kuspiana Lesmana, M.Kep.
Ns. Siti Utami Dewi, M.Kes., M.Kep.
Tutty Aprianti M, S.Kp., M.Kes.

Teresa, S.Kp., M.Kep.
Sari Octarina Piko, SKM., M.Kes.
Denicel P. Tetelepta, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Des Metasari, S.Kep., M.Kes.
Enok Nurliawati, S.Kp., M.Kep.
Hilma Yasni, SST., M.Kes.
Marlina, SST., S.Kep., Ners., M.Kes.
Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep., M.Kes.
Noradina, S.Kep., Ns., M.Biomed.
Ns. Erik Kusuma, S.Kep., M.Kes.
Ns. Netty Isnawati, M.Kep.
Ns. Rima Novianti, M.Kep.
Sri Mudayatiningsih, S.Kp., M.Kes.
Sumartini, S.Kep., Ns., M.Kes.
Ns. Wiwi Kustio Priliana., SST., SPd., MPH.
Ns. Yuli Erlina, S.Kep, M.Kes.
Ns. Ratna Indah sari Dewi, M.Kep.
Ns. Rohmayanti, M.Kep.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

LATIHAN SOAL UJI KOMPETENSI DIII KEPERAWATAN DAN PEMBAHASAN

Penulis: Muhammad Ardi, S.Kep., M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B., dkk

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Deni Sutrisno, Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-00-9

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

Seiring dengan perkembangan dunia keperawatan yang semakin dinamis, tantangan untuk memastikan kualitas pelayanan keperawatan juga semakin meningkat. Buku ini hadir sebagai wujud komitmen kami untuk mendukung para calon perawat dalam menghadapi uji kompetensi keperawatan secara nasional, sebuah tahap krusial dalam perjalanan profesional mereka.

"Latihan Soal Uji Kompetensi DIII Keperawatan dan Pembahasan" ini merupakan sarana latihan yang efektif bagi calon perawat dalam menghadapi uji kompetensi dengan metode exit exam. Buku ini dirancang dengan cermat, mencakup berbagai aspek penting dalam praktik keperawatan, sekaligus memberikan pemahaman mendalam melalui pembahasan. Soal-soal yang disajikan disusun oleh dosen-dosen perawat yang ahli dibidangnya dan telah melalui tahapan review berulang oleh dosen-dosen perawat yang kompeten.

Uji kompetensi tidak hanya sekadar langkah formal dalam karir keperawatan, tetapi juga merupakan upaya bersama untuk meningkatkan standar dan kualitas layanan keperawatan. Uji kompetensi ini merupakan salah satu syarat kelulusan mahasiswa bidang kesehatan dari perguruan tinggi berdasarkan Permendikbud Nomor 20 tahun 2020. Dengan memahami konsep-konsep yang diuji dalam buku ini, diharapkan dapat membantu para calon perawat sebagai pembaca untuk mencapai status "Kompeten" sehingga dapat memberikan kontribusi lebih besar dalam menciptakan lingkungan perawatan yang aman, efektif, dan berkualitas.

Ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung penulisan buku ini. Dengan tulus, kami berharap bahwa buku ini dapat menjadi mitra setia bagi para calon perawat untuk mencapai kesuksesan dan status "Kompeten" dalam uji kompetensi keperawatan. Semoga buku ini bermanfaat dan memberikan kontribusi positif dalam perjalanan para calon perawat menuju dunia keperawatan yang penuh tantangan.

Jakarta, Januari 2024

Penulis

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 **Latihan 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.....	13
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN ANAK.....	25
SOAL KEPERAWATAN GERONТИK	53
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GERONTIK	57
SOAL KEPERAWATAN JIWA.....	63
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN JIWA.....	69
SOAL KEPERAWATAN KELUARGA.....	79
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KELUARGA	83
SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS.....	89
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS	105
SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH	137
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH.....	153
SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN	187
PEMBAHASAN SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN	193
DAFTAR PUSTAKA.....	202



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, 49 tahun diantar ke IGD dengan keluhan jatuh dari pohon kelapa, hasil pengkajian: terdapat benjolan bagian belakang kepala, pasien tidak sadarkan diri, TD 80/60 mmHg, frekuensi napas 14x/menit, frekuensi nadi 90x/menit, suhu 35,5°C, GCS 8. Bagaimanakah pengaturan posisi yang tepat pada pasien tersebut?
 - A. chin lift
 - B. head tilt
 - C. jaw trush
 - D. open mouth
 - E. cross-finger technique
2. Seorang perempuan, 33 tahun datang ke IGD dengan luka robek pada pergelangan tangan, hasil pengkajian : perdarahan tampak memancar dengan warna merah segar, TD 110/70 mmHg, frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 100x/menit. Apakah tindakan utama yang dilakukan perawat?
 - A. Balut tekan
 - B. Pasang Infus
 - C. Transfusi darah
 - D. Periksa tanda-tanda vital
 - E. Pasang oksigen 3 liter/menit
3. Seorang perempuan, 37 tahun dibawa ke IGD setelah karena terjatuh dari sepeda motor, hasil pengkajian : TD 70/50 mmHg, frekuensi napas 30x/menit, frekuensi nadi 120x/menit, fraktur terbuka pada paha kiri, perdarahan banyak dan akral teraba dingin. Perawat melakukan balut tekan untuk menghentikan perdarahan dan memberikan oksigen pada pasien tersebut. Apakah tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat?
 - A. Pasang balut bidai
 - B. Berikan infus RL 1000ml
 - C. Atasi sumber perdarahan
 - D. Observasi tanda-tanda vital
 - E. Berikan posisi kepala lebih tinggi
4. Seorang perempuan, 45 tahun, datang ke IGD diantar suaminya, hasil pengkajian , pasien mengatakan nyeri dada saat di rumah, dirasakan tiba-tiba setelah pulang kantor, nyeri dirasakan di dada sebelah kiri menjalar ke lengan, pasien menderita hipertensi sejak 4 tahun yang lalu, TD 160/70 mmHg, frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 88x/menit, telah dilakukan perekaman jantung

didapatkan hasil adanya ST elevasi pada lead II,III dan Avf , dokter IGD mendiagnosis ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI). Dimanakah letak lokasi infarction pada pasien tersebut?

- A. lateral
 - B. Inferior
 - C. Anterior
 - D. Posterior
 - E. Ventrikel kanan
5. Seorang perempuan, 56 tahun dibawa keluarganya ke IGD karena tiba-tiba terjatuh dan tidak sadar setelah datang dari pasar, hasil pengkajian: tingkat kesadaran dengan GCS didapatkan pasien membuka mata apabila diberi rangsang nyeri, pasien berusaha menghindar/menarik lengan atau kakinya ketika diberi rangsang nyeri dan dapat berteriak sambil mengucapkan kata "aduh...", "tidak...". Berapakah nilai GCS pada pasien tersebut?
- A. 5 (E3V1M1)
 - B. 6 (E2V2M2)
 - C. 7 (E2V3M2)
 - D. 8 (E2V4M3)
 - E. 9 (E2V3M4)
6. Seorang laki-laki, 25 tahun, diterima di IGD Puskesmas dengan penurunan kesadaran akibat kecelakaan motor tanpa menggunakan helm. Hasil pengkajian: terdapat memar di leher. Perawat curiga pasien mengalami *fraktur cervical*, sebelum dirujuk dipasang *collar neck*, imobilisasi leher. Apakah prinsip etik yang sudah diterapkan oleh perawat pada kasus tersebut?
- A. *justice*
 - B. *autonomy*
 - C. *beneficience*
 - D. *confidentiality*
 - E. *non-maleficence*
7. Seorang laki-laki 65 tahun, diterima di ruang IGD dengan penurunan kesadaran. Hasil pengkajian, keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit jantung. Pasien mengalami *cardiac arrest* dan akan dilakukan tindakan RJP, tapi keluarga menolak meskipun sudah dijelaskan oleh perawat. Perawat tidak melakukan tindakan RJP sesuai permintaan keluarga. Apakah prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?

- A. justice
 - B. beneficence
 - C. veracity
 - D. autonomy
 - E. fidelity
8. Seorang laki-laki, 25 tahun, dibawa ke IGD akibat kecelakaan. Hasil pengkajian; pasien gelisah, terdapat haematoma pada frontal kepala. TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, frekuensi napas 30x/menit, *cheyne-stokes*, saturasi oksigen 95%. Saat ini pasien telah mendapatkan terapi oksigen. Apakah evaluasi keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. pola nafas membaik
 - B. tingkat jatuh menurun
 - C. pertukaran gas meningkat
 - D. perfusi serebral meningkat
 - E. integritas kulit dan jaringan meningkat
9. Seorang laki-laki, 45 tahun, dibawa ke IGD karena mengalami luka bakar. Hasil pengkajian: keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, suhu 38°C, berat badan 70 kg, luas luka bakar 27%. Berapakah jumlah cairan yang harus diberikan 8 jam pertama pada kasus tersebut?
- A. 1.890
 - B. 3.780
 - C. 7.560
 - D. 1.650
 - E. 2.890
10. Seorang perempuan, 50 tahun, dibawa ke IGD dengan penurunan kesadaran. Hasil pengkajian: hemiparase ekstremitas kanan, sesak nafas, *gurgling*, frekuensi napas 38 x/menit, TD 160/90 mmHg, frekuensi nadi 100 x/menit, suhu 37°C. Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. melakukan *suction*
 - B. melakukan *cross finger*
 - C. melakukan *finger sweep*
 - D. memasang *oropharyngeal airway*
 - E. memasang *nasopharyngeal airway*

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

1. C. Jaw trush

Terdapat benjolan bagian belakang kepala, kecurigaan patah pada tulang leher

- A. chin lift (mengangkat dagu), digunakan apabila tidak ada curiga patah tulang leher
- B. head tilt (menekan dahi), digunakan juga apabila tidak ada curiga patah tulang leher
- C. jaw trush (endorong rahang), digunakan apabila ada kecurigaan patah pada tulang leher
- D. open mouth (membuka mulut), membuka mulut pasien untuk membebaskan jalan napas akibat adanya sumbatan
- E. cross-finger technique, teknik yang digunakan untuk membuka mulut pasien untuk membebaskan jalan napas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teknik membuka dan membebaskan jalan napas.

Referensi:

American Heart Association, AHA Guidelines Highlights, 2020

American Heart Association, AHA Guidelines Highlights, 2015

2. A. Balut tekan

Fokus pada perdarahan yang memancar dengan warna merah segar

- A. Balut tekan adalah tindakan pertama kali dilakukan, adalah penghentian perdarahan pada kondisi gawat darurat untuk mengontrol perdarahan pada pasien tersebut.
- B. Pasang infus adalah tindakan yang dilakukan setelah penghentian perdarahan.
- C. Transfusi darah dilakukan jika ada indikasi (setelah cek LAB, dan hasil menunjukkan adanya penurunan pada kadar HB pasien) dan dilakukan setelah kondisi pasien stabil.
- D. Periksa tanda-tanda vital dilakukan jika kondisi sudah kegawatan sudah tertangani.
- E. Pemberian oksigen jika ada indikasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen perdarahan.

Referensi:

American Heart Association, AHA Guidelines Highlights, 2020

American College of Surgeons, Advance Trauma Life Support, 9th, 2018

3. B. Berikan infus RL 1000ml

Fokus pada perdarahan yang banyak, akral teraba dingin dan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (tanda syok hypovolemik)

- A. Pasang balut bidai adalah tindakan yang dilakukan untuk menangani pasien fraktur setelah perdarahan teratasi
- B. Berikan infus RL 1000ml adalah tindakan resusitasi cairan yang dilakukan setelah upaya penghentian perdarahan dan tetap mempertahankan oksigenasi pasien. Infus RL adalah cairan yang bersifat kristaloid karena mengandung garam yang seimbang, untuk mengatasi kekurangan cairan dan elektrolit yang terjadi akibat perdarahan yang banyak.
- C. Atasi sumber perdarahan, dalam kasus tersebut perawat sudah melakukan balut tekan untuk menghentikan perdarahan.
- D. Observasi tanda-tanda vital dilakukan jika kondisi kegawatan pasien sudah tertangani
- E. Berikan posisi kepala lebih tinggi adalah tindakan yang kurang efektif dilakukan, karena posisi yang lebih tepat pada pasien syok adalah tempatkan pasien dalam kondisi kaki lebih tinggi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen syok.

Referensi:

American Heart Association, AHA Guidelines Highlights, 2020

American College of Surgeons, Advance Trauma Life Support, 9th, 2018

4. B. Inferior

Fokus pada hasil keluhan pasien dan adanya gambaran EKG ST Elevasi pada lead II, III dan Avf

- A. Sadapan dengan depresi segmen ST pada V5-V6,I AvL, infarction location adalah bagian lateral.
- B. Sadapan dengan depresi segmen ST pada lead II, III, Avf infarction location adalah bagian Inferior
- C. Sadapan dengan depresi segmen ST pada V1-V4 infarction location adalah bagian anterior
- D. Sadapan dengan depresi segmen ST pada V7-V9 (lead ini tidak ada pada EKG 12 lead) infarction location adalah bagian posterior
- E. Sadapan dengan depresi segmen ST pada V3R-V4R (lead ini tidak ada pada EKG 12 lead) infarction location adalah bagian ventrikel kanan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang lokasi ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI).

Referensi:

American Heart Association, AHA Guidelines Highlights, 2020

American College of Surgeons, Advance Trauma Life Support, 9th, 2018

5. E. 9 (E2V3M4)

Fokus pada hasil pengkajian dengan skor GCS pasien

- A. 5 (E3V1M1), E3: membuka mata ketika diberikan respon suara atau diperintahkan membuka mata, V1: tidak bersuara sama sekali, M1: tidak ada respon sama sekali.
- B. 6 (E2V2M2), E2: membuka mata ketika diberikan respon suara atau diperintahkan membuka mata, V2: bersuara namun tidak berkata-kata, hanya mengerang saja, M2: satu atau kedua tangan lurus (abnormal ektension) jika ada rangsang nyeri
- C. 7 (E2V3M2), E2: membuka mata ketika diberikan respon suara atau diperintahkan membuka mata, V3: mampu berbicara tapi tidak dapat berkomunikasi, M2: satu atau kedua tangan lurus (abnormal ektension) jika ada rangsang nyeri.
- D. 8 (E2V4M3), E2: membuka mata ketika diberikan respon suara atau diperintahkan membuka mata, V4: cara bicara yang tidak jelas atau diulang-ulang, serta mengalami disorientasi atau tidak mengenali lingkungannya, M3: untuk satu atau kedua tangan menekuk (abnormal flexion) ketika diberikan rangsangan nyeri.
- E. 9 (E2V3M4), E2: membuka mata ketika diberikan respon suara atau diperintahkan membuka mata, V3: mampu berbicara tapi tidak dapat berkomunikasi, M4: menghindari atau menarik tubuh menjauhi stimulus ketika diberi rangsangan nyeri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang skoring GCS.

Referensi:

American Heart Association, AHA Guidelines Highlights, 2020

American College Of Surgeons, Advance Trauman Life support, 9th Edition, 2018

6. E. Non-maleficience

Pemasangan collar neck, immobilisasi leher sebelum dirujuk

- A. justice. Prinsip keadilan (justice) direfleksikan perawat dengan melakukan praktik keperawatan melalui intervensi yang tepat sesuai dengan hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar agar klien mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan tidak relevan dengan kasus
- B. autonomy. Prinsip otonomi menjelaskan bahwa klien diberi kebebasan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri sesuai dengan hakikat manusia yang mempunyai harga diri dan martabat dan tidak relevan dengan kasus
- C. beneficence. Prinsip berbuat baik untuk tujuan mencegah terjadinya kelalaian atau kesalahan (malpraktik) dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dan tidak relevan dengan kasus
- D. confidentiality. Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien yang harus dijaga privasinya. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dilihat dan diketahui untuk tujuan pengobatan klien dan aspek hukum dan tidak relevan dengan kasus
- E. Perawat dalam melakukan praktik keperawatan tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien. Pada kasus ini terdapat memar pada leher kemungkinan mengalami fraktur servikal, maka perawat memasangkan collar neck dan immobilisasi leher saat transportasi dan evakuasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penanganan fraktur cervical dengan 8 fungsi etik sehingga bisa memilih sesuai kasus.

Referensi:

- Kemenkes RI. (2022). Buku Kurikulum Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan
- Kemenkes RI. (2022). Modul Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan.

7. D. Autonomy

Keluarga menolak tindakan RJP meskipun sudah dijelaskan oleh perawat.

- A. justice. Prinsip keadilan (justice) direfleksikan perawat dengan melakukan praktik keperawatan melalui intervensi yang tepat sesuai dengan hukum,

- standar praktik dan keyakinan yang benar agar klien mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan tidak relevan dengan kasus.
- B. beneficence. Prinsip berbuat baik untuk tujuan mencegah terjadinya kelalaian atau kesalahan (malpraktik) dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dan tidak relevan dengan kasus.
- C. veracity. Prinsip veracity adalah memberikan informasi yang benar, akurat, komprehensif dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan informasi oleh klien. Perawat perlu memberitahukan kondisi sesungguhnya pasien namun tetap mempertimbangkan kondisi kesiapan mental klien serta harus berkoordinasi dengan tim kedokteran dan tidak relevan dengan kasus.
- D. Prinsip autonomy menjelaskan bahwa klien diberi kebebasan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri sesuai dengan hakikat manusia yang mempunyai harga diri dan martabat. Keluarga berhak menolak tindakan invasif yang dilakukan oleh perawat. Perawat harus menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya atau keluarganya.
- E. fidelity. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta dapat menyimpan rahasia klien dan tidak relevan dengan kasus.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penanganan henti jantung dengan 8 fungsi etik sehingga bisa memilih sesuai kasus.

Referensi:

- Kemenkes RI. (2022). Buku Kurikulum Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan
- Kemenkes RI. (2022). Modul Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan

8. A. Pola nafas membaik

Frekuensi napas 30x/menit, cheyne-strokes.

- A. Data mayor dari pertukaran gas adalah PCO₂ meningkat, PO₂ menurun, pH arteri meningkat atau menurun, takikardia, bunyi nafas tambahan. Pada kasus tersebut data mayor tidak memenuhi 80% sehingga tidak bisa menegakkan diagnosa.

- B. Pada kasus tersebut terdapat tanda mayor dari pola napas tidak efektif yaitu dyspnea, tachipnoe, napas type cheyne stokes merupakan pola napas cepat dan dalam dan berangsur-angsur dangkal diikuti periode apnea dengan siklus berulang. Kondisi ini dimungkinkan karena adanya depresi pusat napas akibat trauma kepala. Masalah keperawatan utama sesuai data mayor adalah pola nafas tidak efektif maka evaluasi harus sesuai dengan diagnose utama
- C. Data mayor gangguan integritas kulit dan jaringan adalah kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit. Pada kasus diagnosa tersebut bisa ditegakkan tapi bukan masalah keperawatan utama
- D. Risiko jatuh bisa ditegakkan karena ada faktor risiko yaitu penurunan tingkat kesadaran. Pada kasus diagnosa tersebut bisa ditegakkan tapi bukan masalah keperawatan utama
- E. Data mayor risiko perfusi serebral tidak efektif bisa ditegakkan karena ada faktor risiko yaitu cedera kepala. Pada kasus diagnosa tersebut bisa ditegakkan tapi bukan masalah keperawatan utama

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perumusan diagnosa keperawatan berdasarkan data mayor.

Referensi:

- PPNI, T. P. S. D. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Cetakan II. (Dewan Pengurus PPNI (ed.)). Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.

9. A. 1.890

Perhitungan cairan dengan rumus baxter.

- A. Rumus : LLB x BB x 2%

$$\text{LLB}=27\%, \text{BB}=70 \text{ Kg}$$

$$27 \times 70 \times 2 = 3.780$$

Setengah dari 3.780 adalah 1.890

Cairan diberikan setengah (1.890 ml) dalam 8 jam dari kejadian, dan sebanyak 1.890 ml lagi diberikan dalam 16 jam berikutnya

- B. Jumlah cairan tidak relevan dengan rumus
- C. Jumlah cairan tidak relevan dengan rumus
- D. Jumlah cairan tidak relevan dengan rumus
- E. Jumlah cairan tidak relevan dengan rumus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen cairan pada luka bakar.

Referensi:

Kemenkes RI. (2022). Buku Kurikulum Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan

Kemenkes RI. (2022). Modul Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan

10.A. Melakukan *suction*

Ada gurgling

- A. Gurgling adalah hambatan saluran napas seperti suara berkumur akibat adanya cairan pada tenggorokan, beda dengan snoring/mendengkur adalah hambatan jalan napas akibat terhalang oleh pangkal lidah. Pada kasus tersebut tindakan yang paling tepat adalah dilakukan suction karena jalan napas terhambat oleh cairan.
- B. cross finger adalah tindakan untuk memeriksa jalan nafas terutama di daerah mulut
- C. finger sweep dilakukan bila jalan nafas tersumbat karena adanya benda asing pada rongga mulut belakang atau hipofaring seperti gumpalan darah, muntahan, benda asing lainnya sehingga hembusan nafas hilang. Tapi tindakan ini tidak bisa dilakukan pada kasus gurgling karena ada pilihan tindakan lain yang efektif seperti suction
- D. oropharyngeal airway digunakan untuk menjaga atau membuka saluran udara pasien dalam perawatan darurat di luar rumah sakit dan untuk manajemen saluran udara jangka pendek dan tidak relevan dengan kasus
- E. nasopharyngeal airway adalah salah satu airway adjunct yang bermanfaat dalam penatalaksanaan jalan nafas pasien dengan penurunan kesadaran dan tidak relevan dengan kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penatalaksanaan pada masalah di airway.

Referensi:

Maisyaroh, A., Widianto, E. P., Sari, R. D. F., Zuraidah, I., & Toha, M. (2022).

Keperawatan Gawat Darurat, Manajemen Bencana dan Keperawatan Kritis.

Jember: UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember

SOAL

KEPERAWATAN ANAK

1. Seorang anak laki-laki, 7 tahun dirawat di RS. Hasil pemeriksaan: nadi tidak teraba, TD : 90 mmHg, akral dingin, kulit tampak biru, epistaksis, hematemesis dan melena. Apakah masalah keperawatan yang muncul berdasarkan data pada kasus tersebut?
 - A. Hipotermia
 - B. Defisit volume cairan
 - C. Risiko syok hipovolemia
 - D. Gangguan perfusi jaringan
 - E. Risiko gangguan integritas kulit
2. Seorang anak laki-laki, 3 tahun, baru masuk RS karena mengalami demam sejak 3 hari yang lalu dan saat ini suhu 38°C. Saat perawat akan melakukan pemeriksaan fisik, anak menangis, berteriak, dan menolak kehadiran perawat dan-tatapan tertuju pada peralatan pemeriksaan fisik yang dibawa oleh perawat. Apakah tindakan yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
 - A. mengajak anak bermain sesuai yang diinginkan
 - B. memberitahukan kondisi yang terjadi saat ini pada anak
 - C. mengajak anak berbicara dengan suara yang lembut dan pelan
 - D. memberikan kesempatan pada anak untuk menyentuh alat pemeriksaan
 - E. memotivasi anak untuk mengekspresikan kecemasannya dengan tenang
3. Seorang bayi laki-laki, 6 bulan dirawat di RS dengan keluhan sesak, bunyi napas ronkhi pada area paru dekstra bawah dan mendapat terapi inhalasi Ventolin. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
 - A. Infeksi jalan nafas
 - B. obstruksi jalan nafas
 - C. pola nafas tidak efektif
 - D. gangguan pertukaran gas
 - E. tidak efektifnya bersihan jalan nafas
4. Seorang bayi perempuan, usia 1 minggu, dirawat di ruang NICU. Hasil pengkajian, ibu pasien mengatakan bayi lahir ketika usia gestasi 31 minggu, BB: 2.500 gram, PB: 50 cm, reflek hisap belum ada, dirawat terpisah dengan ibu dan ibu tidak dapat memberikan ASI karena kedua payudaranya telah diangkat. Apakah tindakan yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
 - A. pemasangan OGT
 - B. mengkaji status nutrisi
 - C. pemeriksaan antropometri

- D. pemberian susu formula melalui cawan
 - E. memberikan susu formula melalui oral dengan sendok
5. Seorang anak laki-laki berusia 2,5 tahun, dibawa oleh ibunya ke puskemas karena anak makan 5x sehari dalam porsi yang besar. Hasil pemeriksaan BB: 20 kg, TB: 90 cm, anak sudah mendapatkan imunisasi lengkap. Sudah bisa berjalan, mampu berbicara beberapa kata dan dapat menyebutkan gambar dan nama-nama hewan. Apakah pendidikan kesehatan yang tepat diberikan oleh perawat pada kasus tersebut?
- A. Stimulasi pertumbuhan
 - B. Stimulasi perkembangan
 - C. Gizi seimbang
 - D. Diet TKTP
 - E. Imunisasi
6. Seorang anak perempuan, 3 bulan, dibawa ibunya ke poli tumbuh kembang untuk di imunisasi. Hasil pemeriksaan perawat : bayi sudah dapat mengangkat kepala setinggi 45⁰. Apa jenis perkembangan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Motorik kasar
 - B. Motorik halus
 - C. Personal sosial
 - D. Bahasa
 - E. Kemandirian
7. Seorang anak, 2 bulan dibawa ibunya ke poli anak karena ibu khawatir ada pembengkakan di lengan kanan anak di tempat suntikan imunisasi. Ibu mengatakan 2 minggu yang lalu anak habis di imunisasi. Apakah imunisasi yang baru saja diberikan pada anak?
- A. DPT
 - B. Polio
 - C. Hepatitis
 - D. BCG
 - E. Campak
8. Seorang anak laki-laki, 24 bulan dibawa ibunya menemui perawat dan menanyakan apakah anak sudah siap untuk diajarkan toilet training. Perawat menanyakan pada ibu kesiapan mental anak untuk *toilet training*. Apakah pertanyaan yang harus ditanyakan perawat kepada ibu?

- A. Apakah anak sudah bisa jongkok?
B. Apakah anak sudah bisa membuka baju sendiri
C. Apakah anak mampu mengatakan keinginan untuk BAB dan BAK baik verbal maupun non verbal?
D. Apakah orang tua mengakui kesiapan anak?
E. Apakah orang tua mau meluangkan waktu untuk mengajarkan *toilet training*?
9. Seorang anak laki-laki, 4 tahun, selalu ingin keluar rumah. Bila ibu membuka pintu rumah anak akan langsung berlari keluar. Ibu khawatir anak terjatuh dan tertabrak kendaraan yang lewat. Apakah upaya yang dapat dilakukan oleh ibu?
A. Membuat lantai rumah tetap kering
B. Menyimpan benda-benda tajam di tempat yang aman
C. Amankan korek api
D. Pasang pengaman di tangga
E. Ajarkan anak menyeberang jalan
10. Seorang anak laki-laki usia 3 tahun dirawat di ruang anak RS dengan Anemia. Seorang perawat akan menerapkan prinsip etik memberikan asuhan keperawatan pada anak tersebut dengan tidak membedakan dengan anak yang lain. Apa maksud prinsip etik pada kasus tersebut?
A. *Justice*
B. *Veracity*
C. *Autonomy*
D. *Beneficence*
E. *Confidentiality*
11. Seorang anak Perempuan usia 11 bulan, dirawat di ruang anak RS dengan diagnosa medis Thalasemia. Seorang perawat melakukan pengkajian perkembangan kognitif, dan didapatkan data anak sudah bisa memegang cangkir yang diberikan oleh perawat. Menurut Jean Piaget apa perkembangan kognitif pada kasus tersebut?
A. Sensori motor
B. Pra Operasional
C. Operasional
D. Operasional Formal
E. Post Operasional

12. Seorang perawat melakukan test Denver Developmental Screening Test II (DDST II) pada seorang anak perempuan (umur 5 tahun). Item yang ditest kan yaitu berjalan naik tangga dengan hasil anak dapat melakukan test pada item yang berada di sebelah kanan garis umur ($>75\%$). Apa hasil test DDST II pada kasus tersebut?
- A. Delay
 - B. Normal
 - C. Caution
 - D. Advanced
 - E. No Opportunity
13. Seorang perawat akan melakukan test Denver Developmental Screening Test II pada seorang anak perempuan umur 5 tahun. Pada saat di test pada sektor bahasa anak tersebut gagal menyebut nama teman. Apakah skor perkembangan bahasa pada kasus tersebut?
- A. Pass
 - B. Fail
 - C. Refusal
 - D. Caution
 - E. No Opportunity
14. Seorang bayi laki-laki usia 10 bulan, dibawa ibunya ke Puskesmas dengan keluhan batuk dan sukar bernapas. Seorang perawat menghitung pernapasan pada anak tersebut. Hasil pemeriksaan didapatkan nafas cepat. Berapa kriteria nafas cepat pada kasus tersebut?
- A. $> 30 \text{ X / menit}$
 - B. $> 34 \text{ X / menit}$
 - C. $> 40 \text{ X / menit}$
 - D. $> 50 \text{ X / menit}$
 - E. $> 60 \text{ X / menit}$
15. Anak laki – laki, 5 tahun, 3 bulan, masuk UGD karena mengalami sesak. Hasil pengkajian, ibu mengatakan anaknya mengalami batuk, kadang sesak napas, sulit mengeluarkan dahak dan demam tinggi sejak 3 hari yang lalu, compos mentis, suhu tubuh $39,5^\circ\text{C}$, frekuensi nadi 130x/menit, frekuensi napas 39 x/menit, terdapat cuping hidung, Hb 13,1 gr/%, Ht 39 %, Leukosit 16900/mm³, trombosit 283.000/mm³. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Gangguan pertukaran gas
 - B. Pola napas tidak efektif
 - C. Intoleransi aktivitas
 - D. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - E. Gangguan ventilasi spontan
16. Anak laki – laki, 5 tahun 3 bulan, dirawat di ruang rawat inap karena mengalami sesak. Hasil pengkajian: batuk, sesak napas, sulit mengeluarkan dahak, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi nafas 32 x/menit, terpasang oksigen 5 liter/menit menggunakan nasal kanule. Perawat hendak melakukan tindakan keperawatan yang akan memudahkan rontoknya slem/lendir yang menempel pada paru – paru anak. Apakah tindakan mandiri perawat yang tepat pada kasus tersebut?
- A. berikan obat melalui inhalasi
 - B. latih anak batuk efektif
 - C. lakukan fisioterapi dada
 - D. berikan cukup cairan
 - E. berikan istirahat yang cukup
17. Seorang batita perempuan, satu tahun, saat ini dirawat di ruang rawat anak, mengalami Diare. Hasil pengkajian, Ibu mengatakan anaknya BAB cair, warna kuning kehijauan, sudah 4 hari, rewel, mata cekung, ketika diberi minum anak minum dengan lahap, cubitan kulit perut kembali lambat, frekuensi nadi 68x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 38°C BB 8,5 Kg. Perawat mempersiapkan anak mendapatkan terapi cairan parenteral (infus), perawat melakukan dilatasi vena dengan memasang *Tourniquet* atau tali pembendung. Apakah tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Kompres hangat pada area insersi
 - B. Bersihkan daerah yang akan diinsersi dengan menggunakan *alkohol swab*.
 - C. Insersikan kateter pada vena dengan sudut 10 - 30° dengan tangan dominan
 - D. Sambungkan kateter intravena dengan set infus dan alirkan cairan ke dalam vena
 - E. Rendahkan sudut insersi saat terlihat darah pada ruang kateter dan tarik sedikit stilet
18. Seorang batita perempuan, satu tahun, dirawat di ruang rawat anak hari ke 3, karena Diare. Hasil pengkajian, Ibu mengatakan BAB anaknya sudah lebih banyak ampas dari air, turgor kulit kembali cepat, sebelumnya kembali lambat,

BAK 6 – 7 kali perhari, warna urine kuning jernih, membran mukosa lembab, suhu tubuh menurun. Apakah indikator keberhasilan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. turgor kulit meningkat
 - B. output urin meningkat
 - C. frekuensi nadi membaik
 - D. intake cairan membaik
 - E. membran mukosa lembab
19. Seorang bayi laki-laki, 6 bulan, dirawat di ruang rawat anak dengan Hidrocephalus. Hasil pengkajian: Kepala bayi membesar, Kaki dan tangan berkontraksi terus-menerus, selalu mengantuk dan kurang responsif terhadap lingkungan, mengalami kejang secara berulang dan prognosis buruk. Perawat secara periodik mengganti posisi bayi tersebut dengan sangat berhati – hati dan senantiasa memperlakukan bayi tersebut sama seperti bayi lainnya. Apakah prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- A. Otonomi
 - B. Non maleficence
 - C. Beneficence
 - D. Justice
 - E. Fidelity
20. Seorang anak laki-laki, 8 tahun dirawat di Irna Anak dengan keluhan buang air besar cair 12-14 kali/hari, selama berapa hari 3 hari. Hasil pengkajian, anak mengatakan mules, nyeri pada abdomen, lemas, frekuensi nadi 100x/menit, suhu 38,5°C, turgor kembali lambat, mata cekung. Apakah masalah keperawatan yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. diare
 - B. nyeri akut
 - C. hipertermia
 - D. hypovolemia
 - E. risiko hypovolemia
21. Batita perempuan, 3 tahun, masuk ke UGD karena mengalami kejang. Hasil pengkajian, ibu pasien mengatakan anak mengalami demam sejak 2 hari yang lalu, kejang sejak 7 jam sebelum dibawa ke RS, kejang terjadi 1 kali dengan durasi 2 menit, ada muntah dan batuk serta penurunan kesadaran, suhu 39,5°C

- dan leukosit 14200 mm^3 . Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. hipertermi
 - B. resiko injuri
 - C. risiko hipovolemia
 - D. bersihan jalan nafas tidak efektif
 - E. gangguan perfusi jaringan serebral
22. Usul saya soal tidak disertakan karena sangat sederhana dan tidak membuat mahasiswa berfikir kritis. Apakah imunisasi yang harus perawat persiapkan bagi bayi tersebut?
- A. Varicela dan Vaksin Hepatitis B
 - B. MMR, HiB dan DPT
 - C. DPT, MMR dan IPV
 - D. BCG, Hepatitis B, Varicela, IPV dan DPT
 - E. DPT, HiB, IPV, PCV dan RV
23. Seorang anak perempuan, 9 tahun, masuk rumah sakit karena sesak nafas. Hasil pengkajian: frekuensi nafas 28x/menit, frekuensi nadi 110x/menit, SpO_2 90%, diagnosis perifer. Anak mendapatkan oksigen 5 liter/menit menggunakan masker/sungkup sederhana. Berapakah persentase oksigen yang diberikan pada kasus tersebut?
- A. 31%
 - B. 41%
 - C. 51%
 - D. 71%
 - E. 81%
24. Seorang batita perempuan, 20 bulan dibawa ibunya ke UGD dengan keluhan BAB cair lebih dari 10 kali dalam sehari. Hasil pengkajian: ubun-ubun teraba cekung, turgor kulit kembali lambat, frekuensi nadi 120 x/menit, frekuensi nafas 36 x/menit, suhu $37,7^\circ\text{C}$. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Timbang BB anak
 - B. Berikan cairan infus
 - C. Kaji toleransi pemberian makanan
 - D. Observasi intake dan output cairan
 - E. Beri larutan rehidrasi oral sedikit tapi sering

25. Seorang bayi perempuan, 6 bulan dibawa orang tuanya ke UGD dengan keluhan lemas. Hasil pengkajian: mukosa bibir dan mulut kering, ubun-ubun cekung, rewel dan menangis frekuensi napas 26x/ menit, frekuensi nadi 120x/menit, dan berontak Ketika disentuh perawat, Bayi mendapatkan terapi infus dextrose 5%, perawat melakukan pemasangan infus, setelah dicoba beberapa kali ternyata gagal dan akhirnya perawat menunda pemasangan infus. Apakah prinsip etik yang diabaikan oleh perawat pada kasus tersebut?
- A. Efidence
 - B. Beneficence
 - C. Maleficence
 - D. Justice
 - E. Veracity
26. Seorang batita laki-laki, 2 tahun 5 bulan dibawa keluarganya ke UGD dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: terdapat retraksi intercostae dada, frekuensi nadi 130 x/menit, frekuensi napas 42 x/menit, suhu tubuh 37,6°C. Apakah tindakan utama pada kasus tersebut?
- A. Monitor kesadaran
 - B. Berikan terapi oksigen
 - C. Monitor irama pernapasan
 - D. Posisikan pasien semifowler
 - E. Monitor pergerakan dinding dada
27. Sekelompok anak, sedang bermain peran. Dalam permainan tersebut, ada yang berperan sebagai orang dewasa, berperan sebagai ibu dan sebagai guru. Apakah jenis permainan yang dilakukan anak tersebut?
- A. *skill play*
 - B. *dramatic play*
 - C. *associative play*
 - D. *cooperative play*
 - E. *sense of pleasure play*
28. Balita perempuan, umur 5 tahun, baru dirawat di ruang perawatan anak. Saat perawat mendekati anak untuk melakukan pemeriksaan fisik, anak selalu mengamuk. Bagaimanakah sikap perawat berdasarkan kasus tersebut?
- A. mengabaikan anak
 - B. mengatasi perilaku agresifnya
 - C. memilih komunikasi yang tepat sesuai tingkatan usia

- D. melakukan restrain dan pemeriksaan fisik secara cepat
E. melakukan komunikasi melalui orang tua terlebih dahulu
29. Bayi perempuan, dirawat di ruang perinatologi dengan hiperbilirubinemia. Hasil pengkajian : bayi menolak menyusu, kulit dan sklera kuning, suhu tubuh 36,5°C, frekuensi napas 38 x/menit, frekuensi nadi 120 x/menit, kadar bilirubin serum total > 5 mg/dL. BB 2300 gram dan TB 46 cm. Apakah masalah keperawatan yang tepat?
A. hipotermia
B. defisit nutrisi
C. ikterik neonatus
D. menyusui tidak efektif
E. termoregulasi tidak efektif
30. Anak perempuan, umur 6 tahun, di rawat di RS, dengan panas menjelang malam hari. Hasil pengkajian: lidah kotor, suhu 39°C, frekuensi nadi 93x/menit, frekuensi napas 22x/menit, dan anak rewel. Hasil laboratorium: widal positif. Apakah implementasi kolaboratif yang tepat pada kasus tersebut?
A. Memberikan obat antibiotik
B. Memberikan obat antipiretik
C. Memberikan obat antiemetic
D. Memberikan obat antiinflamasi
E. Memberikan obat antikonvulsan
31. Seorang perawat sedang melakukan pemeriksaan DDST pada balita Perempuan. Perawat meminta anak untuk berlari dan berjalan menaiki tangga. Apakah jenis keterampilan anak yang sedang dikaji oleh perawat?
A. bahasa
B. kognitif
C. motorik halus
D. motorik kasar
E. personal sosial
32. Bayi laki-laki, usia 8 minggu, dibawa ke poli anak oleh ibunya. Hasil pengkajian, Ibu pasien mengatakan anaknya hanya minum ASI, lebih dari 10 kali dalam sehari, tetapi tidak lama dan saat lahir berat badanya 2900 gram. BB : 4 kg, payudara ibu teraba keras. Apakah pengkajian utama pada kasus tersebut?
A. Riwayat antenatal

- B. Pemberian susu formula
 - C. Riwayat berat badan saat lahir
 - D. Posisi bayi benar saat ibu menyusui
 - E. Alat yang digunakan untuk memberikan susu pada bayi
33. Batita perempuan, 2 tahun, di rawat di bawah rumah sakit karena lemas dan tidak mau makan, minum. Hasil pengkajian, ibu pasien mengatakan anak mempunyai riwayat kejang demam dan sudah 3 hari batuk, pilek, saat ini Suhu tubuh 39°C, frekuensi napas 30 x/menit. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Hipotermia
 - B. Risiko Cedera
 - C. Resiko infeksi
 - D. Intoleransi aktivitas
 - E. Defisit Nutrisi
34. Bayi laki-laki, 3 bulan dibawa ibunya ke posyandu untuk imunisasi. Hasil pengkajian, ibu pasien mengatakan anaknya sudah mendapatkan imunisasi Hb0, BCG dan polio 1. Apakah imunisasi yang harus diberikan pada bayi tersebut?
- A. HB 1 – Polio 2 - DTP 1 – Hib 1
 - B. HB 1 – Polio 2 – DTP 2 – Hib 1
 - C. HB 2 – Polio 1 - DTP 1 – Hib 2
 - D. HB 2 – Polio 2 - DTP 2 – Hib 1
 - E. HB 1 – Polio 1 - DTP 1 – Hib 1
35. Balita laki-laki, 4 tahun dirawat di ruang anak dengan diagnosa medis leukimia post kemoterapi ke 3. Hasil pengkajian : pasien terlihat lemas, stomatitis dimulut, tidak mau makan dan minum, membran mukosa bibir kering. Perawat akan memasang NGT, alat sudah disiapkan dan didekatkan, cuci tangan dan memakai sarung tangan. Apakah langkah selanjutnya pada kasus tersebut ?
- A. Membersihkan hidung
 - B. Mengukur Selang NGT
 - C. Memasukan selang NGT
 - D. Memposisikan pasien Semi Fowler
 - E. Memberikan jelly pada selang NGT

36. Balita laki-laki, 3 tahun dibawa ke poli MTBS dengan keluhan demam naik turun sudah 4 hari. Hasil pengkajian : demam pasien diklasifikasikan sebagai demam mungkin bukan dengue. Kapankah kunjungan segera dilakukan pada kasus diatas?
- A. Bila napas cepat
 - B. Bila anak sulit bernafas
 - C. Bila anak nyeri perut hebat
 - D. Bila anak tidak mau makan
 - E. Bila anak berak bercampur darah

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN ANAK

1. C. Risiko syok hypovolemia

Nadi tidak teraba, TD 90 mmHg, akral dingin, kulit tampak biru, epistaksis, hematemesis dan melena.

Option a → hipotermia tidak terjadi karena tidak ada data penurunan suhu tubuh

Option b → defisit volume cairan tidak terjadi karena tidak ada jumlah intake dan output cairan

Option c → risiko syok hypovolemia karena nadi tidak teraba, tekanan darah 90 mm/Hg, akral dingin merupakan tanda dan gejala gangguan sirkulasi. Epistaksis, hematemesis dan melena dapat menyebabkan syok hypovolemia

Option d → gangguan perfusi jaringan karena tidak ada keluhan pusing, dan CRT tidak kurang dari 2 detik

Option e → risiko gangguan integritas kulit, karena kulit tampak biru bukan karena injuri tapi karena gangguan sirkulasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang keseimbangan cairan dan elektrolit dan tanda-tanda syok hipovolemik.

Referensi:

Purwanti. N.H. (2017) Tinjauan Elsevier Keperawatan Anak. Singapore. Elsevier.

2. D. Memberikan kesempatan pada anak untuk menyentuh alat pemeriksaan.

Anak menangis, berteriak, dan menolak kehadiran perawat dan tatapan tertuju pada peralatan pemeriksaan fisik yang dibawa oleh perawat.

Option a → mengajak anak bermain sesuai yang diinginkan, tindakan ini tidak tepat dilakukan karena anak sedang mengalami cemas dan takut

Option b → memberitahukan kondisi yang terjadi saat ini pada anak. Hal ini kurang tepat dilakukan karena anak mengalami cemas dan takut

Option c → mengajak anak berbicara dengan suara yang lembut dan pelan. Hal ini tidak dapat dilakukan karena anak sedang ketakutan dan mengalami stranger anxiety

Option d → memberikan kesempatan pada anak untuk menyentuh alat pemeriksaan. Hal ini adalah tindakan yang tepat karena sesuai dengan tahap perkembangan usia toddler yaitu anak sedang belajar mempelajari lingkungan sekitar dan rasa ingin tahu yang besar hal ini dapat mengurangi ketakutan anak

Option e → memotivasi anak untuk mengekspresikan kecemasannya dengan tenang. Hal ini tidak tepat dilakukan karena tidak sesuai dengan tahap perkembangan anak usia toddler.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahap perkembangan, hospitalisasi pada anak.

Referensi:

Oktiawati, A, Khodijah, Setyaningrum, I, Dewi, R.C. (2017) Teori dan Konsep Keperawatan Pediatrik. Jakarta. CV. Trans Info Media.

3. E. Tidak efektifnya bersihan jalan nafas.

usia 6 bulan

Option a → infeksi jalan nafas, tidak tepat karena infeksi jalan napas bukan merupakan masalah keperawatan

Option b → obstruksi jalan nafas, Tidak tepat karena tidak ada data pendukung

Option c → pola nafas tidak efektif, kurang tepat karena terdapat data bunyi nafas ronkhi pada area paru dekstra bawah menunjukkan adanya peningkatan produksi sekret yang dapat mengganggu jalan napas

Option d → gangguan pertukaran gas, tidak ada data yang mendukung seperti darah, hasil analisa gas PO2 dan PCO2

Option e → tidak efektifnya bersihan jalan nafas, Tepat karena terdapat data yang mendukung yaitu sesak, bunyi napas ronkhi pada area paru dekstra bawah dan mendapat terapi inhalasi Ventolin, jika tidak segera diatasi maka akan mengancam jiwa anak.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada anak dengan masalah sistem pernafasan.

Referensi:

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). Pedoman Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta. DPP PPNI.

4. A. Pemasangan OGT

Usia gestasi 31 minggu, refleks hisap belum ada.

Option a → tindakan yang tepat yaitu pemasangan OGT karena anak lahir dengan usia gestasi < 32 minggu. Refleks menelan muncul pada usia gestasi 32 minggu

Option b → tidak tepat karena mengkaji status nutrisi merupakan tindakan pengkajian

Option c → tidak tepat karena pemeriksaan antropometri termasuk tindakan pengkajian yang dilakukan untuk menentukan diagnosis keperawatan

Option d → tidak tepat karena pemberian makan melalui cawan dilakukan jika reflek menelan sudah ada, pada kasus reflek menghisap belum ada.

Option e → tidak tepat karena memberikan makan melalui oral dengan sendok sama dengan memberikan makan melalui cawan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kebutuhan nutrisi pada anak.

Referensi:

Dewi, S. (2018). Modul Praktikum Keperawatan Anak. Jakarta. AIPViKI.

5. C. Gizi Seimbang

Makan 5x sehari, BB 20 Kg dengan usia 2,5 tahun Pertumbuhan, Gizi

- A. Stimulasi pertumbuhan hanya diberikan kepada anak yang kekurangna gizi, sementara di kasus anak Gizi berlebih
- B. Stimulasi Perkembangan : perkembangan anak sudah sesuai dengan usia tetapi dalam kasus masalah yang paling utama adalah gizi berlebih
- C. Gizi Seimbang : jawaban yang paling tepat karena anak makan lebih dari 5x sehari dengan porsi besar dan BB melebihi batas normal anak usia 2,5 tahun
- D. Diet TKTP : anak di dalam kasus tergolong gizi berlebih sehingga tidak perlu diet tinggi kalori dan protein
- E. Imunisasi : anak sudah mendapatkan imunisasi lengkap sehingga tidak perlu lagi mendapatkan penkes tentang imunisasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tumbuh kembang anak terutama anak usia Toddler.

Referensi:

Hidayat, Aziz Alimul A (2012), Pengantar Ilmu Keperawatan Anak, Jakarta: Salemba Medika

Ridha (2014) Buku Ajar Keperawatan Anak, Cetakan I, Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Setiawan, dkk (2014), Keperawatan anak & Tumbuh Kembang, Yogyakarta: Nuha Medika

Sutini (2018), Modul Ajar Konsep Keperawatan Anak, Jakarta: AIPVIKI.

6. A. Motorik Kasar

Bayi sudah dapat mengangkat kepala 450 Perkembangan Anak, Motorik kasar

- A. Motorik kasar: perkembangan motoric kasar bayi usia 3 bulan Bayi sudah dapat mengangkat kepala 450
- B. Motorik halus: perkembangan motorik halus bayi usia 3 bulan adalah bayi mulai memainkan jari-jarinya
- C. Personal sosial: perkembangan personal sosial bayi usia 3 bulan adalah mulai tersenyum, tertawa/bersuara keras bila digelitik
- D. Bahasa: perkembangan Bahasa bayi usia 3 bulan adalah mulai mengoceh/mengeluarkan suara-suara
- E. Kemandirian: perkembangan kemandirian bayi usia 3 bulan adalah belum terlihat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perkembangan usia bayi.

Referensi:

Hidayat, Aziz Alimul A (2012), Pengantar Ilmu Keperawatan Anak, Jakarta: Salemba Medika

Ridha (2014) Buku Ajar Keperawatan Anak, Cetakan I, Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Setiawan, dkk (2014), Keperawatan anak & Tumbuh Kembang, Yogyakarta: Nuha Medika

Sutini (2018), Modul Ajar Konsep Keperawatan Anak, Jakarta: AIPVIKI

7. D. BCG

Ada pembengkakan di lengan kanan setelah 2 minggu diimunisasi Imunisasi dasar pada anak.

- A. DPT : efek sampingnya demam tinggi , nyeri yang akan hilang setelah 2 hari
- B. Polio : efek sampingnya adalah pusing, diare ringan
- C. Hepatitis : efek sampingnya adalah nyeri sendi, panas, mual
- D. BCG : efek sampingnya adalah Bengkak di area suntikan setelah 2 minggu diimunisasi

E. Campak : efek sampingnya adalah nyeri, demam

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang imunisasi dasar pada anak.

Referensi:

Hidayat, Aziz Alimul A (2012), Pengantar Ilmu Keperawatan Anak, Jakarta: Salemba Medika

Ridha (2014) Buku Ajar Keperawatan Anak, Cetakan I, Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Setiawan, dkk (2014), Keperawatan anak & Tumbuh Kembang, Yogyakarta: Nuha Medika

Sutini (2018), Modul Ajar Konsep Keperawatan Anak, Jakarta: AIPVIKI

8. C. Apakah anak mampu mengatakan keinginan untuk BAB dan BAK baik Verbal maupun non verbal?

Kesiapan mental anak dalam toilet training. Toilet Training dan kesiapan mental

A. Apakah anak sudah bisa jongkok? : kesiapan fisik anak dalam toilet training

B. Apakah anak sudah bisa membuka baju sendiri : kesiapan fisik anak dalam toilet training

C. Apakah anak mampu mengatakan keinginan untuk BAB dan BAK baik verbal maupun non verbal?: kesiapan mental anak dalam toilet training

D. Apakah orang tua mengakui kesiapan anak? : kesiapan orang tua dalam toilet training

E. Apakah orang tua mau meluangkan waktu untuk mengajarkan toilet training? kesiapan orang tua dalam toilet training

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Toilet training pada anak

Referensi:

Hidayat, Aziz Alimul A (2012), Pengantar Ilmu Keperawatan Anak, Jakarta: Salemba Medika

Ridha (2014) Buku Ajar Keperawatan Anak, Cetakan I, Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Setiawan, dkk (2014), Keperawatan anak & Kembang, Yogyakarta: Nuha Medika

Sutini (2018), Modul Ajar Konsep Keperawatan Anak, Jakarta: AIPVIKI

9. E. Ajarkan anak menyeberang jalan

Anak usia 4 tahun berlari keluar bila pintu rumah terbuka Pencegahan Kecelakaan pada anak dan Anticipatory Guidance

- A. Membuat lantai rumah tetap kering : pencegahan kecelakaan pada anak usia toddler
- B. Menyimpan benda-benda tajam di tempat yang aman : pencegahan kecelakaan pada anak usia toddler
- C. Amankan korek api : pencegahan kecelakaan bila anak bermain korek api
- D. Pasang pengaman di tangga: pencegahan kecelakaan bila anak sering naik tangga
- E. Ajarkan anak menyeberang jalan : pencegahan kecelakaan bila anak sering berlari keluar dan menyeberang jalan yang berpotensial terjadinya kecelakaan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Pencegahan kecelakaan pada anak dan Anticipatory Guidance.

Referensi:

- Hidayat, Aziz Alimul A (2012), Pengantar Ilmu Keperawatan Anak, Jakarta: Salemba Medika
- Ridha (2014) Buku Ajar Keperawatan Anak, Cetakan I, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Setiawan, dkk (2014), Keperawatan anak & Tumbuh Kembang, Yogyakarta: Nuha Medika
- Sutini (2018), Modul Ajar Konsep Keperawatan Anak, Jakarta: AIPVIKI

10.A. Justice

Prinsip Etik keperawatan anak

Penjelasan:

- A. Justice → perawat memperlakukan pasien secara sama dan adil dan menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan
- B. Veracity → perawat menyampaikan kebenaran dan jujur pada setiap klien
- C. Autonomy → Perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya
- D. Beneficence → Perawat melakukan sesuatu yang baik kepada diri sendiri, pasien dan keluarga

E. Confidentiality → Perawat melakukan tindakan tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Prinsip Etik dalam Keperawatan Anak.

Referensi:

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

11.A. Sensori motor

Pertumbuhan dan Perkembangan Anak, Perkembangan kognitif

Penjelasan:

4 Tahap Perkembangan kognitif menurut Jean Piaget :

- A. Sensori motor → Usia 0-2 tahun
- B. Pra operasional → Usia 2-7 tahun
- C. Operasional → Usia 7-11 tahun
- D. Operasional Formal → Usia 11-18 tahun
- E. Post Operasional → tidak ada

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Pertumbuhan dan Perkembangan Anak, Perkembangan kognitif menurut Jean Piaget.

Referensi:

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

12.D. Advanced

Denver Developmental Screening Test II, Hasil test

Penjelasan:

- A. Delay → anak gagal melakukan test pada item sebelah kiri garis umur
- B. Normal → anak dapat melakukan test pada item dimana garis umur berada pada warna putih (25 %-75%) atau anak gagal melakukan test pada item di sebelah kanan garis umur
- C. Caution → anak gagal melakukan test pada item yang berada pada garis umur berwarna hijau (75 %-90%)

- D. Advanced → anak dapat melakukan test di sebelah kanan garis umur (>75%)
- E. No Opportunity → anak tidak mempunyai kesempatan melakukan test karena ada hambatan pada sebelah kiri garis umur atau yang berada pada garis umur

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Denver Developmental Screening Test II, Hasil test.

Referensi:

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

13.B. Fail

Denver Developmental Screening Test II, Skor DDST II Perkembangan Bahasa
Penjelasan:

Skor DDST II :

- A. Pass → anak dapat melakukan test
- B. Fail → anak gagal melakukan test
- C. Refusal → anak menolak melakukan test
- D. Caution → anak gagal melakukan test pada item yang berada pada garis umur berwarna hijau (75 %-90%)
- 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, Skor DDST II.

Referensi:

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

14.D. > 50 X / menit

Manajemen terpadu Balita Sakit (MTBS), Nafas cepat

Penjelasan:

Nafas Cepat pada anak :

- A. > 30 X / menit · Anak usia sekolah (6-12 tahun)
- B. > 34 X / menit · Anak usia prasekolah (3-6 tahun)
- C. > 40 X / menit · Anak usia 12 bulan - < 5 tahun
- D. > 50 X / menit · Bayi usia 2 bulan - < 12 bulan
- E. > 60 X / menit · Bayi Lahir - < 2 bulan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Manajemen terpadu Balita Sakit (MTBS), Nafas Cepat.

Referensi:

Kemenkes 2015. Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta

15.D. Bersihkan jalan napas tidak efektif

Respirasi

- A. Bisa saja terjadi gangguan pertukaran gas pada kasus tersebut, tetapi tidak ada data yang membuktikan, misalnya hasil Analisa gas darah untuk dapat melihat hasil PO₂, PCO₂, pH arteri.
- B. Pada kasus tersebut tidak ada data anak menggunakan otot bantu napas, pola napas yang abnormal, maupun data ekspirasi memanjang.
- C. Sebenarnya bukan masalah respirasi, tetapi berhubungan dengan oksigenasi, dimana pasien diistirahatkan/bedrest untuk meminimalkan kebutuhan oksigen, misalnya pada pasien anemis, pasien jantung dan lain-lain.
- D. Merupakan jawaban yang paling tepat, dimana anak mengalami batuk yang tidak efektif, sesak, juga cuping hidung yang sangat khas ditemukan pada anak yang mengalami Pneumonia. Sekalipun ada masalah hipertermi tetapi bersihkan jalan nafas lebih mengancam nyawa sehingga menjadi pilihan masalah utama.
- E. Data pada kasus tidak cukup untuk menegakkan diagnosis gangguan ventilasi spontan, tidak ada data saturasi oksigen, PO₂, PCO₂ dan volume.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Pneumonia pada anak, Diagnosis keperawatan terkait respirasi pada buku SDKI PPNI, dan standar profesi perawat (supaya mahasiswa memahami diagnosis dan intervensi yang mesti dikuasai sesuai jenjangnya).

Referensi:

- Terry Kyle dan Susan Carman. 2015.Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Volume 2 Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwaartz, P. (2009). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik 6th ed., EGC.
- PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. DPP
- PPNI : Jakarta

16.C. Lakukan fisioterapi dada

Mandiri Respirasi

- A. Merupakan tindakan yang dapat digunakan, tetapi merupakan hasil kolaborasi dengan tim medik
- B. Latihan batuk efektif merupakan tindakan yang benar, untuk memudahkan keluarnya slem atau dahak, tetapi hanya slem yang berada di jalan nafas saja, tidak yang menempel di paru – paru
- C. Merupakan tindakan yang paling tepat, karena fisioterapi dada (perkusi dan vibrasi) akan memudahkan rontoknya slem dari paru – paru dan akan lebih mudah dikeluarkan oleh anak. Anak sudah berusia lima tahun jadi lebih mudah kerjasama untuk posisi yang paling baik sesuai area paru yang paling banyak penumpukan slem.
- D. Tindakan ini juga benar, karena pada pasien sesak akan terjadi peningkatan kebutuhan cairan, sehingga perawat perlu memastikan hidrasi yang adekuat, tetapi sesuai kasus bukan kebutuhan hidrasi yang ditanyakan.
- E. Istirahat akan meminimalkan kebutuhan oksigen pada anak, tetapi pertanyaan pada kasus bukan upaya meminimalkan kebutuhan oksigen

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Pneumonia pada anak, juga berbagai tindakan terkait untuk masalah respirasi, baik mandiri maupun kolaborasi.

Referensi:

- Terry Kyle dan Susan Carman. 2015.Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 2 Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwaartz, P. (2009). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik 6th ed., EGC.
- PPNI (2018). Standar intervensi Keperawatan Indonesia. DPP PPNI: Jakarta

17.B. Bersihkan daerah yang akan diinsersi dengan menggunakan alkohol swab.

Cairan, infus

- A. Merupakan bagian dari tindakan saat melakukan dilatasi vena dengan memasang Tourniquet yang ditujukan untuk meminimalkan rasa sakit/nyeri pada anak.
- B. Merupakan tindakan yang paling tepat, karena selanjutnya akan melakukan insersi dan sebelum insersi vena, harus dilakukan desinfeksi dengan swab alkohol untuk mencegah masuknya kuman ke dalam vena. Ujung kateter vena (perifer) harus dijaga tetap steril tidak tersentuh oleh tangan atau benda apapun.
- C. Tindakan ini dilakukan setelah dilakukan desinfeksi pada area vena yang akan di insersi.
- D. Tindakan ini dilakukan jika insersi vena sudah berhasil, dengan teknik tertentu sehingga dipastikan darah tidak berceceran dan cateter vena dengan infus set tersambung dengan sempurna.
- E. Tindakan ini dilakukan pada saat melakukan insersi keteter vena, ketika insersi vena dilakukan, jika benar masuk vena akan terlihat darah di ujung kateter dan tindakan perawat adalah merendahkan sudut insersi dan stilet ditarik sedikit

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Diare pada anak, juga tindakan terkait untuk masalah cairan dan sirkulasi.

Referensi:

- Terry Kyle dan Susan Carman. 2015. Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 2 Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwaartz, P. (2009). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik 6th ed., EGC.
- PPNI (2018). Standar Prosedur Operasional Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI

18.A. Turgor kulit meningkat

Cairan, evaluasi

- A. Merupakan jawaban yang paling tepat, karena turgor kulit merupakan salah satu pengkajian utama untuk menilai kondisi dehidrasi pada anak, dan ada

- data turgor kulit sebelumnya kembali lambat dan saat ini turgor kulit kembali cepat.
- B. Output urine meningkat merupakan indikator anak dengan diare berangsur baik, tetapi tidak ada data meningkat seberapa besar, apakah sudah mencapai urine normal pada anak.
 - C. frekuensi nadi membaik merupakan indicator pada berbagai masalah kesehatan pada anak, bisa benar tetapi data tidak spesifik.
 - D. Intake cairan membaik, juga merupakan indicator membaiknya kondisi anak yang mengalami Diare, tetapi bisa saja peningkatannya tidak signifikan, misal anak tadinya tidak bisa minum/tidak mau minum, kemudian bisa minum sedikit, itu pun membaik.
 - E. Membran mukosa lembab ditemukan pada kasus Diare dengan dehidrasi berat, jadi bisa saja sebelumnya membrane mukosa anak memang lembab.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Diare pada anak (paling mudah dengan mempelajari MBTS tahun 2022), tujuan dan Kriteria Evaluasi sesuai buku SLI PPNI.

Referensi:

- Terry Kyle dan Susan Carman. 2015.Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 2 Edisi 2. Jakarta: EGC.
- DEPKES RI (2022). Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Depkes RI
- PPNI (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. DPP PPNI : Jakarta

19.D. Justice

Etik, legal

Pembahasan : Prinsip etik keperawatan :

- A. Otonomi/ Autonomy: menghormati hak pasien dan keluarga dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya dan pada kasus tidak ada data dimana pasien atau keluarga membuat pilihan.
- B. Non maleficence: tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis.
- C. Beneficence: melakukan tindakan yang memiliki benefit/manfaat bagi pasien dan keluarga.
- D. Justice: perlakuan keadilan bagi semua, tidak membedakan pasien baik bio psiko sosio spiritual dengan memberikan tindakan keperawatan yang terbaik bagi setiap pasien. Justice merupakan jawaban yang paling tepat, karena data diatas menunjukkan bahwa sekalipun bayi tersebut tidak respons terhadap

lingkungan, dan sudah kecil harapan untuk sembuh, perawat tersebut tetap melakukan tindakan yang terbaik sama seperti yang dilakukan pada pasien lainnya.

- E. Fidelity: Selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga, misalnya perawat mengatakan akan kembali lagi 30 menit, harus kembali 30 menit sesuai janji.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang etik dan legal keperawatan, baca UUD keperawatan, kode etik keperawatan dan buku rujukan lainnya. Pahami clue dari setiap prinsip etik keperawatan sehingga akan mudah menjawab soal dengan baik.

Referensi:

- Bertens, K (2000) Etika. Jakarta: Gramedia
Ta'adi, 2009. Hukum kesehatan: pengantar menuju perawat profesional. Jakarta: EGC.
Undang-undang Republik Indonesia no 38, Tahun 2014, tentang Keperawatan.
PPNI (2019). Kode Etik Keperawatan Lambang Panji dan Ikrar Keperawatan. Jakarta: DPP PPNI

20.D. Hipovolemia

Fokus pada keluhan anak laki-laki 8 tahun dimana buang air besar encer dan sudah lebih > 3 kali. BAB cair dengan frekuensi 12-14 kali/24 jam merupakan gejala mayor dari Diare dengan dehidrasi, sedangkan nyeri perut merupakan gejala minor dari diagnosis diare. Berdasarkan MBBS 2022 anak dengan gejala diare, rewel dan mata cekung diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi ringan/ sedang.

- A. Diare, dapat diangkat sebagai masalah utama jika pada pengkajian ditemukan gangguan motilitas usus
B. nyeri akut tidak disertai langsung dengan skala nyeri PQRST
C. suhu 38,5°C tidak berkemungkinan hipertermia, dikarenakan infeksi pada saluran pencernaannya maka dari itu laki-laki hipertermia
D. hypovolemia, merupakan jawaban yang paling tepat, karena hasil pengkajian ditemukan data yang mendukung kondisi hypovolemia antara lain: turgor kulit kembali lambat, mata cekung,
E. risiko hipovolemia, dari data yang ada, masalah anak bukan lagi risiko tetapi sudah actual.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia di buku SDKI.

Referensi:

- Ningsih, dkk. 2020. Keperawatan Anak. Bandung: Media Sains Indonesia
- Firmansyah, dkk. 2020. Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset. Bandung: Media Sains Indonesia
- Damanik dan Sitorus. 2019. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia
- PPNI. 2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Mulati, dkk. 2022. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

21.A. Hipertermi

Fokus pada keluhan Batita perempuan 3 tahun dimana gejala dan tanda mayornya adalah suhu tubuh diatas nilai normal (normal suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C).

- A. hipertermia merupakan pilihan yang tepat karena ada peningkatan suhu tubuh diatas rentang normal, dan kondisi kejang terjadi karena adanya peningkatan suhu tubuh.
- B. resiko injuri, dapat dipilih jika ada data pendukung seperti hipoksia jaringan dan lainnya.
- C. risiko hypovolemia, peningkatan suhu tubuh dapat mengakibatkan hipovolemia tetapi tidak ada data terkait input dan output cairan batita tersebut.
- D. bersihan jalan nafas tidak efektif, ada batuk tetapi tidak disebutkan apakah batita dapat mengeluarkan dahak/slem.
- E. gangguan perfusi jaringan serebral, selain penurunan kesadaran tidak ada data pendukung gangguan pada cerebral, misalnya peningkatan Tekanan intra kranial.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia di buku SDKI.

Referensi:

- Ningsih, dkk. 2020. Keperawatan Anak. Bandung: Media Sains Indonesia
- Firmansyah, dkk. 2020. Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset. Bandung: Media Sains Indonesia

Damanik dan Sitorus. 2019. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia

PPNI.2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

Mulati, dkk. 2022. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

22.E. DPT, HiB, IPV, PCV dan RV

Fokus pada imunisasi yang bisa diberikan pada bayi 4 bulan hingga 24 bulan

- A. Varicella adalah vaksin yang diberikan pada anak usia 12 bulan – 12 tahun, sedangkan vaksin hepatitis B diberikan pada bayi sebelum berusia 24 jam
- B. MMR merupakan vaksin yang diberikan pada usia 12 – 15 bulan, HiB dan DPT merupakan vaksin diberikan pada usia 2,3, dan 4 bulan,
- C. DPT merupakan vaksin diberikan pada usia 2,3, dan 4 bulan, MMR merupakan vaksin yang diberikan pada usia 12 – 15 bulan, IPV diberikan pada usia bayi 4 dan 9 bulan
- D. BCG diberikan pada bayi baru lahir hingga berusia 1 bulan, hepatitis B diberikan pada bayi sebelum berusia 24 jam, Varicella adalah vaksin yang diberikan pada anak usia 12 bulan – 12 tahun, IPV merupakan vaksin polio yang dilemahkan dan DPT merupakan vaksin diberikan pada usia 2,3, dan 4 bulan.
- E. DPT, HiB, IPV, PCV dan RV mencakup kombinasi vaksin yang direkomendasikan untuk bayi 4 bulan. DPT mengacu pada kombinasi difteri, pertussis, dan tetanus. HiB merupakan vaksin untuk haemophilus influenza tipe b. IPV merupakan vaksin polio yang dilemahkan. PCV adalah vaksin konjugat pneumokokus. RV adalah vaksin rotavirus. Vaksin ini merupakan bagian dari jadwal imunisasi rutin pada bayi dan memberikan perlindungan terhadap berbagai penyakit.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang imunisasi rutin lengkap pada bayi dan batita.

Referensi:

Ningsih, dkk. 2020. Keperawatan Anak. Bandung: Media Sains Indonesia

Firmansyah, dkk. 2020. Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset. Bandung: Media Sains Indonesia

Damanik dan Sitorus. 2019. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia

PPNI.2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

Mulati, dkk. 2022. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

23.B. 41%

Fokus pada hasil pengkajian pasien terutama SpO₂ dan oksigen apa yang diberikan kepada pasien.

- A. 31% diberikan pada pasien yang menggunakan nasal kanul dengan aliran 1-4 liter/menit dengan konsentrasi 24-39%
- B. 41% diberikan pada pasien yang menggunakan simple mask diberikan kontinuun atau selang seling 5-10 liter/menit dengan konsentrasi oksigen 40-60%
- C. 51%-71% diberikan pada pasien menggunakan sungkup muka dengan kantong rebreathing, memiliki kantong yang terus mengembang baik saat inspirasi dan ekspirasi. Pada saat pasien inspirasi, oksigen masuk dari sungkup melalui lubang antara sungkup dan kantong resetvoir, ditambah oksigen dari udara kamar yang masuk ke dalam lubang ekspirasi pada kantong. Aliran oksigen 8-12 liter/menit dengan konsentrasi 60-80%
- D. 81% pada pasien menggunakan sungkup muka dengan kantong non rebreathing. Sungkup ini mempunyai 2 katup, 1 katup terbuka pada saat inspirasi dan tertutup pada saat ekspirasi dan 1 katup yang mencegah udara kamar masuk saat inspirasi dan akan membuka pada saat ekspirasi. Pemberian oksigen dengan aliran 10-12 liter/menit dengan konsentrasi oksigen 80-100%

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam alat oksigenasi aliran rendah.

Referensi:

- Ningsih, dkk. 2020. Keperawatan Anak. Bandung: Media Sains Indonesia
- Firmansyah, dkk. 2020. Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset. Bandung: Media Sains Indonesia
- Damanik dan Sitorus. 2019. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia
- PPNI. 2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Mulati, dkk. 2022. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

24.B. Berikan cairan infus

Fokus pada anak BAB cair lebih dari 10 kali dalam sehari. Dengan pengkajian ubun-ubun teraba cekung, turgor kulit tidak elastis

- A. Timbang BB anak, perlu dilakukan penimbangan namun tidak menjadi prioritas
- B. Berikan cairan infuse, Tindakan kolaborasi yang segera harus dilakukan dengan data yang ada pada kasus diatas
- C. Kaji toleransi pemberian makanan, Diperlukan mengevaluasi riwayat penyebab terjadinya diare dengan menanyakan adanya toleransi pemberian makanan.
- D. Observasi intake dan output cairan, Monitor intake output sangat diperlukan dalam penanganan dehidrasi namun bukan merupakan prioritas pada kasus di atas.
- E. Beri larutan rehidrasi oral sedikit tapi sering, Rehidrasi harus segera dilakukan pada kasus diatas namun lebih utama dengan pemberian parenteral.

Pahami intervensi apa yang ditegakkan, karena intervensi tersebut akan diimplementasikan. Silahkan di buka buku SIKI dan SLKI,

Referensi:

- Ningsih, dkk. 2020. Keperawatan Anak. Bandung: Media Sains Indonesia
Firmansyah, dkk. 2020. Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset. Bandung: Media Sains Indonesia
Damanik dan Sitorus. 2019. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia
PPNI.2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
Mulati, dkk. 2022. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

25.B. Beneficence

Fokus pada perawat pelaksana yang menangani anak tersebut melakukan pemasangan infus, tetapi setelah dicoba beberapa kali ternyata gagal. Akhirnya perawat menunda pemasangan infus, agar tidak melukai anak tersebut berkali kali.

- A. Eficence adalah prinsip
- B. Beneficence adalah prinsip ini menentukan perawat untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahanan

- C. Maleficence adalah prinsip yang menimbulkan bahaya/ cedera fisik dan psikologis pada pasien
- D. Justice adalah nilai yang direfleksikan dalam praktik professional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.
- E. Veracity adalah nilai ini bukan hanya untuk perawat tetapi harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan agar klien mengerti

Memahami prinsip etika keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan pada anak.

Referensi:

- Ningsih, dkk. 2020. Keperawatan Anak. Bandung: Media Sains Indonesia
- Firmansyah, dkk. 2020. Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset. Bandung: Media Sains Indonesia
- Damanik dan Sitorus. 2019. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia
- PPNI. 2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Mulati, dkk. 2022. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

26.B. Berikan terapi oksigen

Fokus pada frekuensi napas batita tersebut diatas normal, dimana frekuensi napas normal batita 1-3 tahun 24-40x/ menit.

- A. Monitor kesadaran, gangguan pernapasan dapat menyebabkan perfusi ke jaringan otak menurun
- B. Berikan terapi oksigen, tindakan pertama yang harus segera dilakukan pada pasien dengan gangguan pernapasan.
- C. Monitor irama pernapasan, perlu dilakukan untuk memantau gangguan pernapasannya.
- D. Posisikan pasien semifowler, salah satu posisi yang di indikasikan pada anak dengan gangguan pernapasan namun agak sulit untuk anak usia toddler.
- E. Monitor pergerakan dinding dada, perlu dilakukan untuk memantau gangguan pernapasannya.

Memahami prinsip etika keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan pada anak.

Referensi:

- Ningsih, dkk. 2020. Keperawatan Anak. Bandung: Media Sains Indonesia
- Firmansyah, dkk. 2020. Keperawatan Kesehatan Anak Berbasis Teori dan Riset. Bandung: Media Sains Indonesia
- Damanik dan Sitorus. 2019. Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia
- PPNI. 2016. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI
- Mulati, dkk. 2022. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

27.B. Dramatic Play

Konsep bermain

- A. Skill Play adalah alat permainan yang dapat mengoptimalkan perkembangan pada semua anak yang disesuaikan dengan usia dan tingkat perkembangan anak, serta jenis alat permainannya yang dirancang secara khusus untuk kepentingan pendidikan.
- B. Dramatic play ialah tipe permainan yang melibatkan aktivitas bermain peran.
- C. Associative Play/bermain Asosiatif yaitu anak bermain bersama anak lain tetapi belum satu tujuan bermain.
- D. Cooperative play merupakan jenis permainan yang bernuansa sosial. Permainan ini dapat mengajarkan anak keterampilan yang dibutuhkan saat berinteraksi dengan orang lain.
- E. Sense of pleasure play yaitu permainan yang menggunakan alat yang dapat menimbulkan rasa senang pada anak dan biasanya mengasyikkan, misalnya bermain pasir dan air.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep bermain pada anak.

Referensi:

- Penela, Walker, Degnan, Fox, & Henderson, 2015.

28.E. Melakukan komunikasi melalui orang tua terlebih dahulu

Temper tantrum

- A. Hal pertama yang dapat dilakukan untuk mengatasi anak yang tantrum adalah dengan mengabaikannya. Berhenti memberikan perhatian agar anak tidak semakin meningkat kemarahannya. Namun, tindakan mengabaikan ini sebaiknya hanya dilakukan selama anak tidak berada dalam situasi yang membahayakan dirinya.
- B. Anak yang sedang tantrum dapat melakukan beberapa hal yang agresif. Misalnya memukul, membanting atau melempar barang, hingga menendang sesuatu. Yang perlu dilakukan adalah memberitahukan anak bahwa menyakiti orang lain atau merusak barang merupakan tindakan yang tidak baik.
- C. Pada usia ini, anak baru dapat berpikir konkret. Ia belum mampu membedakan antara fantasi dan realita. Selain itu, anak juga baru mulai belajar teknis cara berbicara dan mengenal kosakata. Keterbatasan kemampuan komunikasinya membuat anak sering mengandalkan fisik/perilakunya dalam mengekspresikan diri. Gunakan kata-kata yang positif dan singkat, didukung dengan bahasa tubuh yang membantu mengonkritkan pesan seperti mengangguk, mengembangkan tangan dan tersenyum.
- D. Restrain/ pengikatan fisik (dalam psikiatri) secara umum mengacu pada suatu bentuk tindakan menggunakan tali untuk mengekang atau membatasi gerakan ekstremitas individu yang berperilaku diluar kendali. Indikasi restrain meliputi perilaku amuk yang membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- E. Teknik ini biasanya dipakai untuk klien usia bayi dan toddler. Perawat dapat menggunakan orang terdekat seperti ayah atau ibu sebagai fasilitator dalam berkomunikasi. Teknik ini di anggap lebih bersahabat dan kurang mengancam dibandingkan dengan bertanya secara langsung kepada anak. Teknik ini membuat anak lebih merasa nyaman dan dapat mengungkapkan perasaannya secara lebih terbuka.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tumbuh kembang pada anak.

Referensi:

Ferika Indarwati. (2019). Konsep komunikasi dasar keperawatan anak.

29.C. Ikterik neonates

Hiperbilirubinemia

- A. Hipotermia adalah suhu tubuh berada dibawah rentang normal tubuh
- B. Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
- C. Ikterik neonates adalah kulit dan membran mukosa neonates menguning setelah 24 jam kelahiran akibat bilirubin tidak terkonjugasi masuk ke dalam sirkulasi.
- D. Menyusui tidak efektif adalah kondisi dimana ibu dan bayi mengalami ketidak puasan atau kesukaran pada proses menyusui.
- E. Termoregulasi tidak efektif adalah berisiko mengalami kegagalan mempertahankan suhu tubuh dalam rentang normal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hiperbilirubinemia dan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia.

Referensi:

Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2018. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

30.B. Memberikan obat antipiretik

Terapi obat

- A. Antibiotik merupakan obat untuk melawan infeksi bakteri
- B. Antipiretik adalah obat yang digunakan untuk meredakan atau mengurangi demam
- C. Antiemetik adalah kelompok obat yang digunakan untuk meredakan gejala mual dan muntah pada berbagai kondisi
- D. Antiinflamasi atau anti radang adalah obat yang digunakan untuk mengurangi peradangan
- E. Antikonvulsan atau antikejang adalah obat untuk mencegah dan mengatasi kejang

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jenis-jenis terapi obat.

Referensi:

Nursalam. (2015). Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak. Jakarta: Salemba Medika

31.D. Motorik kasar

Perkembangan pada anak

- A. Kemampuan bahasa pada dasarnya terbagi dua yaitu kemampuan bahasa represif terdiri dari kemampuan untuk memahami dan mengikuti instruksi secara bersamaan, lalu anak bisa memahami konsep dasar seperti ukuran, arah, perbandingan benda. Kemampuan bahasa ekspresif meliputi kemampuan anak untuk bisa membuat kalimat dengan lengkap, anak bisa menceritakan kembali suatu hal dengan urutan yang logis, anak mempunyai artikulasi pengucapan kalimat dengan jelas.
- B. Kognitif adalah proses berpikir atau menangkap, menyimpan atau mengelola hingga menggunakan kembali informasi yang telah didapatkan sebelumnya. Kemampuan kognitif diperoleh dari pengalaman anak yang didapatnya dari lingkungan sekitarnya.
- C. Motorik halus adalah kemampuan yang melibatkan otot-otot kecil serta reaksi mata dan tangan. Keterampilan motorik halus seperti menggambar bentuk kotak, lingkaran atau segita, menggunting pola bentuk dasar, menyusun balok tiga dimensi dan bisa melepas dan memakai baju berkancing
- D. Motorik kasar merupakan keterampilan yang berhubungan dengan gerakan yang menggunakan otot-otot besar di tubuh. Contohnya berjalan, berlari, mengayuh sepeda rida tiga, melompat jauh dan mendarat dengan kedua kaki secara bersamaan, bisa melempar, menendang dan menangkap bola dengan tepat
- E. Perkembangan personal sosial mencakup kemampuan anak untuk mengerti diri dan apa yang dapat ia lakukan serta bagaimana ia menjaga diri sendiri. Juga kemampuan social yang mencerminkan bagaimana ia memahami proses berhubungan dengan orang-orang disekitarnya, membangun pertemanan serta memahami aturan social dan berperilaku terhadap orang lain.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perkembangan anak.

Referensi:

Nursalam. (2015). Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak. Jakarta: Salemba Medika

32.D. Posisi bayi benar saat ibu menyusui

Usia 8 minggu, BB : 4 kg, payudara ibu teraba keras.

Berdasarkan buku bagan MTBS grafik BB/U Bayi muda laki-laki

Usia 8 minggu, BB : 4 kg · < -2 SD : BB rendah

Factor yang mempengaruhi BB rendah pada bayi muda adalah masalah pemberian ASI yaitu : jumlah pemberian, pemberian susu formula/makanan selain ASI, alat yang digunakan jika diberikan susu formula, cara pemberian ASI : posisi bayi dan perlekatan.

Penjelasan

1. Option a tidak berpengaruh karena bayi lahir dengan BB normal
2. Option b, e pada kasus sudah jelas hanya diberi ASI
3. Option c pada kasus bb lahir normal 2900 gram
4. Option d pada kasus belum tergambaran bagaimana ibu menyusui

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara penilaian berat badan rendah dan masalah pemberian ASI.

Referensi:

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), 2022, Kementerian Kesehatan RI: Jakarta

33.A. Hipotermia

Data saat dilakukan pengkajian (here and now) yang mengancam jiwa : suhu 39°C jika suhu tidak diturunkan akan terjadi kejang demam.

- A. Hipertermia : data suhu 39 °C , jika tidak segera diatasi maka akan terjadi kejang demam yang dapat mengancam jiwa
- B. Resiko Cedera : hal ini dapat terjadi Ketika anak mengalami kejang demam, pada kasus hanya dikatakan anak memiliki Riwayat kejang demam
- C. Resiko infeksi : hal ini salah satu penyebab dari peningkatan suhu tetapi, perlu waktu untuk mencari penyebab infeksi sehingga tidak bisa diatasi dengan segera penyebabnya.
- D. Intoleransi aktivitas : pada kasus ditemukan data lemas tetapi tidak menjadi prioritas

- E. Defisit Nutrisi : pada kasus ditemukan data tidak mau makan, lemas namun belum jelas apakah termasuk resiko atau actual karena data status nutrisi belum valid

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara menentukan diagnose utama dan proses terjadinya kejang demam.

Referensi:

Willson, D., Hockenberry, J. M. (2012). Wong's Clinical Manual of Pediatric Nursing. Eight Edition. Elsevier. Mosby

34.A. HB 1– Polio 2 – DTP 1 – Hib 1

Bayi usia 3 bulan, sudah mendapat imunisasi HB 0, BCG dan Polio 1

Jadwal imunisasi IDAI 2023:

Usia 3 bulan: HB 2, Polio 2, DTP 2 dan Hib 2

- A. bayi telah mendapat imunisasi HB 0, BCG dan Polio 1 sehingga yang diperlukan adalah HB 1 – Polio 2, DTP 1 – Hib 1, hal tersebut tidak sesuai dengan jadwal dari IDAI 2023 untuk anak 3 bulan, hal tersebut disebabkan anak melewati imunisasi pada usia 2 bulan sehingga kita berikan untuk yang terlewati dahulu .
- B. penjelasan sama dengan poin a tetapi yang berbeda pada DTP 2 : DTP 2 sesuai dengan jadwal imunisasi usia 3 bulan, tetapi bayi tersebut belum mendapat DTP 1 sehingga tidak dianjurkan langsung ke DTP 2
- C. HB 2 – Polio 1 - DTP 1– Hib 2 : imunisasi tersebut sesuai dengan jadwal IDAI 3 bulan kecuali polio 1, tetapi tidak bisa diberikan pada kasus karena ada imunisasi yang terlewati.
- D. HB 2 – Polio 2 - DTP 2– Hib 1 : penjelasan sama spt poin c, hanya Hib 1 yang dapat diberikan pada kasus tersebut
- E. HB 1 – Polio 1 - DTP 1– Hib 1 : belum tepat karena polio 1 sudah diberikan sehingga tidak boleh dobel pemberian

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jadwal pemberian Imunisasi

Referensi:

IDAI. Jadwal imunisasi 2023

(<https://www.idai.or.id/artikel/klinik/imunisasi/jadwal-imunisasi-anak-idai>)

35.D. Memposisikan pasien Semi Fowler

Perawat memasang NGT, Prosedur pemasangan NGT spt : alat sudah disiapkan dan didekatkan, cuci tangan dan memakai sarung tangan. Langkah selanjutnya

Prosedur Tindakan pemasangan NGT (buku SPO PPNI) yaitu

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
4. Lakukan cuci tangan 6 langkah
5. Pasang sarung tangan bersih
6. Posisikan pasien semi fowler
7. Letakkan pengalas di dada pasien
8. Tentukan Panjang selang nasogastric dengan mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus
9. Tandai Panjang selang yang telah diukur
10. Bersihkan dan periksa kepatenan lubang hidung pasien
11. Lumasi ujung selang nasogastric sekitar 10 cm dengan jeli
12. Masukan selang perlahan tapi tegas melalui lubang hidung sampai batas yang telah diukur
13. Anjurkan menundukkan kepala saat selang nasogastric mencapai nasofaring
14. Anjurkan menelan saat selang nasogastric dimasukan
15. Periksa posisi ujung selang dengan cara:
16. Masukan sekitar 10 mL udara ke dalam selang dan auskultasi bunyi udara pada lambung
17. Aspirasi cairan lambung
18. Cek keasaman cairan lambung dengan kertas pH
19. Fiksasi selang nasograstik pada hidung dengan plester
20. Rapikan pasien dan alat-alat yang telah digunakan
21. Lepaskan sarung tangan
22. Lakukan cuci tangan 6 langkah

Penjelasan:

Jika melihat prosedur yang telah sesuai dengan Standar Prosedur Tindakan PPNI maka, secara berurutan option a- e sbb:

- A. Option a tidak tepat karena membersihkan hidung Urutan 10
- B. Option b tidak tepat karena mengukur Selang NGT Urutan 8

- C. Option c tidak tepat karena memasukan selang NGT Urutan 12
- D. Option d Tepat karena memposisikan pasien semi fowler Urutan 6 setelah mencuci tangan
- E. Option e tidak tepat karena Memberikan jelly pada selang NGT Urutan 11

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Standar Prosedur Tindakan Pemasangan NGT.

Referensi:

Buku pedoman standar prosedur operasional keperawatan PPNI edisi I.

36.C. Bila anak nyeri perut hebat

Klasifikasi demam mungkin bukan dengue

Berdasarkan bagan MTBS tahun 2022:

Kunjungan /Anak Kembali segera jika:

- Setiap anak sakit → tidak bisa minum/menyusu, bertambah parah, timbul demam
- Anak dengan Batuk, bukan pneumonia → napas cepat, sukar bernapas
- Jika anak Diare → tinja bercampur darah, malas minum, tanda bahaya
- Jika anak Dengue mungkin bukan dengue → ada tanda-tanda perdarahan, nyeri perut hebat, muntah terus menerus, gelisah, tidak BAK selama 6 jam, tidak aktif/lemas, ada penurunan kesadaran, kejang

Penjelasan pilihan jawaban

- A. Option a, b tidak tepat karena napas cepat dan sukar bernapas termasuk kategori anak dengan batuk : bukan pneumonia
- B. Option c jawaban yang tepat karena anak nyeri perut hebat termasuk kategori anak demam mungkin bukan dengan dengue
- C. Option d tidak tepat karena anak tidak mau makan termasuk kategori setiap anak sakit sehingga tidak spesifik kepada klasifikasi sesuai kasus
- D. Option e tidak tepat karena anak berak bercampur darah termasuk kategori anak diare

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang MTBS.

Referensi:

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), 2022, Kementerian Kesehatan RI:
Jakarta

SOAL

KEPERAWATAN GERONTIK

1. Seorang perempuan 85 thn diantar kontrol ke poliklinik oleh keluarga. Pasien mengeluh pada bagian punggungnya terdapat luka hasil pengkajian ulkus dalam, cekung, tampak pus, kemerahan, dan berbau. Klien mengalami riwayat stroke dan DM type II (hasil GDS=200 Mg/dl). Klien teratur minum obat gula. Pasien memiliki riwayat jatuh dari pohon 6 bulan yang lalu dan mengalami kelumpuhan pada kedua ekstremitas bawah. Apakah intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah diatas?
 - A. Mengoleskan lotion
 - B. Melakukan perawatan luka
 - C. Memberikan edukasi perawatan kulit
 - D. Menganjurkan untuk mobilisasi setiap 2 jam
 - E. Memberikan edukasi penyakit DM dan Stroke
2. Seorang laki-laki 78 tahun sudah 4 hari dirawat di RS dengan diagnosa medis benigna prostat hipertropi. Hasil pengkajian didapatkan data pasien mengatakan sensasi penuh pada kandung kemih dan *dribbling*. Hasil pemeriksaan fisik TD 110/80 mmHg, Nadi 80 kali/menit, distensi kandung kemih, turgor kulit kering. Apakah intervensi utama keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah diatas?
 - A. Manajemen Cairan
 - B. Manajemen medikasi
 - C. Perawatan Kateter Urin
 - D. Manajemen Eliminasi Urin
 - E. Kolaborasi pemasangan Katerisasi Urin
3. Seorang laki-laki, umur 68 tahun tinggal di panti werda sejak 1 tahun yang lalu. Klien mengatakan mau mengisi masa tua dengan kegiatan seperti ketika masih muda. Hasil pengkajian : klien aktif mengikuti senam, kebersihan lingkungan panti, dan banyak terlibat dikegiatan yang diselenggarakan panti dengan dinas sosial. Apakah teori proses menua sesuai kasus tersebut?
 - A. biologis
 - B. activity
 - C. spiritual
 - D. continuity
 - E. autiomun

4. Seorang perawat melakukan kunjungan untuk ke Panti Werda, mendapatkan lansia umur 70 tahun menderita osteo artritis sejak 3 tahun yang lalu. Klien mengeluh kaku sendi lutut pada pagi hari, susah untuk berjalan, dan sulit tidur pada malam hari karena nyeri. Hasil pengkajian: skala nyeri 5, klien sudah diajarkan latihan rentang gerak. Apakah kriteria hasil dari tindakan keperawatan tersebut?
- A. nyeri berkurang
 - B. sendi tidak kaku
 - C. aktivitas mandiri
 - D. rasa nyaman terpenuhi
 - E. kebutuhan tidur terpenuhi
5. Seorang laki - laki umur 70 tahun tinggal di panti werdha mengalami infeksi saluran kemih. Hasil pengkajian: mengeluh sering bangun malam hari untuk buang air kecil sampai 10x urin sedikit, menetes, tidak puas saat berkemih. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. kesiapan peningkatan eliminasi urin
 - B. inkontinensia urin berlanjut
 - C. inkontinensia urin urgensi
 - D. gangguan eliminasi urin
 - E. retensi urin
6. Seorang perempuan umur 67 tahun datang ke posyandu lansia. hasil pengkajian: mengeluh kulit kakinya hitam, kasar, pecah-pecah, setiap hari bekerja sebagai buruh tani, tidak pernah menggunakan alas kaki. kulit kaki tampak banyak bekas garukan, kuku kaki dan tangan panjang berwarna hitam. Gangguan eliminasi urin data mayor subyatif: desekan berkemih (Urgensi),urin menetas (dribbling), sering buang air kecil, Nokturia, mengompol, Enuresis. Apakah intervensi keperawatan yang tepat pada klien tersebut?
- A. senam kaki
 - B. perawatan luka
 - C. perawatan kulit
 - D. Perawatan kaki
 - E. mandi dengan sabun

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN GERONTIK

1. B. Melakukan perawatan luka

bagian punggungnya terdapat luka hasil pengkajian ulkus dalam, cekung, tampak pus, kemerahan, dan berbau.

- A. Mengoleskan lotion pada luka dekubitus bukanlah intervensi yang tepat untuk luka ulkus. Lotion hanya digunakan untuk melembabkan kulit atau mengatasi kulit kering. Jawaban ini bukanlah jawaban yang tepat.
- B. Pasien mengeluh pada bagian punggungnya terdapat luka hasil pengkajian ulkus dalam, cekung, tampak pus, kemerahan, dan berbau intervensi yang paling tepat dengan melakukan perawatan luka dikarenakan tindakannya meliputi pembersihan kulit sekitar luka dengan sabun dan air, pembersihan luka bagian dalam menggunakan NaCl 0,9%, oleskan salep yang dapat mengatasi luka ulkus dan melakukan pembalutan pada luka supaya tidak terkontaminasi.
- C. Memberikan edukasi penyakit DM dan Stroke adalah tindakan yang tepat terkait keluhan pasien. Akan tetapi edukasi terkait penyakit bukanlah prioritas masalah yang utama
- D. Memberikan edukasi perawatan kulit adalah tindakan yang tidak tepat dikarenakan keluhan bagian punggungnya terdapat luka hasil pengkajian ulkus dalam, cekung, tampak pus, kemerahan, dan berbau sehingga perawatan kulit tidak tepat.
- E. Menganjurkan untuk mobilisasi setiap 2 jam merupakan intervensi untuk masalah keperawatan gangguan mobilisasi dengan memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik tindakan terapeutik yang dapat dilakukan yaitu memfasilitasi penggunaan alat bantu, melakukan pergerakan, dan mobilisasi sederhana misalnya duduk di tempat tidur. Sehingga jawaban tersebut tidak sesuai.

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

Referensi:

Esther Chang et al. 2012. Patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan.

Penerbit: EGC

PPNI (2016) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

2. E. Kolaborasi pemasangan Katerisasi Urin

sensasi penuh pada kandung kemih dan dribbling

- A. Dalam studi kasus ditemukan pengkajian yang terkait dengan manajemen cairan adalah turgor kulit kering, tidak ada data lain yang mendukung seperti hasil monitor status dinamik, monitor hasil pemeriksaan lab, mencatat intake output dalam 24 jam.
- B. Manajemen medikasi adalah kegiatan mengelola dan mengidentifikasi penggunaan agen farmakologis sesuai dengan program pengobatan. Di dalam kasus manajemen medikasi tidak dimasukkan dalam intervensi utama, sehingga intervensi ini tidak sesuai
- C. Manajemen Eliminasi Urin adalah mengidentifikasi dan mengelola pola eleminasi urin, intervensi yang diajarkan yaitu cara mengukur haluan urin, balance cairan. Intervensi tersebut bukan intervensi utama dalam penatalaksanaan BPH.
- D. Perawatan Kateter Urin. Dalam kasus tidak ada keterangan telah terpasang kateter urin sehingga tindakan perawatan kateter belum bisa dilakukan.
- E. Kolaborasi pemasangan Katerisasi Urin. Kebanyakan pasien BPH akan mengalami sensasi penuh pada kandung kemih, retensi urin dan dribbling. Pemasangan kateter merupakan pertolongan pertama untuk hal ini.

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

Referensi:

Esther Chang et al. 2012. Patofisiologi aplikasi pada praktik keperawatan.

Penerbit: EGC

PPNI (2016) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

3. B. Activity

Klien mengatakan mau mengisi masa tua dengan kegiatan seperti ketika masih muda

- A. Biologis: menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu
- B. activity: Seseorang yang dimasa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua. Sense of integrity yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua. Teori ini menyatakan bahwa pada

- lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial
- C. spiritual: Kepercayaan spiritual, praktik, pengertian hidup dan mati, usaha untuk aktualisasi diri
 - D. continuity: Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Identity pada lansia yang sudah mantap memudahkan dalam memelihara hubungan dengan masyarakat, melibatkan diri dengan masalah di masyarakat, kelurga dan hubungan interpersonal
 - E. autoimun: penuaan dianggap disebabkan oleh adanya penurunan fungsi sistem imun.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang.

Referensi:

Dewi, Sofia Rosma, 2014, Buku Ajar Keperawatan Gerontik, Yogyakarta: Deepublish

4. B. Sendi tidak kaku

kaku pada sendi

- A. Kriteria hasil nyeri berkurang intervensinya management nyeri
- B. Kriteria hasil sendi tidak kaku intervensinya latihan rentang gerak
Tujuan dari latihan rentang gerak memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi, mengurangi rasa nyeri, mengembalikan kemampuan klien menggerakkan otot melancarkan peredaran darah
- C. Kriteria hasil aktivitas mandiri intervensi ajarkan pasien ADL mandiri
- D. Kriteria hasil rasa nyaman terpenuhi intervensi memberikan lingkungan nyaman, bisa dari suara bising, pencahayaan dll
- E. Kriteria hasil kebutuhan tidur terpenuhi perlu pengkajian lebih lanjut

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi dan kriteria hasil.

Referensi:

Kasiati, Roslamawati Wayan, 2016, kebutuhan dasar manusia I, Jakarta: Kemenkes RI

5. D. Gangguan eliminasi urin

sering bangun malam hari untuk buang air kecil sampai 10 x, urin sedikit, menetes, tidak puas saat berkemih.

- A. kesiapan peningkatan eliminasi urin data mayor: mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin, data obyektif jumlah urin normal, karakteristik urin normal
- B. inkontinensia urin berlanjut, data mayor: keluarnya urin konstan tanpa distensi, nokturia lebih dari 2 kali sepanjang tidur
- C. inkontinensia urin urgensi, data mayor: keinginan berkemih yang kuat disertai dengan inkontinensia
- D. gangguan eliminasi urin data mayor subyatif: desekan berkemih (Urgensi), urin menetas (dribbling), sering buang air kecil, Nokturia, mengompol, Enuresis.
- E. retensi urin data mayor: sensasi penuh pada kandungan kemih, disuria/anuria, distensi kandung kemih

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan.

Referensi:

https://snars.web.id/sdki/daftar-diagnosis-keperawatan-berdasarkan-standar-diagnosasis-keperawatan-indonesia-sdki/#google_vignette

6. D. Perawatan kaki

mengeluh kulit kakinya hitam, kasar dan pecah-pecah

- A. Senam kaki : Menggerakkan kaki dan sendi kaki, pada kasus tersebut tidak ada masalah dengan sendi
- B. Perawatan Luka : tindakan merawat luka
- C. Perawatan kulit : memelihara kesehatan kulit (tidak spesifik)
- D. Perawatan kaki adalah pencegahan luka dan perawatan kaki, hal ini sesuai dengan kasus yang ada masalah dengan kaki.
- E. Mandi dengan sabun : pada kakus ini tidak efektif karena hanya berfokus pada kaki

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi keperawatan.

Referensi:

<https://snars.web.id/siki/1-12423-edukasi-perawatan-kaki/>

SOAL

KEPERAWATAN JIWA

1. Seorang perempuan, 28 tahun, dirawat di RSJ selama 2 minggu karena mondramandir, bicara sendiri, mendengar suara-suara yang mengejeknya jelek dan menyuruh melempar barang yang ada di dalam rumah. Hasil pengkajian: mulut komat-kamit dan menyendiri. Perawat telah membantu klien mengenali halusinasinya, menjelaskan tentang penyakit yang dialami klien saat ini dan mengajarkan menghardik. Apakah tindakan perawat selanjutnya yang tepat untuk kasus tersebut?
 - A. Bercakap-cakap dengan orang lain
 - B. Menyusun jadwal latihan
 - C. Belajar minum obat
 - D. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
 - E. Mencontohkan kembali cara menghardik
2. Seorang laki-laki, 48 tahun, sudah 2 tahun terakhir menderita diabetes melitus dan berobat di puskesmas, mengeluh lemah dan lemas sehingga tidak bisa bekerja seperti dulu lagi, dirumah saja sepanjang waktu, klien merasa kecewa dengan dirinya sendiri, peran klien sebagai kepala rumah tangga di ambil alih oleh istri yang bekerja sebagai asisten rumah tangga. Perawat telah membantu klien mengenali penyakitnya. Apakah diagnosa yang tepat untuk kasus tersebut?
 - A. Ansietas
 - B. Keputusasaan
 - C. Gangguan citra tubuh
 - D. Ketidakefektifan performa peran
 - E. Harga diri rendah situasional
3. Seorang perempuan, 17 tahun, datang ke poli jiwa, mengeluh malu berteman dengan yang lainnya karena merasa dirinya jelek dan tidak disenangi oleh teman-temannya di sekolah, klien merasa tidak ada orang yang mengerti akan dirinya. Klien tidak mengerti apa yang telah terjadi pada dirinya sekarang ini. Apakah tindakan perawat selanjutnya yang tepat untuk kasus tersebut?
 - A. Membuat rencana latihan yang teratur secara bertahap
 - B. Melatih cara meningkatkan harga diri klien
 - C. Membuat daftar aspek positif dan kemampuan yang di miliki
 - D. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian
 - E. Memberikan pendidikan kesehatan tentang proses terjadinya harga diri rendah situasional

4. Seorang perempuan, 21 tahun, sudah 7 hari di rawat di RSJ, merasa selalu ingin marah bila melihat orang lain mengajak klien bercerita, klien tidak membutuhkan siapa-siapa dan selalu bertanya-tanya mengapa klien di bawa ke rumah sakit padahal klien tidak sakit. Klien tidak mengerti apa yang telah terjadi pada dirinya sekarang ini. Perawat sudah menjelaskan tentang kondisi klien. Apakah tindakan perawat selanjutnya yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Membuat rencana latihan yang teratur secara bertahap
 - B. Latih klien untuk melakukan relaksasi
 - C. Latih klien melakukan distraksi
 - D. Latih untuk patuh minum obat
 - E. Latih klien untuk melakukan kegiatan ibadah
5. Seorang perempuan, 20 tahun, sudah 3 bulan terakhir sering tiba-tiba jantung berdebar-debar, merasa khawatir dengan dirinya sendiri dan keluarganya, merasa kecewa bila berbuat salah dan tidak berbakti pada kedua orang tuanya, klien selalu bertanya-tanya mengapa klien seperti ini kondisinya. Klien tidak mengerti apa yang telah terjadi pada dirinya sekarang ini. Perawat sudah menjelaskan tentang kondisi klien. Perawat telah mengajarkan intervensi relaksasi dan distraksi serta melatihkannya dan memasukkannya ke dalam jadwal latihan. Apakah tindakan perawat selanjutnya yang tepat untuk kasus tersebut?
- A. Membuat rencana latihan yang teratur secara bertahap
 - B. Latih klien untuk melakukan relaksasi
 - C. Latih klien melakukan distraksi
 - D. Latih hipnotis lima jari yang focus pada hal yang positif
 - E. Latih Tarik napas dalam
6. Seorang perempuan, umur 28 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: duduk menyendiri, bicara sendiri, dan tertawa sendiri. Sesuai rencana hari ini, perawat akan melaksanakan intervensi cara menghardik halusinasi. Apakah tujuan tindakan yang diberikan pada kasus diatas?
- A. mengontrol halusinasi dengan cara spiritual
 - B. mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - C. mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
 - D. mengontrol halusinasi dengan cara minum obat teratur
 - E. mengontrol halusinasi dengan cara terapi aktivitas kelompok
7. Seorang perempuan, umur 20 tahun, dibawa keluarganya ke Poliklinik jiwa di Puskesmas karena sudah dua minggu tidak mau mandi, tidak mau menyisir

- rambut, badan bau, rambut kotor, kuku panjang, tidak mau makan dan bila makan berantakan, BAB dan BAK sembarangan, tetapi pemeriksaan fisik dalam batas normal. Apakah strategi tindakan keperawatan pertama yang tepat dilakukan pada pasien tersebut?
- A. melatih makan secara mandiri
 - B. melatih pasien melakukan BAK/BAB secara mandiri
 - C. melatih pasien berdandan/berhias
 - D. menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
 - E. menjelaskan pada keluarga tentang masalah perawatan diri dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri
8. Seorang laki-laki, umur 17 tahun, dibawa ke Puskesmas untuk konsultasi. Hasil pengkajian: keluarga mengatakan sejak 6 bulan terakhir, menjadi sangat pendiam, tidak mempunyai teman dekat, banyak mengurung diri di kamar, dan menolak untuk berinteraksi. Apakah diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus diatas?
- A. isolasi sosial
 - B. gangguan HDR
 - C. gangguan alam perasaan
 - D. perubahan mental organik
 - E. gangguan persepsi sensori
9. Seorang perempuan, umur 20 tahun, dibawa keluarganya ke Poliklinik jiwa di RSJ. Hasil pengkajian: sudah dua minggu tidak mau mandi, tidak mau menyisir rambut, badan bau, rambut kotor, kuku panjang, tidak mau makan dan bila makan berantakan, BAB dan BAK sembarangan. Perawat sedang membantu pasien melatih berdandan/berhias. Namun, keluarganya datang menjenguk yang pertama kali ke RSJ. Apakah strategi tindakan keperawatan pertama yang tepat dilakukan pada keluarga pasien tersebut?
- A. menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri
 - B. melatih pasien berdandan/berhias
 - C. melatih makan secara mandiri
 - D. mengajarkan pasien melakukan BAK/BAB secara mandiri
 - E. menjelaskan pada keluarga tentang masalah perawatan diri dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri
10. Seorang perempuan, umur 27 tahun, dirawat di RSJ. Hasil pengkajian: duduk menyendiri, bicara sendiri, dan menutup telinga. Perawat telah memberikan

intervensi kepada pasien mengenai mengenal halusinasi yang dialami, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan cara menghardik halusinasi, dan bercakap-cakap dengan orang lain. Apakah intervensi selanjutnya yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?

- A. mengontrol halusinasi dengan cara spiritual
 - B. mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - C. mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
 - D. mengontrol halusinasi dengan cara minum obat teratur
 - E. mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas yang terjadwal
11. Seorang Perempuan, 17 tahun, dibawa ke RSJ karena menolak bertemu orang lain dan mengurung diri dikamar sejak 3 bulan. Hasil pengkajian: tampak lesu, kontak mata kurang, postur membungkuk, mengatakan malu bertemu orang, tidak berguna untuk keluarga, sedih karena merasa miskin. Apakah masalah utama pada kasus tersebut?
- A. risiko perilaku kekerasan
 - B. deficit perawatan diri
 - C. harga diri rendah
 - D. isolasi sosial
 - E. ansietas
12. Seorang laki-laki, 27 tahun dirawat di RSJ alasan masuk susah tidur, gelisah dan sering berpergian malam sejak 3 minggu terakhir. Hasil pengkajian pasien mengatakan mendengar suara perempuan, tampak bicara dan tertawa sendiri dan malas berinteraksi dengan orang lain. Apakah masalah utama pada kasus tersebut?
- A. halusinasi
 - B. isolasi Sosial
 - C. risiko perilaku kekerasan
 - D. defisit perawatan diri
 - E. harga diri rendah kronik
13. Seorang laki-laki, 25 tahun dirawat di RSJ untuk ketiga kalinya karena marah-marah dan mengamuk. Pasien mengatakan marah dan benci kepada ayahnya serta akan membalas dendam, tampak pandangan tajam, tangan mengepal, mudah tersinggung dan berbicara kasar. Apakah masalah utama pada kasus tersebut?
- A. halusinasi

- B. isolasi Sosial
 - C. risiko perilaku kekerasan
 - D. defisit perawatan diri
 - E. harga diri rendah kronik
14. Seorang wanita, 16 tahun, dirawat di RSJ karena tidak mau sekolah dan mengurung diri di kamar sejak 1 bulan. Hasil pengkajian: pasien tampak sedih, pasien mengatakan tidak suka berbicara dengan orang lain, merasa tidak nyaman saat bergaul dan takut diejek teman sekolahnya. Apa masalah utama pada kasus diatas?
- A. ansietas
 - B. isolasi sosial
 - C. risiko bunuh diri
 - D. harga diri rendah
 - E. defisit perawatan diri
15. Seorang laki-laki, 56 tahun, dirawat di RSJ karena menggelandang di pasar dan mencari makan di tempat sampah. Hasil pengkajian: klien tidur di lantai, tidak mau mandi, tampak kotor, berbau, kuku hitam, baju compang camping, dan rambut panjang. Apa masalah utama pada kasus diatas?
- A. ansietas
 - B. isolasi sosial
 - C. risiko bunuh diri
 - D. harga diri rendah
 - E. defisit perawatan diri

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN JIWA

1. B. Menyusun jadwal latihan

Mengajarkan menghardik

- A. Merupakan intervensi ke tiga pada diagnosa halusinasi
- B. Setiap intervensi yang diajarkan maka harus dilatihkan dan dimasukkan ke jadwal harian
- C. Merupakan intervensi selanjutnya pada diagnosa halusinasi
- D. Merupakan Strategi pelaksanaan visite dua
- E. Evaluasi validasi pada pasien yang telah di ajarkan menghardik

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Prosedural pemberian intervensi perawat generalis pada pasien halusinasi.

Referensi:

- Keliat, S. Hamid (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta; EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta selatan; DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan II. Jakarta selatan; DPP PPNI.

2. D. Ketidakefektifan performa peran

Peran klien sebagai kepala rumah tangga di ambil alih oleh istri yang bekerja sebagai asisten rumah tangga

- A. Tidak ada data yang mendukung untuk diagnosa Ansietas
- B. Tidak ada data yang mendukung untuk diagnosa Keputusasaan
- C. Tidak ada data yang mendukung untuk diagnosa Gangguan citra tubuh
- D. Merupakan data mayor untuk mengangkat diagnosa Ketidakefektifan performa peran
- E. Tidak ada data yang mendukung untuk diagnosa HDR Situasional

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data mayor dan minor dalam menentukan diagnosa keperawatan jiwa terutama terkait ketidakefektifan performa peran.

Referensi:

- Keliat, S. Hamid (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta; EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta selatan; DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan II. Jakarta selatan; DPP PPNI

3. E. Memberikan pendidikan kesehatan tentang proses terjadinya harga diri rendah situasional

Mengeluh malu berteman dengan yang lainnya karena merasa dirinya jelek dan tidak disenangi oleh teman-temannya di sekolah, klien merasa tidak ada orang yang mengerti akan dirinya

- A. Bila sudah dilakukan intervensi, setelahnya dapat dilakukan rencana latihan yang teratur dan terjadwal
- B. Melatih cara meningkatkan harga diri klien setelah klien paham akan kondisinya
- C. Merupakan intervensi kedua setelah klien paham akan kondisi yang dialaminya
- D. Bila sudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan, setelahnya akan dilatih, namun pada soal, klien belum pernah mendapatkan intervensi pertama
- E. Dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakitnya, agar klien paham tentang kondisi yang sedang dialaminya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi yang diberikan pada klien keperawatan jiwa dengan diagnosa harga diri rendah.

Referensi:

Keliat, S. Hamid (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta; EGC.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta selatan; DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan II. Jakarta selatan; DPP PPNI.

4. B. Latih klien untuk melakukan relaksasi

Perawat sudah menjelaskan tentang kondisi klien

- A. Bila sudah dilakukan intervensi, setelahnya dapat dilakukan rencana latihan yang teratur dan terjadwal
- B. Merupakan intervensi kedua setelah klien paham akan kondisinya
- C. Diberikan setelah intervensi relaksasi kemudian distraksi
- D. Bila kondisi klien tidak kritis, maka latih minum obat diberikan setelah intervensi non farmakologis.

- E. Merupakan intervensi selanjutnya setelah klien dapat melakukan kemampuan deesklaasi secara verbal dan tertulis

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi yang diberikan pada klien keperawatan jiwa dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan.

Referensi:

- Kelialat, S. Hamid (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta; EGC.
Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta selatan; DPP PPNI.
Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan II. Jakarta selatan; DPP PPNI.

5. D. Latih hipnotis lima jari yang focus pada hal yang positif

Perawat telah mengajarkan intervensi relaksasi dan distraksi serta melatihkannya dan memasukkannya ke dalam jadwal latihan

- A. Sudah dilakukan oleh perawat
- B. Sudah dilakukan oleh perawat
- C. Sudah dilakukan oleh perawat
- D. Intervensi selanjutnya yang harus dilakukan setelah relaksasi dan distraksi.
- E. Latih tarik napas dalam sama dengan teknik relaksasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang keseluruhan intervensi yang diberikan pada klien keperawatan jiwa dengan diagnosa ansietas.

Referensi:

- Kelialat, S. Hamid (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta; EGC.
Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta selatan; DPP PPNI.
Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 Cetakan II. Jakarta selatan; DPP PPNI.

6. B. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik

Intervensi cara menghardik halusinasi.

- A. Cara spiritual merupakan intervensi untuk risiko perilaku kekerasan
- B. Cara menghardik merupakan intervensi pertama halusinasi
- C. Cara bercakap-cakap merupakan intervensi halusinasi setelah cara menghardik halusinasi

- D. Cara minum obat teratur merupakan intervensi halusinasi yang sedang mengalami gaduh gelisah dan tidak sesuai kondisi klien saat ini.
- E. Cara terapi aktivitas kelompok merupakan intervensi untuk kelompok pada pasien halusinasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien halusinasi terutama untuk intervensi cara menghindarik halusinasi.

Referensi:

- Keliat.B.A.dkk. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas, basic course. Jakarta: EGC
- Yosep, I & Sutini, T. (2014). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama

7. D. Menjelaskan pentingnya perawatan kebersihan diri

Tanda dan gejala menunjukkan pasien dengan defisit perawatan diri. Sehingga tindakan keperawatan pertamanya adalah melatih pasien cara-cara perawatan kebersihan yaitu dengan cara menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri.

- A. melatih makan secara mandiri merupakan intervensi ketiga setelah diberikan edukasi tentang pentingnya perawatan kebersihan diri
- B. melatih pasien melakukan BAK/BAB secara mandiri merupakan intervensi keempat Defisit perawatan diri
- C. melatih pasien berdandan/berhias merupakan intervensi kedua Defisit perawatan diri
- D. menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri merupakan intervensi keperawatan pertama yang dapat dilakukan pada pasien.
- E. menjelaskan pada keluarga tentang masalah perawatan diri dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri merupakan intervensi kesatu pada keluarga

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan defisit perawatan diri terutama mengenai intervensi keperawatan pertama.

Referensi:

- Stuart, G.W. (2013). Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5. Jakarta: EGC
- Keliat, dkk. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas, Basic course. Jakarta: EGC

8. A. Isolasi sosial

Menjadi sangat pendiam, tidak mempunyai teman dekat, banyak mengurung diri di kamar, dan menolak untuk berinteraksi merupakan tanda dan gejala pasien isolasi sosial.

- A. isolasi sosial merupakan diagnosa yang tepat untuk tanda dan gejala dalam kasus tersebut
- B. Bukan diagnosa yang tepat karena di dalam kasus tersebut tidak menunjukkan perasaan pasien terkait harga diri rendah.
- C. Bukan diagnosa yang tepat karena di dalam kasus tersebut tidak menunjukkan tanda dan gejala gangguan alam perasaan
- D. Bukan diagnosa yang tepat karena di dalam kasus tersebut tidak menunjukkan tanda dan gejala perubahan mental organik
- E. Bukan diagnosa yang tepat karena di dalam kasus tersebut tidak menunjukkan tanda dan gejala gangguan persepsi sensori

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien isolasi sosial terutama terkait tanda gejala mayor dan minor.

Referensi:

PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi I. Jakarta: DPP-PPNI.

9. E. Menjelaskan pada keluarga tentang masalah perawatan diri dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri.

Keluarganya datang menjenguk yang pertama kali ke RSJ dan strategi tindakan keperawatan pertama yang tepat dilakukan pada keluarga pasien

- A. menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri merupakan intervensi kesatu defisit perawatan diri untuk pasien
- B. melatih pasien berdandan/berhias merupakan intervensi kedua defisit perawatan diri
- C. melatih makan secara mandiri merupakan intervensi ketiga defisit perawatan diri
- D. mengajarkan pasien melakukan BAK/BAB secara mandiri merupakan intervensi keempat defisit perawatan diri
- E. menjelaskan pada keluarga tentang masalah perawatan diri dan cara merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kurang perawatan diri merupakan intervensi pertama pada keluarga pasien dengan defisit perawatan diri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada keluarga dengan defisit perawatan diri terutama mengenai intervensi pertama pada keluarga pasien.

Referensi:

Stuart, G.W. (2013). Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5. Jakarta: EGC

Keliat, dkk. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas, Basic course. Jakarta: EGC

10.D. Mengontrol halusinasi dengan cara minum obat teratur

Intervensi halusinasi setelah bercakap-cakap dengan orang lain

- A. Cara spiritual merupakan intervensi pada klien setelah dilakukan menghardik, bercakap-cakap, minum obat teratur pada pasien halusinasi
- B. Cara menghardik merupakan intervensi pertama pada halusinasi
- C. Cara bercakap-cakap merupakan intervensi pada pasien halusinasi setelah klien diajarkan menghardik
- D. Cara minum obat teratur merupakan intervensi setelah bercakap-cakap dengan orang lain pada pasien halusinasi
- E. Cara melakukan aktivitas yang terjadwal merupakan intervensi halusinasi setelah pasien bercakap-cakap dengan orang lain.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan keperawatan pada pasien halusinasi terutama untuk intervensi dengan cara minum obat teratur.

Referensi:

Keliat.B.A.dkk. (2011). Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas, basic course. Jakarta: EGC

Yosep, I & Sutini, T. (2014). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama

11.C. Harga diri rendah

malu, tidak berguna, sedih, merasa miskin, 3 bulan

- A. Risiko perilaku kekerasan adalah rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional
- B. Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
- C. Harga diri rendah adalah munculnya persepsi negatif tentang makna diri sebagai respon terhadap situasi saat ini dengan tanda gan gejala DS: menilai

diri negatif/mengkritik diri, merasa tidak berarti/tidak berharga, merasa malu minder; DO: berjalan menunduk, postur tubuh menunduk, kontak mata kurang, lesu/tidak bergairah, berbicara pelan dan lirih, ekspresi muka datar

- D. Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam
- E. Ansietas adalah perasaan was-was, khawatir, takut yang tidak jelas atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengertian, gejala mayor dan minor setiap asuhan keperawatan pada pasien gangguan merujuk pada SDKI.

Referensi:

Kelialat, Budi Anna, Dkk. 2019. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

12.A. Halusinasi

bicara dan tertawa sendiri

- A. Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respon panca indera yaitu pengelihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata dengan tanda dan gejala DS: mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya; DO: Berbicara sendiri, tertawa sendiri, mengarahkan telinga ke satu arah, diam dan menikmati halusinasinya
- B. Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam
- C. Risiko perilaku kekerasan adalah rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional
- D. Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
- E. Harga diri rendah kronik adalah evaluasi diri/perasaan negatif tentang diri sendiri atau kemampuan diri yang berlangsung minimal 3 bulan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengertian, gejala mayor dan minor setiap asuhan keperawatan pada pasien gangguan merujuk pada SDKI.

Referensi:

Keliat, Budi Anna, Dkk. 2019. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

13.C. Risiko perilaku kekerasan

marah, pandangan tajam, tangan mengepal, kasar

- A. Halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respon panca indera yaitu pengelihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata
- B. Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam
- C. Risiko perilaku kekerasan adalah rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional dengan tanda dan gejala DS: mengatakan benci dan kesal dengan orang lain, mengatakan ingin memukul orang lain; DO: melotot, pandangan tajam, rahang mengatup, gelisah, mondar mandir, TD dan Nadi meningkat, mudah tersinggung, nada suara tinggi dan bicara kasar.
- D. Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
- E. Harga diri rendah kronik adalah evaluasi diri/perasaan negatif tentang diri sendiri atau kemampuan diri yang berlangsung minimal 3 bulan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengertian, gejala mayor dan minor setiap asuhan keperawatan pada pasien gangguan merujuk pada SDKI.

Referensi:

Sutejo. 2017. Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

14.B. Isolasi sosial

Sedih, tidak suka keramaian, takut

- A. Ansietas adalah perasaan was-was, khawatir, takut yang tidak jelas atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam
- B. Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam dengan tanda dan gejala DS: ingin sendiri, merasa tidak nyaman di tempat umum, merasa tidak diterima, tidak mempunyai sahabat; DO; menarik diri, menolak melakukan interaksi, afek sedih, menunjukkan permusuhan

- C. Risiko bunuh diri adalah rentan terhadap menyakiti diri sendiri dan cidera yang mengancam jiwa
- D. Harga diri rendah situasional adalah munculnya persepsi negatif tentang makna diri sebagai respon terhadap situasi saat ini
- E. Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengertian, gejala mayor dan minor masing-masing diagnosis keperawatan.

Referensi:

Keliat, Budi Anna, Dkk. 2019. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

15.E. Defisit perawatan diri

Tidak mau mandi, kotor, copang camping

- A. Ansietas adalah perasaan was-was, khawatir, takut yang tidak jelas atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang mengancam
- B. Isolasi sosial adalah kesendirian yang dialami oleh individu dan dianggap timbul karena orang lain serta sebagai suatu keadaan negatif atau mengancam
- C. Risiko bunuh diri adalah rentan terhadap menyakiti diri sendiri dan cidera yang mengancam jiwa
- D. Harga diri rendah situasional adalah munculnya persepsi negatif tentang makna diri sebagai respon terhadap situasi saat ini
- E. Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri ditandai dengan tanda dan gejala DS: menolak melakukan perawatan diri, menyampaikan ketidak inginan melakukan perawatan diri, dan mengatakan tidak tahu cara merawat diri. DO: kulit, rambut, gigi, kuku kotor, pakaian kotor, tidak rapi dan tidak tepat, makan dan minum tidak beraturan, eliminasi tidak pada tempatnya, lingkungan tempat tinggal kotor dan tidak rapi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan keperawatan pada pasien risiko bunuh diri.

Referensi:

Keliat, Budi Anna, Dkk. 2019. Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC

SOAL

KEPERAWATAN KELUARGA

1. Perawat melakukan kunjungan rumah. Hasil pendataan, kepala keluarga umur 55 tahun, istri umur 50 tahun memiliki tekanan darah 180/110 mmHg. Hasil anamnesis, keluarga tidak memberikan perhatian karena klien tidak merasakan nyeri kepala yang menganggu. Perawat mengedukasi mengenai dampak yang ditimbulkan jika tidak segera ditangani dan pasien harus mendapatkan pertolongan medis. Apakah data utama yang harus didapatkan perawat pada keluarga tersebut?
 - A. kedekatan antar anggota keluarga
 - B. pengambil keputusan
 - C. aktivitas harian
 - D. komunikasi
 - E. nutrisi
2. Perawat melakukan kunjungan rumah pada anggota keluarga yang sedang menjalani pengobatan TB yang sudah berjalan 4 bulan. Hasil anamnesis, klien mengatakan sudah tidak mengalami batuk, selera makan membaik, berat badan bertambah dan sudah siap berinteraksi dengan tetangga dan orang lain. Apakah yang harus disampaikan perawat pada klien pada kasus tersebut?
 - A. menerapkan etika batuk
 - B. menuntaskan program pengobatan
 - C. membawa botol penampung dahak
 - D. membatasi interaksi dengan tetangga
 - E. menggunakan masker selama di luar rumah
3. Perawat melakukan kunjungan rumah. Berdasarkan pendataan, kepala keluarga umur 40 yang bekerja sebagai pemulung, istri 35 tahun , dan memiliki 2 anak, pertama umur 9 tahun, ke dua umur 7 tahun. Lingkungan rumah keluarga tersebut kumuh, dan dekat dengan tempat pembuangan sampah. keluarga mengatakan anak ke 2 sering sakit perut, kadang disertai diare. Apakah intervensi perawat yang perlu dilakukan?
 - A. menganjurkan mencari tempat yang lebih layak
 - B. memberikan sumbangan kepada keluarga tersebut
 - C. mengajukan program beras untuk rakyat miskin untuk keluarga
 - D. membantu keluarga untuk melaksanakan PHBS
 - E. memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara menghindari penyakit diare.

4. Perawat melakukan kunjungan rumah pada ibu, umur 50 tahun tinggal bersama anak laki lakinya, umur 25 tahun, yang bekerja sebagai pelayanan toko sembako, keluarga mengatakan ibunya sering mengeluh sakit pada persendian kaki kanan, terasa sakit bila berjalan, dan tidak tahu apa penyakitnya serta mengatakan belum sempat membawanya berobat. Apakah tugas kesehatan keluarga yang belum mampu dilakukan?
- A. memodifikasi lingkungan
 - B. mengenal masalah kesehatan
 - C. merawat anggota keluarga yang sakit
 - D. mengambil/memutuskan tindakan yang tepat
 - E. memanfaatkan fasilitas pelayanan Kesehatan.
5. Perawat melakukan kunjungan rumah kepala keluarga, umur 39 tahun, danistrinya, 30 tahun. Pasangan ini memiliki anak remaja umur 14 tahun lebih sering bermain handphone di kamar, kadang marah apabila ditegur kedua orang tuanya. Keluarga mengatakan sikap anaknya berubah sejak tidak diizinkan belajar mengendarai sepeda motor dan bingung menjalankan peran orang tua dengan kondisi saat ini. Apakah tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi?
- A. memfokuskan kembali hubungan perkawinan
 - B. mempertahankan ikatan keluarga antar generasi
 - C. berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak
 - D. memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggungjawab
 - E. memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan.
6. Perawat melakukan kunjungan seorang perempuan, umur 55 tahun yang sudah lama di tinggal suami meninggal, mengeluh sakit pada kedua lutut, tidak mampu berdiri dalam waktu lama, dan mengatakan saat ini tinggal sendiri di rumah, karena kedua anaknya berkerja serta pulang malam. Apakah masalah keperawatan utama yang tepat pada kasus tersebut?
- A. nyeri
 - B. gangguan rasa aman
 - C. hambatan mobilitas fisik
 - D. ketidakmampuan merawat keluarga lansia
 - E. ketidakmampuan melakukan aktivitas secara mandiri.

7. Perawat melakukan kunjungan rumah seorang laki laki, umur 67 tahun, memiliki istri usia 63 tahun, melakukan komunikasi dengan anak anaknya yang sudah berkeluarga, melalui video call hampir setiap hari secara bergantian, keluarga tetap menjalin sirurahmi meskipun jarang berkumpul. Apakah tugas perkembangan yang keluarga sesuai dengan kasus diatas?
- A. mempertahankan keluarga yang harmonis
 - B. adaptasi keluarga pada suasana yang baru
 - C. penata kembali peran dan kegiatan keluarga
 - D. menjalin interaksi antara keluarga yang harmonis
 - E. mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN KELUARGA

1. B. Pengambil Keputusan

Membantu keluarga dalam mengambil keputusan

A. Kedekatan antar anggota keluarga

Kedekatan antara anggota keluarga merupakan gambaran fungsi afeksi dalam keluarga

B. Pengambil keputusan

Pengambilan keputusan keluarga merupakan data dalam pengkajian struktur kekuasaan yang menjadi data penting bagi perawat untuk berdiskusi dan strategi perawat untuk membantu keluarga untuk mengambil keputusan merawat anggota keluarga yang sakit. Pengambil keputusan inilah yang menentukan apakah klien segera mendapatkan bantuan medis atau tidak mendapatkan bantuan medis

C. Aktivitas harian

Pola aktivitas keluarga merupakan gantangan mobilisasi keluarga dan data ini tidak dibutuhkan ketika perawat akan membantu keluarga mengambil keputusan.

D. Komunikasi

Pola komunikasi masih bagian dari kedekatan antara anggota keluarga atau gambaran fungsi afektif

E. nutrisi

Kebiasaan makan klien menjadi data awal untuk mengidentifikasi penyebab klien mengalami hipertensi namun pada kasus diatas difokuskan data untuk menentukan kemampuan keluarga mengambil keputusan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian struktur kekuasaan dalam pengkajian askek keluarga menurut Friedman.

Referensi:

Sutanto, Tantut, 2012, Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Aplikasi dan teori, Jakarta: Trans Info Media

Friedman, M. M., Bowden, V. R. and Jones, E. G. (2014) Buku Ajar Keperawatan Keluarga; Riset, Teori dan praktik. 5th edn. Edited by E. Tiar. Jakarta: EGC

2. E. Menggunakan masker selama di luar rumah

Klien siap berinteraksi dengan orang lain

A. menerapkan etika batuk

Etikan batuk ditekankan pada klien ketika baru menjalankan program pengobatan karena masih merasakan batuk sementara pada kasus menunjukkan keluhan batuk yang sudah berkurang dan cenderung normal

B. menuntaskan program pengobatan

Pengobatan TBC selama 6 bulan penting untuk dijalankan, namun pada kasus tersebut tidak ada statemen jika klien berniat menghentikan pengobatan karena sudah tidak merasakan gejala yang berarti.

C. membawa botol penampung dahak

Botol penampung dahak dibawa klien ketika baru menjalankan program pengobatan karena masih merasakan batuk

D. membatasi interaksi dengan tetangga

Pembatasan interaksi dengan tetangga difokuskan diawal-awal klien menjalankan program pengobatan, namun pembatasan interaksi klien malah membuat klien semakin minder berinteraksi karena kondisi penyakit klien. Berdasarkan kasus klien sudah menjalankan pengobatan selama 4 bulan yang risiko menularkan kuman TBC sudah menurun.

E. menggunakan masker selama di luar rumah

Penggunaan sangat dianjurkan pada klien yang menjalankan program TBC selama 6 bulan. selain melindungi klien juga dapat melindungi orang lain dari penularan TBC, meskipun pada pengobatan 4 bulan, risiko penularan sudah berkurang namun penggunaan masker tetap dianjurkan hingga klien menyelesaikan program pengobatan selama 6 bulan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengobatan dan penularan penyakit TBC.

Referensi:

Murwani, A. (2014) Keperawatan Keluarga dan Aplikasinya. I. Jogjakarta: Fitramaya.

3. D. Membantu keluarga untuk melaksanakan PHBS

Lingkungan rumah keluarga tersebut kumuh dan dekat dengan pembuangan sampah.

- A. Mengajurkan mencari tempat yang lebih layak (bukan intervensi yang tepat dengan perekonomian keluarga yang kurang)
- B. Memberikan sumbangan kepada keluarga tersebut. (tidak sesuai dengan upaya perberdayaan keluarga untuk melatih kemandirian)

- C. Mengajukan program beras untuk rakyat miskin untuk keluarga, (tidak mengatasi masalah keluhan anak ke dua)
- D. Membantu keluarga untuk melaksanakan PHBS, memberdayakan keluarga meminimalisasi berjangkitnya penyakit akibat lingkungan yang tidak dapat di hindari, antara lain membersihkan dan lingkungan rumah setiap hari, membiasakan anak-anak mencuci tangan sebelum dan sesudah makan
- E. Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara menghindari penyakit diare, (Penyuluhan belum sampai melakukan tindakan tidak menyelesaikan masalah kesehatan keluarga)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi keperawatan keluarga.

Referensi:

Friedman, M. M., & Bowden, V. R. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga. EGC.
Tim Pokja PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP
PPNI

4. B. Mengenal masalah kesehatan

Keluarga tidak tahu apa penyakit yang di derita ibunya

- A. Memodifikasi lingkungan (penyakit yang di keluhkan tidak berhubungan dengan lingkungan)
- B. Mengenal masalah kesehatan (sesuai dengan kasus)
- C. Merawat anggota keluarga yang sakit (keluarga belum merawat anggota keluarga yang sakit dengan baik)
- D. Mengambil/memutuskan tindakan yang tepat (dalam kasus tersebut keluarga belum memutuskan tindakan yang tepat untuk anggota keluarga yang sedang sakit)
- E. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan (keluarga belum memanfaatkan fasilitas kesehatan)

Strategi menjawab focus pada pertanyaan: tugas kesehatan keluarga yang belum mampu dilakukan. Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tugas kesehatan keluarga menurut Friedman.

Referensi:

Friedman, M. M., & Bowden, V. R. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga. EGC.

5. C. Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak

Anak marah apabila ditegur kedua orang tuanya, sikap anaknya berubah, bingung menjalankan peran orang tua dengan kondisi saat ini

- A. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan, kasus berfokus pada masalah anak remaja bukan pada pasangan dalam hubungan perkawinan
- B. Mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, tidak sesuai kasus yang fokus pada anak remaja
- C. Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak (sesuai kasus)
- D. Memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggungjawab (belum kepada tahap tindakan penyelesaian masalah)
- E. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi dan keamanan. (bukan merupakan penyelesaian kasus pada masalah remaja)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tugas perkembangan keluarga.

Referensi:

Friedman, M. M., & Bowden, V. R. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga. EGC.

6. A. Nyeri

mengeluh sakit pada kedua lutut, tidak mampu berdiri dalam waktu lama

- A. Nyeri
- B. Gangguan rasa aman, cenderung gangguan rasa nyaman: nyeri
- C. Hambatan mobilitas fisik, hambatan mobilisasi di sebabkan karena nyeri nya
- D. Ketidakmampuan merawat keluarga lansia, bukan masalah keperawatan yang utama
- E. Ketidakmampuan melakukan aktivitas secara mandiri (bukan masalah utama karena masalah utama belum terselesaikan)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi keperawatan pada buku SDIK.

Referensi:

Friedman, M. M., & Bowden, V. R. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga. EGC.
Tim Pokja PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP
PPNI

7. E. Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat

67 tahun, memiliki istri usia 63 tahun, tahap perkembangan keluarga usia lanjut.

- A. Mempertahankan keluarga yang harmonis (tahap perkembangan keluarga lebih umum)
- B. Adaptasi keluarga pada suasana yang baru (bukan tugas perkembangan keluarga dengan lanjut usia)
- C. Penata kembali peran dan kegiatan keluarga, (kurang sesuai tahap perkembangan keluarga dengan usia lanjut)
- D. Menjalin interaksi antara keluarga yang harmonis, (tidak sesuai dengan tahap perkembangan keluarga usia lanjut)
- E. Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat

Strategi menjawab fokus pada masalah keperawatan tugas perkembangan keluarga dengan usia lanjut. Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tugas perkembangan keluarga.

Referensi:

Friedman, M. M., & Bowden, V. R. (2010). Buku ajar keperawatan keluarga. EGC.

SOAL

KEPERAWATAN MATERNITAS

1. Seorang Perempuan, umur 22 tahun, G1P0A0 hamil 28 minggu datang ke Puskesmas untuk pemeriksaan kehamilan. Perawat sedang melakukan pemeriksaan Leopold dan sudah dapat menentukan bagian janin yang ada pada bagian fundus uterus. Apakah prosedur tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?
 - A. Letakkan telapak tangan di kanan dan kiri abdomen.
 - B. Letakkan kedua belah tangan pada bagian fundus uterus.
 - C. Letakkan tiga jari pada bagian atas simpisis.
 - D. Tekan bagian atas simpisis secara perlahan.
 - E. Pegang presentasi janin dan goyangkan.
2. Seorang perempuan berusia 21 tahun, G1P0A0, hamil 28 minggu, datang ke Puskesmas untuk memeriksakan kehamilannya. Pemeriksaan dengan Palpasi pada fundus uterus teraba lembut, kurang bundar dan kurang melenting. Apakah kesimpulan dari hasil pemeriksaan palpasi fundus pada kasus tersebut?
 - A. kepala janin
 - B. bokong janin
 - C. punggung janin
 - D. ekstremitas janin
 - E. bagian-bagian kecil janin
3. Seorang perempuan, usia 27 tahun, G2P2A0 datang ke Poliklinik dengan keluhan terlambat haid. Hasil pengkajian, pasien mengatakan HPHT 25 Nopember 2023, Haid teratur 28 hari sekali, lamanya haid kurang lebih 7 hari, tidak ada keluhan selama haid. Hasil pemeriksaan urine : hCG (+). Kapankah taksiran persalinan pada kasus tersebut?
 - A. 2 – 9 – 2024
 - B. 25 – 8 – 2024
 - C. 9 – 9 – 2024
 - D. 1 – 9 – 2024
 - E. 8 – 9 – 2024
4. Seorang perempuan umur 21 tahun, G1P0A0 hamil 34 minggu, datang ke rumah bersalin diantar oleh suaminya dengan membawa perlengkapan persalinan. Pasien mengatakan sebelum berangkat sudah merasakan mulas-mulas seperti mau melahirkan, tetapi saat ini hilang lagi. Hasil pemeriksaan TFU

- 32 cm, tidak ada kontraksi, tidak ada keluaran cairan atau lendir bercampur darah dari vagina. Apakah topik edukasi utama pada kasus tersebut?
- A. ketidaknyamanan kehamilan
 - B. tanda-tanda persalinan
 - C. tanda bahaya kehamilan
 - D. pemberian ASI eksklusif
 - E. senam hamil
5. Seorang perempuan, umur 35 tahun, G3P2A0 hamil 32 minggu dirawat di RS dengan Eklampsi. Perawat sedang melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tiba-tiba pasien kejang. Perawat sudah memasang reli tempat tidur sebelum meminta bantuan teman sejawatnya. Apakah prinsip etik yang dilaksanakan oleh perawatan pada kasus tersebut?
- A. autonomy
 - B. beneficence
 - C. justice
 - D. accountability
 - E. veracity
6. Seorang Perempuan, umur 25 tahun, P1A0, post partum normal 8 jam yang lalu, dirawat di ruang nifas, mengeluh merasa kelelahan dan pusing, takut bergerak dan buang air kecil karena ada jahitan pada perineum. hasil pengkajian : TD 110/70 mmHg, frekuensi Nadi 80x/m, frekuensi napas 20x/m, Suhu 37 C, terdapat tiga jahitan perineum, dengan skala nyeri 6, lochia berwarna merah dan berbau amis, selera makan menurun dan dihabiskan $\frac{1}{2}$ porsi. Apakah tindakan utama yang harus dilakukan pada kasus tersebut?
- A. *early ambulation*
 - B. perawatan putting susu
 - C. perawatan kandung kemih
 - D. memberikan makanan bergizi
 - E. perawatan episiotomy dan laserasi
7. Seorang Perempuan, umur 20 tahun datang ke Puskesmas diantar suami. Hasil pengkajian pasien mengatakan sering keputihan dan terjadi perdarahan saat berhubungan intim, suami perokok berat, menikah di usia 17 tahun, mempunyai dua anak laki-laki masing-masing umur 2 tahun dan 1 tahun, TD 120/80 mmHg, frekuensi Nadi 84x/m, frekuensi napas 18x/m, Suhu 36.8 C. Apakah pemeriksaan penunjang yang tepat pada pasien tersebut?

- A. USG
B. test serologi
C. screening HIV
D. pemeriksaan IVA test
E. pemeriksaan pap smear
8. Seorang Perempuan, 37 tahun, primigravida, Hamil 36 minggu, datang ke poliklinik RS diantar adik kandung, Hasil pengkajian pasien mengatakan baru pertama kali periksa kehamilan, merasa takut dan cemas menghadapi proses kehamilan dan persalinan, suaminya bekerja di luar kota, TD 120/80 mmHg, frekuensi Nadi 84x/m, frekuensi napas 24x/m, Suhu 37,2 C TB : 155 cm. BB sebelum hamil 47 kg dan sesudah hamil 68 kg, screening perawatan ante natal yang tidak adekuat. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. deficit pengetahuan
B. resiko cedera pada ibu
C. resiko cedera pada janin
D. kesiapan peningkatan nutrisi
E. keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis
9. Seorang perempuan 36 tahun G1P0A0 usia kehamilan 34 minggu melakukan pemeriksaan ANC di poliklinik RS. Hasil pengkajian pasien mengatakan nyeri kepala di frontal, tengkuk terasa berat, mual dan muntah, tidak ada selera makan, penglihatan kabur, pemeriksaan fisik tampak lemah, wajah sedikit odema, konjungtiva sedikit anemis, BB 66 kg, BB sebelum hamil 65 kg, TB 152 cm, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, Hb 9 gr%. Protein uri ++. Apakah risiko yang akan dialami ibu pada kasus tersebut?
- A. hyperemesis
B. pre eklamsia
C. solusio placenta
D. anemi dalam kehamilan
E. Perdarahan ante partum
10. Seorang perawat melakukan kunjungan rumah ke daerah binaan didapatkan perempuan 26 tahun, P1A0, post partum hari ke 4, hasil pengkajian ibu mengeluh produksi ASI sedikit, sehingga ragu untuk memberikan ASI eksklusif, cemas dan takut bayinya tidak cukup ASI. Hasil pemeriksaan fisik; payudara lunak, tidak ada nyeri, tidak ada lecet pada putting. Bayi menangis saat disusui

dan tidak mampu melekat pada payudara ibu. Apakah tindakan yang tepat dalam promosi laktasi pasca persalinan pada kasus tersebut?

- A. fasilitasi ibu saat melakukan IMD
- B. edukasi ibu tentang manfaat ASI eksklusif
- C. dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung
- D. ajarkan ibu mengatur posisi dan perlengkatan yang benar
- E. pilihkan fasilitas pelayanan dan tenaga kesehatan yang menjamin kemudahan proses menyusui

11. Seorang perempuan umur 20 tahun G1P0A0, datang ke poliklinik KIA untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pengkajian didapatkan mengeluh mual dan muntah di pagi hari dan sering buang air kecil. HPHT 25 April 2023, siklus menstruasi 30 hari. TD 120/80 mmHg, Frekuensi nadi 80 kali/menit, Frekuensi nafas 16 kali/ menit suhu 36,5 °C, BB 45 Kg. Kapankah Taksiran Persalinan pada kasus tersebut?

- A. 1 Januari 2024
- B. 1 Februari 2024
- C. 2 Februari 2024
- D. 30 Januari 2024
- E. 2 Januari 2024

12. Seorang perempuan umur 27 tahun G1P0A0 hamil 10 minggu, datang ke Poliklinik dengan keluhan mual dan muntah yang terus menerus. Hasil pengkajian: klien tampak lelah, mata terlihat agak cekung dan mukosa bibir kering. TD 100/60mmHg, Nadi teraba lemah Frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 20x/menit dan suhu 37,8 derajat celcius. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Perfusi perifer tidak efektif
- B. Hipertermi
- C. Hipovolemia
- D. Intoleransi aktivitas
- E. Defisit Nutrisi

13. Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0 hamil 36 minggu, datang ke poliklinik. Hasil pengkajian didapatkan sudah 1 minggu susah buang air besar, pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas. TD 110/80 mmHg, Frekuensi Nadi 70 kali/menit, Frekuensi nafas 16 kali/menit. Manakah anjuran yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Meningkatkan asupan cairan
 - B. Meningkatkan asupan nutrisi tinggi serat
 - C. Meningkatkan olahraga / aktivitas fisik berat
 - D. Meningkatkan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas
 - E. Pemakaian obat suppositoria anal
14. Seorang perempuan umur 23 tahun G1P0A0, hamil 24 minggu. Datang ke Poliklinik dengan keluhan sering pusing dan cepat lelah. Pusing dirasakan setelah melakukan aktivitas, mual dan muntah serta mata berkunang-kunang. Hasil pengkajian didapatkan TD 110/70 mmHg, Frekuensi nadi 70 kali/menit, akral dingin, konjungtiva dan warna kulit pucat serta turgor kulit menurun. Apakah masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Anemia
 - B. Intoleransi aktivitas
 - C. Nyeri akut
 - D. Perfusi perifer tidak efektif
 - E. Resiko ketidak seimbangan cairan
15. Seorang Perempuan umur 32 tahun, G2P1A0, hamil 38 minggu mengeluh nyeri bagian bawah, ketuban sudah pecah, dan keluar darah dari jalan lahir. Hasil Pengkajian didapatkan TD 130/80 mmHg, Frekuensi nadi 90 kali/menit, Frekuensi nafas 20 kali/menit. Kontraksi baik dan teratur, pembukaan sudah lengkap. Apakah Tindakan keperawatan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- A. Lakukan Pemeriksaan Dalam
 - B. Lakukan Pemecahan ketuban
 - C. Persiapan untuk persalinan
 - D. Periksa Kontraksi ibu
 - E. Monitor DJJ
16. Seorang perempuan, umur 27 tahun P2A0, datang ke PKM untuk melakukan kunjungan post partum hari ke7. Hasil pengkajian: ibu mengatakan kurang tidur, badan lemes, kurang nafsu makan karena sejak melahirkan hanya diperbolehkan makan nasi dan sayur-sayuran, konjungtiva pucat, wajah pucat, TD 90/80, nadi 80 x / menit, Pernafasan 28 x / menit, S 36°C. Apakah edukasi yang tepat terkait kasus tersebut?
- A. Mengajarkan cara mempersiapkan diri untuk tidur nyenyak.
 - B. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi sayur-sayuran.

- C. Memotivasi ibu untuk makan 3kali sehari dengan porsi yang banyak.
- D. Memberikan tips tentang penyajian makanan agar menambah selera makan.
- E. Menjelaskan pentingnya nutrisi sumber protein dan zat besi untuk ibu post partum
17. Seorang perempuan umur 35 tahun, P4A1 dirawat di ruang nifas hari kedua. Hasil pengkajian: pasien mengeluh pusing dan mengatakan baru 1 jam sudah 2x ganti pembalut yang penuh darah pasien juga belum menyusui bayinya, kontraksi uterus lembek, TFU 2 jari diatas pusat, TD 90/70 mmHg, frekuensi nadi 90 kali/menit, frekuensi nafas 25 kali/menit dan suhu 36°C. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. mengobservasi perdarahan
- B. memberikan drip oksitosin
- C. melakukan massage uterus
- D. menganjurkan pasien menyusui bayinya
- E. Berkolaborasi untuk memasang cairan infus
18. Seorang perempuan umur 30 tahun, G3P2A0 hamil 34 minggu, datang ke Poli kebidanan. mengeluh bengkak pada kedua tungkainya. Hasil pengkajian: pasien mengatakan kaki tetap bengkak meskipun sudah ditinggikan saat tidur, hasil palpasi kedua tungkai oedema positif. Apa tindakan selanjutnya yang akan dilakukan oleh perawat?
- A. Mengukur tekanan darah
- B. Melakukan palpasi pada tungkai
- C. Menyarankan pasien banyak istirahat
- D. Menganjurkan membatasi asupan garam
- E. Mengirim pasien ke laboratorium untuk pemeriksaan urine
19. Seorang perempuan, umur 21 tahun, G1 P0 A0 hamil 40 Minggu, datang ke rumah sakit mengeluh mules dan keluar darah dari kemaluan dan muncul rasa mengedan. Hasil pengkajian: his 5x tiap 10 menit, lamanya 47detik, pembukaan lengkap, porsio tidak teraba, presentasi kepala, selaput ketuban positif. Apakah langkah selanjutnya yang harus dilakukan?
- A. memecahkan ketuban
- B. membimbing mengejan
- C. menyokong perineum
- D. melakukan episiotomy

E. membersihkan vulva

20. Seorang perempuan 25 tahun ke UGD rumah sakit ditemani suaminya. Hasil pengkajian : G₁P₀A₀, usia kehamilan 16 minggu, keluar darah cukup banyak dari jalan lahir, nyeri perut hebat ,tampak menangis menahan sakit, saat dilakukan pemeriksaan dalam os serviks terbuka terdapat jaringan di sekitar serviks dan mengatakan tadi pagi klien terjatuh dari tangga. Apakah diagnosa medis pada kasus tersebut ?

- A. Abortus incomplete
- B. Abortus infeksiosa
- C. Abortus imminens
- D. Abortus complete
- E. Abortus insipiens

21. Seorang perempuan 18 tahun datang ke poli klinik kebidanan ditemani ibunya. Hasil pengkajian : G₁P₀A₀, usia kehamilan 30 minggu. Kunjungan pertama saat usia kehamilan 20 minggu. TD 140/90 mmHg, edema kaki, proteinuria. Apakah masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- A. kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan regimen terapi pre eklampsia.
- B. kesiapan untuk meningkatkan pemngatahan menjadi orang tua
- C. kurang pengetahuan mengenai regimen terapi
- D. kesiapan dalam peningkatan proses keluarga
- E. risiko kerusakan kedekatan orang tua dan bayi

22. Seorang perempuan 33 tahun datang ke poli kebidanan. Hasil pengkajian: dengan riwayat kehamilan kelima, anak pertama lahir secara normal, kehamilan kedua dan tiga mengalami abortus, anak keempat lahir dengan tindakan SC. Bagaimanakah cara penulisan status obstetri pada kasus tersebut?

- A. G5P4A2
- B. G4P3A1
- C. G5P3A2
- D. G5P3A1
- E. G4P3A1

23. Seorang perempuan 28 tahun datang ke rumah sakit. Hasil Pengkajian: G₂P₁A₀, usia kehamilan 30 minggu, sering air kecil, merasa haus, lapar, badan terasa lemas, hasil pemeriksaan tes toleransi glukosa oral (TTGO) 2 jam post

prandial 100 gr glukosa 165 mg/dL. 4000 gr dan klien takut bayi yang dikandungnya besar. Apakah intervensi keperawatan pada kasus tersebut?

- A. Pantau glukosa darah klien dan pantau tanda-tanda hipoglikemia dan hiperglikemia
- B. Berikan klien makan sedikit tapi sering, tinggi kalori, tinggi protein
- C. Anjurkan klien untuk meningkatkan intake cairan
- D. Anjurkan klien istirahat dengan posisi yang nyaman
- E. Meninjau kembali bahaya akibat dm pada ibu dan janin

24. Seorang perempuan 30 tahun datang ke poli kebidanan. Hasil pengkajian: G3P2A0 ,HPHT 4 September 2014. Perawat menggunakan perhitungan TTP Rumus Naegele. Kapankah waktu persalinan untuk kasus tersebut?

- A. 11 Juni 2015
- B. 7 Juni 2015
- C. 11 Juli 2015
- D. 7 Juli 2015
- E. 8 Juni 2015

25. Seorang perempuan, 28 thn, datang ke praktek bidan mandiri, hamil 34 minggu G2, P1, A0, mengalami perdarahan segar kurang lebih 100cc waktu bangun tidur, namun tidak merasakan sakit. Hasil pengkajian: TD : 110/70mmhg, frekuensi Nadi : 84 x / menit, HIS (-), DJJ (+). Apakah pemeriksaan penunjang yang tepat pada pasien tersebut untuk menentukan diagnosa pada kasus?

- A. DJJ
- B. USG
- C. EKG
- D. Darah lengkap
- E. Foto Rontgen

26. Seorang perempuan, 30 tahun dirawat di Ruang kebidanan 4 jam yang lalu melahirkan secara spontan, mengeluh perut terasa mules, nafsu makan menurun, pasien merasa haus, tampak darah keluar dari jalan lahir berbongkah-bongkah berwarna merah segar dan jumlahnya membasahi laken. Hasil pengkajian : TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 82x/ menit, konjunktiva tidak anemis. Apakah jenis darah yang keluar dari jalan lahir pada kasus tersebut?

- A. menstruasi

- B. lochea rubra
- C. lochea serosa
- D. lochea alba
- E. lochea sanguilenta

27. Seorang perempuan 26 tahun, hamil 30 minggu, G1 A0 P0, datang ke RSUP mengeluhkan keluar darah segar dari jalan lahir saat bangun tidur, tidak disertai nyeri perut, keadaan umum lemah. Hasil pengkajian : Tekanan Darah 90/60, Hb : 8,4 gr %, konjungtiva anemis, DJJ (+). Apakah masalah yang terdapat pada kasus tersebut ?
- A. ruptura uteri
 - B. abortus iminens
 - C. plasenta previa
 - D. solusio plasenta
 - E. abortus incompletes
28. Seorang perempuan, 23 tahun dirawat di Ruang kebidanan sejak dua hari yang lalu mengeluhkan mual dan muntah. Hasil pengkajian : nafsu makan menurun, mual, kurus, pasien tampak lemah dan letih, konjungtiva anemis, bibir kering, mata cekung turgor kulit jelek dan setiap makanan yang masuk langsung di muntahkan dan tidak dapat melakukan aktivitas, serta sulit tidur. TD : 90/70 mmhg, frekuensi Nadi : 88 kali/menit, frekuensi nafas 30 kali/i dan Suhu : 38⁰, Hb 9 gr%. Apakah intervensi keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- A. penurunan suhu tubuh
 - B. pemenuhan kebutuhan nutrisi
 - C. pemenuhan kebutuhan istirahat
 - D. pemenuhan kebutuhan oksigenasi
 - E. pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit
29. Seorang perempuan 25 tahun inpartu kala II berada di kamar bersalin. Setelah bayi lahir akan dilakukan bounding dengan ibu. Hasil pengkajian: suhu 36⁰C, frekuensi napas bayi 40x/menit. Apakah intervensi utama pada kasus?
- A. memastikan kondisi fundus rahim
 - B. membuat jalan udara pada bayi
 - C. memotong tali pusat
 - D. inisiasi menyusu dini
 - E. menilai APGAR skor

30. Seorang perempuan 27 tahun datang ke poli KIA untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil pengkajian: G1P0A0 hamil 32 minggu, kontraksi stres test, hasil non stres. Apakah yang harus diwaspadai pada kasus tersebut?
- A. penilaian belum cukup umur
 - B. ketuban pecah dini
 - C. kematian janin
 - D. hipoksia janin
 - E. deselerasi DJJ
31. Seorang perempuan 24 tahun datang ke poli KIA. Hasil pengkajian: G1P0A0 hamil 28 minggu, test sonogram perdarahan tanpa rasa sakit, warn merah segar, janin kecil, posisi plasenta letak rendah, TD 110/70mmHg, frekuensi nadi 88x/menit dan frekuensi napas 20x/menit. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. resiko gangguan perfusi ke uteroplasenta
 - B. deficit volume cairan dan elektrolit
 - C. resiko *injuri* maternal
 - D. resiko cidera fetal
 - E. resiko gawat janin
32. Seorang perempuan 24 tahun datang ke poli KIA. Hasil pengkajian: G1P0A0 hamil 15 minggu, pemeriksaan sonografi menunjukkan kehamilan ganda. Apakah resiko yang dijelaskan pada pasien tersebut?
- A. hipertensi gestasional
 - B. kembar transfigurasi
 - C. persalinan prematur
 - D. diabetes gestasional
 - E. sindrom down
33. Seorang perempuan 22 tahun dirawat ruang maternitas. Hasil pengkajian: G1P0A0 hamil 28 minggu, nyeri daerah epigastrium, penglihatan ganda, pengeluaran urine sedikit, dan edema pada ekstremitas, TD 160/110mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 22x/menit, proteinuria, dan mendapatkan terapi MgSO4. Apakah evaluasi dalam pemberian terapi pada kasus tersebut?
- A. aktivitas janin meningkat
 - B. frekuensi napas 12x/menit
 - C. pitting edema meningkat

- D. output urin menurun
E. reflex tendon +2
34. Seorang perempuan, usia 25 tahun, G1P0A0 hamil 34 minggu datang ke poli kebidanan untuk memeriksakan kandungannya. Hasil pemeriksaan Tekanan darah: 110/80 mmhg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37°C. Pada pemeriksaan leopold didapatkan posisi kepala berada di fundus, teraba panjang dan keras di bagian kiri ibu. Janin belum masuk pintu atas panggul. Selanjutnya perawat akan melakukan DJJ. Dimanakah lokasi yang benar untuk mendengarkan DJJ pada kasus tersebut?
- A. Kuadran kanan bawah
B. Kuadran kanan atas
C. Kuadran kiri bawah
D. Kuadran kiri atas
E. Disekitar pusat
35. Seorang perempuan, usia 20 tahun, G3P2A0, hamil 34 minggu datang ke poli gynecologi. Pasien mengeluh mengeluarkan darah waktu bangun tidur tapi tidak merasakan sakit. Hasil pemeriksaan tekanan darah: 110/70 mmhg, frekuensi nadi: 84 x/menit, HIS (-), DJJ (+). Apakah pemeriksaan penunjang yang tepat untuk mengetahui sumber perdarahan pada kasus tersebut?
- A. Darah lengkap
B. Foto rontgen
C. EKG
D. USG
E. DJJ
36. Seorang Perempuan, usia 25 tahun datang ke PUSKESMAS untuk periksa kehamilan. Hasil pemeriksaan kehamilan sekarang adalah kehamilan yang ketiga, anak pertama keguguran, anak kedua lahir secara normal. Bagaimanakah cara penulisan status obstetri pada kasus tersebut?
- A. G3P1A0
B. G3P1A1
C. G3P2A0
D. G3P2A1
E. G3P2A2

37. Seorang perempuan, usia 26 tahun, pasca persalinan sectio caesaria hari ke tiga. Hasil Pemeriksaan: terdapat luka operasi casesar pada abdomen bawah, kasa tidak terlihat rembesan, ekspresi wajah meringis saat bergerak. Perawat akan melakukan perawatan luka. Apakah yang harus perawat lakukan terlebih dahulu?
- A. Menggunakan sarung tangan/handscoot
 - B. Merekatkan menggunakan plester
 - C. Membersihkan luka dengan nacl
 - D. Membuka kasa/perban
 - E. Mengoleskan obat
38. Seorang perempuan, usia 27 tahun, G2P1A0 hamil 38 minggu, masuk ruang bersalin dengan keluhan mules – mulas sejak 4 jam, lalu ada keluar lender bercampur darah sedikit. Ibu mengeluh sakit di atas simfisis menjalar ke pinggang belakang. Wajah tampak meringis Hasil pemeriksaan pembukaan servik 8 cm, ketuban utuh, persentasi kepala. Apakah Tindakan yang terpat pada kasus tersebut
- A. Memberi majalah
 - B. Menggunakan analgesic
 - C. Menganjurkan ibu jalan – jalan
 - D. Memfasilitasi istirahat dan tidur
 - E. Melakukan deep back massage
39. Seorang perempuan, umur 27 tahun G1P0A0 hamil 24 minggu datang ke poliklinik, mengeluh keputihan yang berlebihan, tidak gatal. Hasil pengkajian cemas tentang kondisi kehamilan dengan keputihan, TD 120/80 mmHg, Frekuensi Nadi 80 x/menit, frekuensi nafas 18 x/menit. Suhu 37⁰C, Pemeriksaan daerah genetalia kotor, terdapat cairan keputihan warna putih keruh. Apakah intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- A. Melakukan cebok dengan air bersih
 - B. Memakai baju yang longgar
 - C. Menggunakan pantylinner
 - D. Mengganti pakaian dalam
 - E. Melakukan personal hygiene dan vulva hygiene
40. Seorang perempuan, umur 23 tahun GIP0A0 hamil 14 minggu, diantar keluarga ke Poliklinik, mengeluh keluar darah segar pervaginam banyak, perut terasa nyeri dan badan lemas, Hasil pengkajian tampak kesakitan,gelisah, cemas,

lelah, dan pucat, TD.100/80 mmHg, frekuensi nadi 60 x/menit, frekuensi napas 24 x/menit, Suhu badan 36,5° C. pemeriksaan abdomen ada kontraksi, pemeriksaan dalam cakalis servikalis terbuka, teraba jaringan dalam cavum uteri eksternum. Apakah Keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- B. Nyeri Akut (diagnosa aktual) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- C. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- D. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif
- E. Berduka sehubungan dengan kematian janin

41. Seorang perempuan, umur 25 tahun G2P1A0 hamil 38 minggu, datang ke RS, mengeluh perut mulas yang hilang timbul, keluar darah lendir dari jalan lahir. Hasil pengkajian TFU 36 Cm letak kepala terdapat HIS 2x setiap 10 menit selama 10 detik sejak 8 jam yang lalu, darah bercampur lender dari kemaluan, saat dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan sudah 4 cm, serviks tipis dan mendatar. Apakah masalah keperawatan utama yang terjadi pada kasus tersebut?

- A. Nyeri kontraksi
- B. Gangguan rasa nyaman
- C. Deficit volume cairan
- D. Resiko Trauma Janin
- E. Defisit Nutrisi

42. Seorang perempuan, umur 30 tahun, P20A0 datang ke poliklinik, mengeluh payudara terasa penuh dan sakit, badan panas. Hasil pengkajian nifas hari ke 7, cemas. Payudara keras dan nyeri, putting susu menonjol dan, areola kehitaman ASI belum keluar, TD=110/70 mmHg, Frekwensi nadi 80 x/menit, frekwensi suhu 37,5°C. Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. Mengajari cara menyusui yang benar
- B. Melakukan perawatan payudara nifas rutin
- C. Membuatkan jadwal meneteki 3 jam sekali
- D. Mengompres payudara dengan air hangat
- E. Anjurkan menggunakan BH menyusui

43. Seorang perempuan, umur 38 tahun P50A0. dirawat di RS. Hasil pengkajian riwayat melahirkan anak kelima dengan perdarahan, atonia uteri, riwayat PEB. Anak pertama umur 12 tahun. Dan anak ke empat 1 tahun siklus menstruasi teratur, ibu maupun suaminya tidak ingin punya anak lagi, dan ingin berKB. Apakah alat kontrasepsi yang disarankan pada kasus tersebut?

- A. Suntik
- B. Pil KB
- C. AKDR
- D. MOW
- E. Norplant

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN MATERNITAS

1. A. Letakkan telapak tangan di kanan dan kiri abdomen

Pemeriksaan Leopold dan sudah dapat menentukan bagian janin

Kasus tersebut menggambarkan perawat yang sedang melaksanakan pemeriksaan uterus dengan Leopold, prosedur yang sudah selesai dilakukan adalah Leopold manuver I, sehingga Perawat sudah dapat menentukan bagian janin yang ada pada bagian fundus uterus. Dengan demikian maka prosedur selanjutnya adalah melaksanakan Leopold manuver II.

- A. Prosedur ini merupakan Langkah pertama dalam melaksanakan Leopold manuver II yang bertujuan untuk menentukan bagian janin yang ada di samping kiri dan kanan uterus dengan cara meletakan kedua telapak tangan pada bagian samping uterus, kemudian tangan kiri menahan uterus disisi sebelah kanan dan tangan kanan meraba dan merasakan apa yang ada pada sisi uterus sebelah kiri, selanjutnya lakukan pada sisi uterus sebelah kanan dengan gerakan yang sama.
- B. Prosedur ini merupakan prosedur yang dilaksanakan pada Leopold manuver I, yang bertujuan untuk menentukan bagian janin yang ada pada bagian fundus uterus
- C. Meletakan tiga ujung jari pada bagian atas simpisis merupakan prosedur pertama pada Leopold manuver III
- D. Prosedur menekan bagian simpisis secara perlahan sampai teraba bagian janin merupakan prosedur pada leopold manuver III yang bertujuan untuk menentukan presentasi janin
- E. Prosedur memegang presentasi janin dan goyangkan presentasi janin merupakan prosedur terakhir dari Leopold manuver III yang bertujuan untuk menentukan apakah yang menjadi presentasi sudah masuk pintu atas Panggul atau belum.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur pemeriksaan uterus pada ibu hamil dengan Leopold.

Referensi:

Deswani (2010) Panduan Praktek Klinik dan Laboratorium: Keperawatan Maternitas, Jakarta: Salemba Medika

2. B. Bokong janin

Teraba lembut, kurang bundar dan kurang melenting.

- A. Kepala janin akan teraba bulat, keras dan melenting
- B. Bokong janin akan teraba lembut, kurang bundar dan kurang melenting

- C. Punggung janin akan teraba melebar, keras badan memanjang
- D. Ekstremitas janin akan teraba bagian yang kosong, ada tonjolan atau bagian kecil-kecil dan dapat bergerak
- E. Bagian-bagian kecil janin merupakan bagian ekstermitas janin

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur pemeriksaan uterus pada ibu hamil dengan Leopold.

Referensi:

Deswani (2010) Panduan Praktek Klinik dan Laboratorium: Keperawatan Maternitas, Jakarta: Salemba Medika

3. A. 2 – 9 – 2024

HPHT, siklus haid 28 hari

A. Berdasarkan kasus diketahui bahwa HPHT 25 – 11 - 2023 dan siklus haid teratur 28 hari, sehingga untuk menghitung Taksiran Persalinan menggunakan rumus tanggal ditambah 7, bulan dikurangi 3 dan tahun ditambah 1 ($+7 - 3 + 1$)

Apabila HPHT 25 - 11 - 2023

$$+ 7 - 3 + 1$$

$$32 - 8 - 2024$$

Karena HPHT-nya bulan Nopember dimana jumlah harinya 30 hari maka untuk tanggal Taksiran Persalinan menjadi tanggal 2 dan untuk bulan menjadi 9, sehingga Taksiran Persalinannya adalah 2 – 9 – 2024

B. Apabila siklus haid 21 hari, maka Taksiran Persalinan:

$$25 - 11 - 2023$$

$$- 3 + 1$$

$$25 - 8 - 2024$$

Sehingga Taksiran Persalinannya (HPL) adalah 25 – 8 - 2024

C. Apabila siklus haid 35 hari maka Taksiran Persalinan:

$$25 - 11 - 2023$$

$$+14 - 3 + 1$$

$$39 - 8 - 2024$$

Karena HPHT-nya bulan Nopember dimana jumlah harinya 30 hari maka untuk tanggal Taksiran Persalinan menjadi tanggal 9 dan untuk bulan menjadi 9, sehingga Taksiran Persalinannya adalah 9 – 9 – 2024

D. Perhitungannya sama dengan pada option A tetapi apabila jumlah hari dalam bulan HPHT nya 31 hari maka Taksiran Persalinannya adalah 1 – 9 – 2024

- E. Perhitungannya sama dengan pada option B tetapi apabila jumlah hari dalam bulan HPHT nya 31 hari maka Taksiran Persalinannya adalah 8 – 11 – 2023

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang taksiran persalinan atau Hari Perkiraan persalinan (HPL) berdasarkan Rumus Neagle.

Referensi:

Lowdermilk, Perry & Cashion (2013) Keperawatan Maternitas, Edisi Buku 1, (Sidarta & Tania, Penerjemah), Singapura: Elsevier Mosby

4. B. Tanda-tanda persalinan

Persiapan persalinan tetapi belum ada kontraksi, tidak ada pengeluaran cairan atau lendir bercampur darah

- A. Ketidaknyamanan kehamilan merupakan salah satu topik edukasi yang diberikan pada ibu hamil trimester III, dimana ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III diantaranya kontraksi Braxton hicks, napas pendek dan dispnea, insomnia dan ketidaknyamanan serta tekanan pada perineum, tetapi topik ini tidak relevan dengan deskripsi kasus tersebut sehingga topik ini kurang tepat untuk kasus tersebut.
- B. Tanda awal persalinan adalah adanya kontraksi/mulas yang teratur dan semakin lama semakin terasa sering dan lama serta adanya pengeluaran lendir bercampur darah atau adanya pengeluaran cairan ketuban. Mules yang dirasakan oleh ibu pada kasus tersebut adalah akibat Braxton hicks yang merupakan hal normal dirasakan oleh ibu hamil menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak dirasakan nyeri dan tidak menyebabkan pembukaan serviks. Tetapi mules tersebut dipersepsikan oleh ibu dan suaminya sebagai tanda awal kehamilan. Hal tersebut menunjukan bahwa ibu hamil dan suaminya belum mengetahui tanda awal persalinan. Dengan demikian maka perlu diberikan edukasi tentang tanda awal persalinan sehingga ibu dapat membedakan kontraksi awal persalinan dengan kontraksi braxton hicks.
- C. Topik tanda bahaya kehamilan merupakan topik edukasi pada trimester III, dimana pada trimester III dapat terjadi perdarahan, pecahnya ketuban sebelum waktunya, demam tinggi, sakit kepala yang hebat, kaku kuduk penglihatan ganda atau adanya edema pada ekstremitas atau wajah. Topik ini tidak sesuai dengan deskripsi pada kasus tersebut sehingga kurang tepat.

- D. Pemberian ASI Eksklusif merupakan topik edukasi pada ibu trimester III sehingga ibu sudah mempunyai rencana dan siap untuk memberikan ASI pada saat bayi sudah lahir, tetapi topik ini tidak sesuai dengan deskripsi pada kasus tersebut.
- E. Topik ini masih perlu diberikan pada ibu hamil trimester III. Tujuan senam hamil pada trimester III adalah mengurangi keluhan-keluhan ringan, memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot dinding abdomen, ligament dan dasar panggul melatih pernapasan, serta Latihan mengejan. Tetapi topik ini tidak sesuai dengan deskripsi kasus.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang topik KIE pada ibu hamil trimester III.

Referensi:

Lowdermilk, Perry & Cashion (2013) Keperawatan Maternitas, Edisi Buku 1, (Sidarta & Tania, penerjemah) , Singapura: Elsevier Mosby.

5. B. Benefience

Perawat memasang reli tempat tidur sebelum meminta bantuan.

- A. Autonomy (otonomi) merupakan prinsip etik dimana perawat memandang pasien sebagai individu yang mempunyai kemampuan berpikir secara logis sehingga mampu menentukan atau mengatur dirinya sendiri.
- B. Benefience (berbuat baik) salah satu prinsip etik yang menuntut perawat untuk selalu melakukan hal yang terbaik untuk pasien berdasarkan clinical judgment sehingga mencegah terjadinya kesalahan tindakan atau risiko cedera pada pasien.
- C. Justice (Keadilan) merupakan prinsip etik dimana perawat harus memperlakukan setiap pasien dengan seimbang. Perawat akan menerapkan prinsip keadilan dalam praktik profesionalnya akan bekerja dengan benar sesuai dengan hukum dan standar yang ditetapkan.
- D. Accountability (Akuntabilitas) merupakan prinsip etik yang harus dijalankan oleh perawat dimana seorang perawat dalam menjalankan tugasnya atau setiap tindakan yang dilakukan pada pasien harus dapat dipertanggungjawabkan dan dapat dinilai oleh orang lain.
- E. Veracity (Kejujuran) dimana perawat harus menyampaikan kebenaran pada pasien dan keluarga sampai keluarga dapat memahami pesan yang disampaikan oleh perawat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi:

Mangara (2022) Etika Keperawatan (Praktis Menjadi Perawat Profesional), Indramayu: Adab

6. A. Early ambulation

Perawatan selama minggu pertama masa nifas

- A. early ambulation; merupakan kemampuan ibu dalam 24 jam post partum untuk menggerakkan ekstremitas dengan bangun dan berdiri dari tempat tidur, berjalan. Tujuannya untuk memberikan rasa sehat, mempercepat involusio uterus dan mengurangi kejadian thrombosis, memberi kesempatan perawat mengajarkan perawatan BBL
- B. perawatan putting susu: Putting susu harus diperhatikan kebersihannya pada fisura karena susu yang kering kemungkinan bertumpuk dan mengiritasi puting susu karena kerusakan putting susu merupakan porte de'entrée dan dapat menimbulkan mastitis
- C. Perawatan kandung kemih: Poliuri post partum selama beberapa hari setelah melahirkan menyebabkan kandung kemih terisi dalam waktu yang relative singkat dan diperlukan miksi berulang kali. Jika terjadi peregangan berlebih diperlukan dekompreksi dengan kateter, jika hasil kateterisasi mencapai > 1000 ml atau diperlukan ≥ 3 kali/hari selama beberapa hari pertama, kateter menetap selama 12 – 24 jam dapat membantu mengembalikan tonus otot
- D. Edukasi makanan bergizi: Anjuran mengkonsumsi makanan beraneka ragam dengan berprotein tinggi, buah-buahan dan sayur-sayuran. Serta banyak cairan terutama ibu menyusui.
- E. Perawatan episiotomy dan laserasi: Bersihkan perineum dengan hati-hati menggunakan sabun dan air minimal satu atau dua kali setiap hari dan setelah buang air besar. periksalah luka episiotomi atau perbaikan laserasi setiap hari. Lakukan pemeriksaan vagina dan rectum jika terjadi hematome atau infeksi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Perawatan dalam masa nifas.

Referensi:

Cunningham. F. Gary, 1995 Obstetri Williams, alih bahasa joko Suyono, Andry Hartono, editor Devi H. Ronardy, edisi 18, Jakarta, EGC

7. D. Pemeriksaan IVA test

Persiapan pasien untuk pemeriksaan diagnostic dan laboratorium

- A. USG: USG (ultrasonografi) adalah metode diagnostic non invasive dengan menggunakan gelombang suara berfrekuensi tinggi. Fungsi USG untuk memeriksa kehamilan dan mendeteksi dan mendiagnosis masalah kesehatan, USG dilakukan pada, kepala, leher, payudara perut dan organ reproduksi (mendeteksi kelainan pada organ reproduksi pria dan Wanita)
- B. Tes serologi: Pemeriksaan serologi untuk menegakkan diagnose suatu penyakit antara lain karena reaksi serologi spesifik untuk suatu agen infeksius. Pengambilan sampel darah relative mudah dan waktu yang diperlukan relative singkat.
- C. Screening HIV: Screening HIV menggunakan TES PCR untuk mendeteksi materi genetic (RNA atau DNA) HIV dalam darah, tes dilakukan dengan mengambil sampel darah untuk diperiksa lebih lanjut di laboratorium. Test HIV perlu dilakukan pada seseorang yang beresiko tinggi terkena HIV seperti: pekerja seks komersial (PSK), menyalahgunakan narkoba, menderita infeksi menular seksual, sering berganti pasangan seksual baik homoseksual maupun heteroseksual, pernah berhubungan seksual dengan penderita HIV.
- D. Pemeriksaan iva test: IVA (inspeksi visual) adalah deteksi kanker leher rahim melalui pemeriksaan leher lahir dengan mengoleskan cara asam asetat atau asam cuka 3 – 5 %. Pemeriksaan sederhana, mudah, cepat dan hasilnya dapat diketahui secara langsung dan tidak memerlukan sarana laboratorium, dapat dilaksanakan di puskesmas oleh dokter umum atau bidan.
- E. Pemeriksaan pap'smear: Pap smear adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk deteksi dini kanker serviks atau kanker leher Rahim. Diperiksa oleh dokter di RS atau klinik dengan biaya relative mahal berkisar Rp. 200.000 – 1.000.000. Hasil pengambilan sampel sel harus dibawa ke laboratorium untuk pemeriksaan lanjut

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Praktika asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi : Ca Cerviks.

Referensi:

Lowdermik. D.L dkk. 2013. Keperawatan Maternitas, Volume 2, Edisi Bahasa Indonesia 8 Mosby : Elsevier

8. B. Resiko cedera pada ibu

Diagnosa keperawatan pada kehamilan fisiologis

A. Deficit pengetahuan

Ketidadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, penyebabnya: gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang mampu mengingat dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi

B. Resiko cedera pada ibu

Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik pada ibu selama masa kehamilan sampai dengan proses kehamilan dengan faktor resiko: merasa takut dan cemas yang berlebihan menghadapi proses kehamilan dan persalinan, kurangnya dukungan keluarga terutama suami dan orang tua, perawatan prenatal kurang adekuat. Kondisi klinis: posisi tubuh lordosis

C. Resiko cedera pada janin

Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik pada janin selama masa kehamilan sampai dengan proses persalinan dengan faktor resiko: Besar nya ukuran janin, kelelahan, riwayat persalinan sebelumnya nyeri pada abdomen dan jalan lahir dan induksi persalinan

D. Kesiapan peningkatan nutrisi

Pola asupan nutrisi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme dan dapat ditingkatkan.

E. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis

Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Konsep asuhan keperawatan pada ibu hamil fisiologis.

Referensi:

Manuaba Ida, 2001, Kapita selecta penatalaksanaan rutin obstetric, ginekologi dan KB, copi editor; Lia Adtika Sari, Jakarta, EGC

PPNI, 2017, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indicator Diagnosis edisi 1, Jakarta, DPP PPNI

9. B. Pre eklamsia

Kehamilan dengan risiko tinggi

A. Pre eklamsia adalah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, oedema dan proteinuri. Penyakit ini umumnya terjadi pada trimester ke-tiga kehamilan tetapi dapat juga terjadi pada kehamilan sebelumnya seperti pada molahidatidosa

- B. Hyperemesis adalah mual dan muntah yang terjadi secara berlebihan selama hamil. Mual dan muntah (morning sickness) pada kehamilan trimester awal sebenarnya normal. Namun, pada hiperemesis gravidarum, mual dan muntah dapat terjadi sepanjang hari dan berisiko menyebabkan dehidrasi.
- C. Solutio placenta adalah terlepasnya placenta sebelum waktunya dengan implantasi normalnya pada kehamilan trimester ke tiga yang menyebabkan akumulusai darah antara placenta dan dinding rahim yang menimbulkan gangguan penyulit pada ibu maupun janin. Seperti berkurangnya darah dalam sirkulasi darah umum, penderita tampak anemis.
- D. Anemi dalam kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya sangat mudah. Pada anamnesa didapatkan keluhan cepat Lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda, Hb kurang dari 11 g%
- E. Perdarahan ante partum adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan diatas 28 minggu atau lebih. Dan disebut sebagai perdarahan pada trimester tiga

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada ibu hamil patologis.

Referensi:

Manuaba ida ayu candra dkk, 2010, Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KBuntuk Pendidikan bidan, editor: Monika Ester dan Estu Tiar , ed. 2. Jakarta. EGC

10.C. Dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung

Promosi Laktasi

A. fasilitasi ibu saat melakukan IMD

IMD (Inisiasi Menyusu Dini) adalah proses bayi menyusu segera setelah dilahirkan, Dimana bayi dibiarkan mencari putting susu ibunya sendiri. IMD sangat membantu dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif dan lama menyusu.

B. edukasi ibu tentang manfaat ASI eksklusif

Pemberian ASI eksklusif merupakan hal yang krusial dalam menopang pertumbuhan dan perkembangan bayi, seperti meningkatkan antibodi, melindungi dari penyakit infeksi, dan beberapa manfaat lainnya. Pemberian

ASI eksklusif juga memiliki manfaat fisik dan psikologis bagi sang ibu. Edukasi ini diberikan sejak masa kehamilan

C. dampingi ibu selama kegiatan menyusui berlangsung.

Pendampingan yang diberikan perawat selama kegiatan menyusui berlangsung dapat memberikan dukungan psikologis ibu dan membantu menyelesaikan masalah menyusui yang dihadapi ibu dalam masa nifas, cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI selama 6 bulan

D. ajarkan ibu mengatur posisi dan perlengkatan yang benar

kegiatan promosi laktasi ini dilakukan pada masa persalinan setelah pemberian Tindakan Inisiasi Menyusu Dini

E. pilihkan fasilitas pelayanan dan tenaga kesehatan yang menjamin kemudahan proses menyusui

Pemilihan faskes dan tenaga kesehatan diberikan pada masa kehamilan sehingga ibu dapat mengambil Keputusan sesuai kondisi dan tempat tinggal yang berdekatan dengan faskes.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali Praktik Asuhan keperawatan bayi baru lahir.

Referensi:

Sudargo T, Kusmayanti N.A. 2021. Pemberian ASI eksklusif sebagai makanan sempurna untuk bayi, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.

PPNI, 2021, pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, edisi 1, Jakarta, DPP PPNI.

11.B. 1 Februari 2024

HPHT

A. Jawaban tidak tepat sesuai rumus yang ada (+7, -3, +1)

B. Jawaban tepat sesuai rumus yang ada (+7, -3, +1)

C. Jawaban tidak tepat sesuai rumus yang ada (+7, -3, +1)

D. Jawaban tidak tepat sesuai rumus yang ada (+7, -3, +1)

E. Jawaban tidak tepat sesuai rumus yang ada (+7, -3, +1)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep anenatal care menghitung taksiran persalinan.

Referensi:

Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2012). Buku ajar keperawatan maternitas. 4.ed. Jakarta: EGC.

12.C. Hipovolemia

Mual muntah terus menerus, tanda kekurangan volume cairan

- A. Data mayor tidak mendukung diagnosa sesuai SDKI
- B. Data mayor tidak mendukung diagnosa sesuai SDKI
- C. Data mayor mendukung diagnosa sesuai SDKI
- D. Data mayor tidak mendukung diagnosa sesuai SDKI
- E. Data mayor tidak mendukung diagnosa sesuai SDKI

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah hiperemesis gravidarum, dan diagnosis hypovolemia.

Referensi:

Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2012). Buku ajar keperawatan maternitas. 4.ed. Jakarta: EGC.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis keperawatan Indonesia, Edisi 1, 2016

13.B. Meningkatkan asupan nutrisi tinggi serat

Hamil 36 minggu, susah buang air besar

- A. hamil 36 minggu, penekanan kandung kemih jika harus banyak minum, resiko bak meningkat.
- B. efek hormon progesteron menurunkan peristaltik usus, sehingga harus banyak makan tinggi serat.
- C. harusnya olahraga atau aktivitas fisik yang toleransi
- D. menurunkan asupan tinggi gas, menghindari ketidaknyamanan
- E. belum perlu obat suppositoria, konstipasi fisiologis pada ibu hamil

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep antenatal perubahan fisiologis karena peningkatan hormon.

Referensi:

Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2012). Buku ajar keperawatan maternitas. 4.ed. Jakarta: EGC.

14.D. Perfusi perifer tidak efektif

- Akral dingin, kulit pucat dan turgor kulit menurun
- A. Data mayor tidak mendukung diagnosa sesuai sdki
 - B. Data mayor tidak mendukung diagnosa sesuai sdki
 - C. Data mayor tidak mendukung diagnosa sesuai sdki
 - D. Data mayor mendukung diagnosa sesuai sdki
 - E. Data mayor tidak mendukung diagnosa sesuai sdki

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep ibu hamil dengan Anemia.

Referensi:

- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2012). Buku ajar keperawatan maternitas. 4.ed. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis keperawatan Indonesia, Edisi 1, 2016

15.C. Persiapan untuk persalinan

- Pembukaan sudah lengkap
- A. Sudah dilakukan dan sudah ada hasil
 - B. Ketuban sudah pecah
 - C. pembukaan sudah lengkap
 - D. kontraksi ibu baik
 - E. kontraksi baik dan teratur

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang keperawatan maternitas.

Referensi:

- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D., & Perry, S. E. (2012). Buku ajar keperawatan maternitas. 4.ed. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018, edisi 1

16.E. Menjelaskan pentingnya nutrisi sumber protein dan zat besi untuk ibu post partum

Data Hasil pengkajian : Hanya makan nasi dan sayur, konjungtiva pucat.

- A. memang ada kaitannya dengan keluhan ibu mengatakan kurang tidur, tapi edukasi ini tidak akan dapat mengatasi masalah aktual yang dialami ibu.
- B. Edukasi ini tidak bermanfaat karena ibu sudah melakukannya.
- C. Edukasi memotivasi makan 3x sehari dan banyak belum tentu mengandung Gizi seimbang sehingga tidak mengatasi masalah
- D. Tips makanan untuk menambah selera makan tidak akan ada gunanya jika konsumsi makanan yang dimakan tidak mengandung gizi untuk mengatasi masalah.
- E. Menjelaskan pentingnya nutrisi sumber protein dan zat besi untuk ibu post partum, merupakan jawaban yang tepat karena: Ibu post partum sangat membutuhkan nutrisi seimbang untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah proses persalinan. Hasil pengkajian didapatkan tanda dan gejala mengarah pada kondisi kekurangan nutrisi yang mengarah kepada anemia, pasien mengatakan makan hanya dengan sayuran maka untuk mencegah terjadinya anemia konsumsi makanan sumber protein sangat diperlukan karena zat pembentuk sel darah merah selain zat besi dan asam folat yang terdapat pada sayuran juga harus ada unsur protein sebagai pembentuk sel-sel darah baru.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kebutuhan nutrisi pada ibu post partum.

Referensi:

Susi Sastika Sumi,2023, Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Eureka Media Aksara, Purbalingga.

17.C. Melakukan massage uterus

kontraksi uterus lembek, TFU 2 jari diatas pusat

Masalah pada kasus adalah actual dan harus segera diatasi dengan tindakan mandiri perawat yaitu massage uterus.

Massage uterus adalah tindakan independen perawat, yang dapat dilakukan segera, tindakan ini akan menstimulus oksitosin yang berfungsi meningkatkan kontraksi uterus sehingga akan menghentikan/mengurangi perdarahan

Jawaban:

- A. Observasi perdarahan memang perlu, tapi tindakan ini dilakukan sebagai tindakan preventif, bukan tindakan untuk mengatasi masalah aktual.
- B. Berikan drip oksitosin adalah tindakan kolaboratif, dilakukan ketika tindakan mandiri tidak dapat mengatasi masalah

- C. Penghisapan putting susu akan merangsang pengeluaran oksitosin yang dapat mencegah terjadinya perdarahan, hal ini dilakukan sebagai tindakan pencegahan, sedangkan pada kasus memerlukan penanganan segera.
- D. Pemberian infus adalah tindakan untuk mengatasi atau menggantikan cairan yang sudah keluar bukan utk mengatasi penyebab terjadinya perdarahan pada kasus, tindakan ini akan segera dilakukan ketika penyebab perdarahan sudah teratasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askep post natal dengan perdarahan post partum.

Referensi:

Ratnawati, 2018, Asuhan Keperawatan Maternitas, Pustaka Baru Press, Yogyakarta.

18.A. Mengukur tekanan darah.

hamil 34 minggu, oedema positif.

Secara konsep kehamilan trimester 2 dan 3 ketika terdapat gejala pembengkakan pada tungkai maka harus waspada terhadap terjadinya pre eclampsia yang memunculkan tanda dan gejala khas yang sering di sebut trias gejala yaitu : odema pada tungkai, Tekanan darah tinggi dan terdapatnya protein dalam urine. Maka ketika dalam pengkajian perawat telah mengetahui adanya pembengkakan pada tungkai untuk memastikan apakah itu gejala preeclampsia maka perawat harus segera memeriksa tekanan darahnya, ketika terdapat peningkatan tekanan darah minimal 140/90 maka 2 diantara 3 gejala sudah dapat dipergunakan untuk mendiagnosa bahwa pasien tersebut menderita preeklampsia dan perlu penanganan lebih lanjut. Sehingga jawaban : B, C, D,E adalah salah.

Jawaban :

- A. Dari hasil pengkajian sudah terdapat data oedema + yang berarti sudah dilakukan pemeriksaan palpasi tungkai.
- B. Menyarankan pasien untuk banyak istirahat, bukan tindakan keperawatan untuk menegakkan diagnose.
- C. Mengajurkan membatasi asupan garam memang ada relevansinya untuk oedema tungkai akibat pre eklampsia, namun pada kasus ini pasien belum dipastikan bahwa dirinya preeklampsi.

D. Mengirim pasien untuk pemeriksaan urine, jawaban ini tidak spesifik, karena pada kasus ini, hanya perlu pemeriksaan Protein urin saja bukan pemeriksaan urine secara umum.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep pre eclampsia/eklapsi.

Referensi:

Susi Sastika Sumi,2023, Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Eureka Media Aksara, Purbalingga.

19.A. memecahkan ketuban.

Pembukaan lengkap, selaput ketuban positif

Pasien sudah memasuki inpartu kala 2 yang siap untuk melahirkan, tugas penolong adalah membantu melahirkan janin, karena hasil periksa dalam ketuban masih + maka sebelum membimbing mengejan, langkah pertama penolong adalah memecahkan ketuban terlebih dahulu. Maka jawaban yang tepat adalah A

Jawaban :

- A. membimbing mengejan dilakukan setelah ketuban dipecahkan
- B. menyokong perineum baru akan dilakukan ketika kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.
- C. melakukan episiotomy tidak disarankan lagi pada asuhan pertolongan persalinan normal.
- D. membersihkan vulva sudah harus dilakukan awal saat akan melakukan pemeriksaan dalam.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur pertolongan persalinan normal.

Referensi:

Utami Lubis, 2022, Keperawatan Maternitas, Global Aksara Pers, Surabaya.

20.A. Abortus incomplete

- A. Abortus incomplete : peristiwa pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu, dengan masih adanya sisa yang tertinggal dalam uterus .
- B. Abortus infeksiosa : abortus yang disertai infeksi

- C. Abortus imminen adalah proses pengeluaran janin kurang dari 20 minggu, namun pengeluaran janin belum terjadi
- D. Abortus complete :kondisi berupa keluarnya seluruh jaringan janin dari dalam rahim
- E. Abortus insipien : kondisi ketika janin masih utuh dan belum keluar namun keguguran tetap tidak bisa dihindari karena mulut rahim telah terbuka. Gejala umum dari abortus insipiens adalah sebagai berikut: Jalan lahir yang telah terbuka

Referensi:

Lowdermil., Perry., & Cashion. 2013. Maternity Nursing (6th Edition, 2nd Book). Singapore : Mosby Elsevier.

21.A. Kesiapan untuk meningkatkan pengetahuan regimen terapi pre eklampsia

- A. Dengan di berikan pendidikan kesehatan tentang preaklamsi, menambah pengetahuan pada pasien.
- B. Bukan kesiapan menjadi orang tua tetapi menambah pengetahuan tentang terapi preeklampsia
- C. Jawaban terlalu umum
- D. Bukan kesiapan dalam proses keluarga
- E. Bukan resiko kerusakan kedekatan orang tua dan bayi

Murray and McKinney. 2012. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing (6th Edition). USA : Elsevier.

22.C. G5P3A2

- A. Kehamilan yg ke 5, partus 4 kali dan abortus 2 x (status obstetrik rumusnya GPA)
- B. Kehamilan ke 4 x, partus 3 kali dan abortus 1 kali (status obstetrik rumusnya GP A)
- C. Kehamilan ke 5 kali, partus 3 kali dan abortus 2x (status obstetrik rumusnya GPA)
- D. Kehamilan 5 kali, partus 3 kali dan abortus 1 kali (Status Obstetrik rumusnya GPA)
- E. Kehamilan 4 kali, partus 3 kali dan abortus 1 kali (Status Obstetrik rumusnya GPA)

Referensi:

Lowdermil., Perry., & Cashion. 2013. Maternity Nursing (6th Edition, 2nd Book). Singapore : Mosby Elsevier.

23.A. Pantau glukosa darah klien dan pantau tanda-tanda hipoglikemia dan hiperglikemia

- A. Karna pasien DM, maka yang perlu dikaji adalah gula darah, sehingga bisa mengetahui hipoglikemia dan hiperglikemia
- B. Makanan sedikit dan sering, tinggi kalori dan protein ini adalah diet untuk pasien gastritis
- C. Tidak ada hubungannya dengan DM
- D. Tidak ada kaitan posisi dengan pasien DM
- E. Meninjau kembali bahaya DM, kurang tepat

Referensi:

Lowdermil., Perry., & Cashion. 2013. Maternity Nursing (6th Edition, 2nd Book). Singapore : Mosby Elsevier.

24.A. 11 Juni 2015

- A. HPHT : 4 september 2014 (rumus taksiran partus adalah tanggal + 7 , bulan - 3 tahun di tambah 1 maka Taksiran partus : 11 Juni 2015
- B. Jika diketahui taksiran partusnya berarti harus tinggal dibalik
- C. TP : 11 Juli 2015, HPHT : 4 Oktober 2015
- D. TP : 7 Juli 2015 salah
- E. TP : 8 Juni 2015 salah , tidak memenuhi HPHT

Referensi:

Murray and McKinney. 2012. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing (6th Edition). USA : Elsevier.

25.B. USG

Hamil 34 minggu, perdarahan

- A. Pemeriksaan DJJ dilakukan untuk mengetahui denyut jantung janin, lebih tepat dilakukan jika menemukan data yang lebih menonjol pada gawat janin.
- B. Dalam hal ini pemeriksaan USG lebih dibutuhkan, guna melihat pendarahan, kondisi janin dan plasenta.
- C. Pemeriksaan EKG dilakukan guna melihat irama jantung ibu

- D. Pemeriksaan darah lengkap dilakukan untuk memeriksa kondisi kesehatan pasien secara menyeluruh.
- E. Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat gambar dalam bentuk dua dimensi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada ibu hamil normal.

Referensi:

Wagiyo & Putrono, 2016. Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal, & Bayi Baru Lahir. Ed I. Yogyakarta: Andi

26.B. Lochea rubra

Darah merah segar, 4 jam

- A. Menstruasi adalah darah yang keluar merupakan siklus bulanan.
- B. Lochea rubra adalah darah segar, sisa-sisa selaput ketuban, sitosel, sel-sel desidua, vernix caseosa, lanugo dan mekonium, yang keluar 1-2 hari post partum
- C. Lochea serosa adalah berwarna kekuningan, cairan tidak berdarah lagi keluar pada hari 7-14 hari post partum
- D. Lochea alba adalah cairan putih yang keluar setelah 2 minggu post partum hingga masa nifas berakhir, 40 hari atau 6 minggu setelah melahirkan.
- E. Lochea sanguilenta adalah berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 yang kluar setelah melahirkan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada ibu post partum.

Referensi:

Wagiyo & Putrono, 2016. Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal, & Bayi Baru Lahir. Ed I. Yogyakarta: Andi

27.C. Plasenta previa

Tidak terdapat nyeri perut, perdarahan, DJJ (+)

- A. Rupture uteri terjadi kondisi ketika dinding rahim mengalami robekan akibat cedera yang terjadi selama proses persalinan normal.
- B. abortus iminens adalah perdarahan vagina pada umur kehamilan <20 minggu.

- C. plasenta previa adalah plasenta yang menutupi jalan lahir, memiliki tanda dan gejala perdarahan pada ibu hamil. Perdarahan terjadi tanpa disertai dengan nyeri pada perut, denyut jantung janin masih ada.
- D. solusio plasenta adalah komplikasi kehamilan ketika plasenta terlepas dari dinding rahim sebelum proses persalinan. Terjadi perdarahan dengan disertai nyeri. Tidak terdapat DJJ.
- E. abortus incompletes adalah keluarnya sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu, dengan masih adanya sisa yang tertinggal dalam uterus.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada ibu hamil.

Referensi:

Wagiyo & Putrono, 2016. Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal, & Bayi Baru Lahir. Ed I. Yogyakarta: Andi

28.E. Pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit

Mata cekung, turgor kulit jelek, bibir kering

- A. Tidak ditemukan data penurunan suhu tubuh, suhu tubuh di atas normal
- B. Belum tepat untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi, data pengkajian tidak ditemukan data tentang berat badan.
- C. Pasien tidak mengeluhkan kesulitan tidur, tidak terdapat kantong hitam pada mata / palpebra. Tidak mengeluhkan istirahat yang tidak cukup.
- D. Tidak terdapat adanya gangguan pada saluran pernafasan.
- E. Ditemukan data yang menyatakan terdapatnya gangguan pada pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit seperti mata cekung, turgor kulit jelek, bibir kering dll.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada ibu hamil.

Referensi:

Wagiyo & Putrono, 2016. Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal, & Bayi Baru Lahir. Ed I. Yogyakarta: Andi

29.B. Membuat jalan udara pada bayi

Kala II Persalinan

- A. Tidak perlu tergesa-gesa memotong tali pusat, karena bukan merupakan tindakan prioritas
- B. Perawat tersebut sebaiknya memastikan kepala bayi sedikit lebih rendah daripada dadanya agar memberikan jalan lendir mengalir dengan gaya gravitasi dan kemudian menepuk bagian pundak nya agar memancing tangisan utk memudahkan oksigenisasi
- C. Plasenta belum lepas dari dinding uterus sehingga tidak akan berkontraksi
- D. Sebelum memindahkan bayi, hal yg perlu di perhatikan kesehatan bayi dan ibu.
- E. Tindakan penilaian AGAR skor dapat dijadikan indikator terhadap

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Intervensi keperawatan INC Kala II.

Lawdermik DL., Perry., SE., Chasion MC (2013) Keperawatan Maternitas, Edisi Bahasa Indonesia, 8 Bab 22.

30.A. Penilaian belum cukup umur

Pengkajian ibu hamil

- A. CST dapat memicu persalinan belum cukup waktu pd seorang wanita ketika mengalami persalinan belum cukup waktu atau memiliki riwayat persalinan.
- B. CST dapat memicu kematian pada janin pada seorang wanita yang mengalami ketuban pecah dini secara prematur, wanita tersebut sudah beresiko melahirkan bayinya sebelum cukup waktu
- C. CST diindikasikan untuk menguji perubahan hipertensi pada sirkulasi janin
- D. CST diindikasikan untuk menentukan respons janin yg membahayakan pada saat dilahirkan
- E. CST dapat memicu terjadinya penurunan oksigen ke plasenta pada seorang wanita yang mengalami prosedur shirodkar terhadap serviks yg tdk mapan karena dia akan menggunakan tekanan pada jahitan dan menyebabkan nya pecah

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian pada ibu hamil.

Lawdermik DL., Perry., SE., Chasion MC (2013) Keperawatan Maternitas, Edisi Bahasa Indonesia, 8 Bab 19.

31.D. Resiko cidera fetal

- A. Kondisi tersebut terjadi karena pemisahan sebagian atau seluruh plasenta normal yang menempel di uterus sebelum kelahiran bayi
- B. Kondisi tersebut terjadi dengan atau tanpa rendahnya posisi plasenta
- C. Kondisi tersebut terjadi pada plasenta yang tertanam secara normal
- D. Plasenta previa didefinisikan sebagai plasenta yg tertanam tdk normal dalam segmen bawah rahim yang tipis (yaitu rendah nya posisi, sebagian atau seluruhnya menutupi jalan lahir.
- E. Kondisi tersebut dapat terjadi kapan saja, tidak spesifik terhadap rendah nya posisi plasenta.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Kehamilan Trisemester II.

Referensi:

Lawdermik DL., Perry., SE., Chasion MC (2013) Keperawatan Maternitas, Edisi Bahasa Indonesia, 8 Bab 4.

32.C. Persalinan prematur

Resiko pada Kehamilan

- A. Meningkatnya volume darah dan metabolisme penting untuk mempertahankan kehamilan ganda yang dapat mempengaruhi terjadi nya hipertensi pada klien
- B. Mengeluarkan darah diantara kedua plasenta dapat terjadi pada kehamilan ganda jika terdapat plasenta ganda
- C. Persalinan belum cukup waktu dengan kehamilan ganda terjadi karena beberapa alasan seperti ketuban pecah dengan spontan, abrupsio plasenta dari rahim yang mengembang.
- D. Anomali kromosom tidak dikaitkan dengan kehamilan ganda oleh karena itu klien membutuhkan instruksi lanjutan
- E. Ketidakmampuan pankreas untuk memproduksi hormon yang cukup yang terjadi pada masa kehamilan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali Resiko pada kehamilan.

Referensi:

Lawdermik DL., Perry., SE., Chasion MC (2013)Keperawatan maternitas,Edisi Bahasa Indonesia,8 Bab 5

33.E. Reflex tendon +2

Pre Eklamsi Kehamilan

- A. Frekuensi nafas 12x/menit mengindikasikan kadar serum magnesium karena magnesium sulfat adalah CNS depresan
- B. Frekuensi nafas 12x/menit mengindikasikan kadar serum magnesium karena magnesium sulfat adalah CNS depresan
- C. Pitting edema adalah sebagai tanda dan gejala dari pre eklamsi sebagai akibat proteinuria
- D. Oliguri adalah sebuah tanda dari pre eklamsi berat, diuresis, merupakan efek pembesaran terapi magnesium sulfat
- E. Hiperreflexia dari kasus pre eklamsi berat adalah +3 sampai +4 maka dalam myareflexi tendon +2 yang aktif, menghasilkan gerak refleks, menunjukkan bahwa level terapi obat telah tercapai hilangnya refleksi menunjukkan bila tingkat magnesium serum terlalu tinggi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang komplikasi kehamilan (Pre Eklamsi pada kehamilan).

Referensi:

Lawdermik DL., Perry., SE., Chasion MC (2013) Keperawatan maternitas, Edisi Bahasa Indonesia, 8 Bab 21

34.D. Kuadran kiri atas

ANC, leopold

- A. Pada pilihan jawaban A: kuadran kanan bawah

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena untuk mendengarkan DJJ posisi funduscope atau fetal dopoler berada tepat di bagian punggung dan dekat kepala janin sebelah kanan ibu adalah extremitas dan posisi terbawah janin adalah bokong, sedangkan pilihan A posisi janin sebelah kanan ibu adalah ekstremitas dan bagian bawah ibu adalah bokong janin.

- B. Pada pilihan jawaban B: kuadran kanan atas

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena untuk mendengarkan DJJ posisi funduscope atau fetal dopoler berada tepat di bagian punggung dan dekat kepala janin sebelah kanan ibu adalah extremitas dan posisi terbawah janin adalah bokong, sedangkan pilihan B posisi janin sebelah kanan ibu adalah ekstremitas dan bagian atas adalah kepala

- C. Pada pilihan jawaban C: kuadran kiri bawah. Bukan merupakan jawaban yang tepat karena untuk mendengarkan DJJ posisi funduscope atau fetal dopoler

berada tepat di bagian punggung dan dekat kepala janin sebelah kanan ibu adalah extremitas dan posisi terbawah janin adalah bokong, sedangkan pilihan C posisi janin sebelah kiri ibu adalah punggung dan bagian bawah ibu adalah bokong janin

D. Pada pilihan jawaban D: kuadran kiri atas

Merupakan jawaban yang tepat karena untuk mendengarkan DJJ posisi funduscope atau fetal dopoler berada tepat di bagian punggung dan dekat kepala janin sebelah kanan ibu adalah extremitas dan posisi terbawah janin adalah bokong

E. Pada pilihan jawaban E: disekitar pusat

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena untuk mendengarkan DJJ posisi funduscope atau fetal dopoler berada tepat di bagian punggung dan dekat kepala janin sebelah kanan ibu adalah extremitas dan posisi terbawah janin adalah bokong, sedangkan pilihan E posisi janin sekitar pusat adalah bagian abdomen

Mahasiswa diminta untuk mempelajari mengenai pemeriksaan leopold pada ibu hamil.

Referensi:

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

35.D. USG

ANC, pemeriksaan penunjang

A. Pada pilihan jawaban A: Pemeriksaan darah lengkap

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan darah lengkap hanya untuk mengetahui jumlah kadar darah

B. Pada pilihan jawaban B: foto rontgen

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan foto rontgen digunakan untuk mendapatkan gambaran bagian dalam tubuh. seperti benda padat (Tulang atau besi)

C. Pada pilihan jawaban C: EKG

Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan EKG bertujuan untuk mengevaluasi fungsi jantung

D. Pada pilihan jawaban D: Pemeriksaan USG

Merupakan jawaban yang tepat karena untuk mengetahui kelainan atau sumber perdarahan

- E. Pada pilihan jawaban D: Pemeriksaan DJJ Bukan merupakan jawaban yang tepat karena pemeriksaan DJJ bertujuan untuk memantau detak jantung janin.

Mahasiswa diminta untuk mempelajari mengenai Asuhan keperawatan pada ibu hamil.

Referensi:

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

36.B. G3P1A1

ANC, status obstetric

- A. Pada pilihan jawaban A: G3P1A0

Bukan merupakan jawaban yang tepat. Pada status obstetric, Gravida (G): adalah jumlah kehamilan, tanpa melihat lamanya termasuk kehamilan saat ini. Para/Persalinan/Partus (P): adalah kelahiran setelah gestasi 20 minggu, tanpa melihat kondisi bayi hidup/mati Abortus (A): adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan dengan batasan gestasi kurang dari 20 minggu. Pada pasien datang dalam kondisi hamil yang ke 3, melahirkan 1 kali dan 1 kali abortus/keguguran. Sedangkan pada jawaban A, Pasien datang dalam kondisi hamil yang ke 3, melahirkan 1 kali dan tidak pernah abortus/keguguran.

- B. Pada pilihan jawaban B: G3P1A1

Merupakan jawaban yang tepat. Pada status obstetric, Gravida (G): adalah jumlah kehamilan, tanpa melihat lamanya termasuk kehamilan saat ini. Para/Persalinan/Partus (P): adalah kelahiran setelah gestasi 20 minggu, tanpa melihat kondisi bayi hidup/mati Abortus (A): adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan dengan batasan gestasi kurang dari 20 minggu. Pada pasien datang dalam kondisi hamil yang ke 3, melahirkan 1 kali dan 1 kali abortus/keguguran.

- C. Pada pilihan jawaban C: G3P2A0

Bukan merupakan jawaban yang tepat. Pada status obstetric, Gravida (G): adalah jumlah kehamilan, tanpa melihat lamanya termasuk kehamilan saat ini. Para/Persalinan/Partus (P): adalah kelahiran setelah gestasi 20 minggu, tanpa melihat kondisi bayi hidup/mati Abortus (A): adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan dengan batasan gestasi kurang dari 20 minggu. Pada pasien datang dalam kondisi hamil yang ke 3, melahirkan 1 kali dan 1 kali abortus/keguguran. Sedangkan pada jawaban C,

Pasien datang dalam kondisi hamil yang ke 3, melahirkan 2 kali dan tidak pernah abortus/keguguran.

D. Pada pilihan jawaban D: G3P2A1

Bukan merupakan jawaban yang tepat. Pada status obstetric, Gravida (G): adalah jumlah kehamilan, tanpa melihat lamanya termasuk kehamilan saat ini. Para/Persalinan/Partus (P): adalah kelahiran setelah gestasi 20 mg, tanpa melihat kondisi bayi hidup/mati Abortus (A): adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan dengan batasan gestasi kurang dari 20 minggu. Pada pasien datang dalam kondisi hamil yang ke 3, melahirkan 1 kali dan 1 kali abortus/keguguran. Sedangkan pada jawaban D, Pasien datang dalam kondisi hamil yang ke 3, melahirkan 1 kali dan tidak pernah abortus/keguguran.

E. Pada pilihan jawaban E: G3P2A2

Bukan merupakan jawaban yang tepat. Pada status obstetric, Gravida (G): adalah jumlah kehamilan, tanpa melihat lamanya termasuk kehamilan saat ini. Para/Persalinan/Partus (P): adalah kelahiran setelah gestasi 20 mg, tanpa melihat kondisi bayi hidup/mati Abortus (A): adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan dengan batasan gestasi kurang dari 20 minggu. Pada pasien datang dalam kondisi hamil yang ke 3, melahirkan 1 kali dan 1 kali abortus/keguguran. Sedangkan pada jawaban E, Pasien datang dalam kondisi hamil yang ke 3, melahirkan 2 kali dan abortus/keguguran 2 kali.

Mahasiswa diminta untuk mempelajari mengenai konsep ANC.

Referensi:

Bobak, L. (2009). Jense. 2012.

37.A. Menggunakan sarung tangan/handscoon

PNC, perawatan luka

A. Pada pilihan jawaban A: menggunakan sarung tangan steril

Merupakan jawaban yang tepat. Pada saat melakukan Tindakan keperawatan yang berhubungan dengan luka, yang perlu diingat adalah penggunaan sarung tangan/ handscoon, karena ini adalah salah satu alat protektif bagi diri perawat dan mencegah infeksi pada luka

B. Pada pilihan jawaban B: merekatkan menggunakan plester

Bukan merupakan jawaban yang tepat. Pada perawatan luka Tindakan merekatkan plester dilakukan apabila luka sudah selesai dibersihkan dan diberikan obat salep

C. Pada pilihan jawaban C: membersihkan luka dengan NaCl

Bukan merupakan jawaban yang tepat. Pada perawatan luka membersihkan luka dengan menggunakan NaCl harus menggunakan sarung tangan/handscoot terlebih dahulu

D. Pada pilihan jawaban D: membuka kasa/perban

Bukan merupakan jawaban yang tepat. Pada perawatan luka membuka kasa/perban harus menggunakan sarung tangan/handscoot terlebih dahulu karena sebagai proteksi bagi diri perawat

E. Pada pilihan jawaban E: mengoleskan salep

Bukan merupakan jawaban yang tepat. Pada perawatan luka tindakan mengoleskan salep dilakukan setelah luka dibersihkan dengan menggunakan NaCl

Mahasiswa diminta untuk mempelajari mengenai konsep perawatan luka operasi.

Referensi:

Bobak L, 2005, Keperawatan Maternitas Jakarta: Elsevier

38.C. Menganjurkan ibu jalan – jalan

INC, KALA I

A. Pada pilihan jawaban A: memberikan majalah

Bukan merupakan jawaban yang tepat, karena pada pembukaan 8 ibu sudah masuk fase aktif dimana pada tahap ini ibu akan merasakan kontraksi yang terjadi tiap 10 menit selama 20-30 detik. Frekuensi kontraksi makin meningkat hingga 2-4 kali tiap 10 menit, dengan durasi 60-90 detik. Sehingga ibu membutuhkan Tindakan yang dapat mempercepat penurunan kepala janin. Sedangkan pada jawaban A: membaca majalah tidak dapat mempercepat penurunan kepala janin

B. Pada pilihan jawaban B: menggunakan analgesic.

Bukan merupakan jawaban yang tepat, karena pada pembukaan 8 ibu sudah masuk fase aktif dimana pada tahap ini ibu akan merasakan kontraksi yang terjadi tiap 10 menit selama 20-30 detik. Frekuensi kontraksi makin meningkat hingga 2-4 kali tiap 10 menit, dengan durasi 60-90 detik. Sehingga ibu membutuhkan Tindakan yang dapat mempercepat penurunan kepala

janin. Sedangkan pada jawaban B: pemberian analgesci tidak dapat mempercepat penurunan kepala janin

C. Pada pilihan jawaban C: menganjurkan ibu jalan – jalan

Merupakan jawaban yang tepat, karena pada pembukaan 8 ibu sudah masuk fase aktif dimana pada tahap ini ibu akan merasakan kontraksi yang terjadi tiap 10 menit selama 20-30 detik. Frekuensi kontraksi makin meningkat hingga 2-4 kali tiap 10 menit, dengan durasi 60-90 detik. Sehingga ibu membutuhkan Tindakan yang dapat mempercepat penurunan kepala janin. Pada jawaban C: Menganjurkan ibu jalan – jalan dapat merangsang kontraksi alami sehingga dapat menipiskan leher rahim (serviks) dan melebarkan pembukaan mulut serviks dan mempercepat proses persalinan.

D. Pada pilihan jawaban D: memfasilitasi istirahat dan tidur

Bukan merupakan jawaban yang tepat, karena pada pembukaan 8 ibu sudah masuk fase aktif dimana pada tahap ini ibu akan merasakan kontraksi yang terjadi tiap 10 menit selama 20-30 detik. Frekuensi kontraksi makin meningkat hingga 2-4 kali tiap 10 menit, dengan durasi 60-90 detik. Sehingga ibu membutuhkan Tindakan yang dapat mempercepat penurunan kepala janin. Sedangkan pada jawaban D: memfasilitasi istirahat tidur tidak dapat mempercepat penurunan kepala janin

E. Pada pilihan jawaban E: melakukan deep back massage

Bukan merupakan jawaban yang tepat, karena pada pembukaan 8 ibu sudah masuk fase aktif dimana pada tahap ini ibu akan merasakan kontraksi yang terjadi tiap 10 menit selama 20-30 detik. Frekuensi kontraksi makin meningkat hingga 2-4 kali tiap 10 menit, dengan durasi 60-90 detik. Sehingga ibu membutuhkan Tindakan yang dapat mempercepat penurunan kepala janin. Sedangkan pada jawaban E: melakukan deep back massage tidak dapat mempercepat penurunan kepala janin

Mahasiswa diminta untuk mempelajari mengenai asuhan keperawatan intra natal.

Referensi:

Bobak L, 2005, Keperawatan Maternitas Jakarta: elsevier

39.E. Melakukan personal hygiene dan vulva hygiene

hamil dan mengalami keputihan yang banyak, tidak gatal

Penjelasan untuk jawaban E: (a sd e)

Kadar keasaman (pH) vagina dipertahankan oleh adanya Lactobacillus terhadap infeksi dengan cara mengontrol pertumbuhan bakteri patogen. Derajat pH yang asam menyebabkan lactobacillus tumbuh subur dan bakteri yaitu bacillus doederlin. Bakteri ini mengubah glikogen menjadi asam laktat yang berfungsi mempertahankan pH vagina agar tetap dalam kondisi asam (3,5-4,5). Upaya tubuh untuk pertahanan diri/proteksi diri terhadap patogen tidak bisa hidup (Moreno, 2010). Vagina dalam kondisi pH basa merupakan daerah yang disukai bakteri candida albicans untuk berkembang biak sehingga mengakibatkan vagina berisiko terkena infeksi yang dapat mengakibatkan komplikasi kehamilan yang membahayakan ibu dan janin seperti terjadinya Ketuban Pecah Dini, Infeksi Intrauterine dan gangguan kesehatan janin (Bobak, 2010).

Pada ibu hamil terjadi perubahan pada daerah vagina akibat mengalami peningkatan vaskularisasi yang dapat meningkatkan sensitivitas dan peningkatan sekresi PH lebih asam dari 4 menjadi 6,5

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang proses perubahan hormonal pada ibu hamil dan dampaknya dan SOP perawatan personal hygiene dan vulva hygiene.

Referensi:

- Moreno, P, (2010). New Findings About Vaginal Bacterial Flora.
Bobak, dkk. 2012. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC

40.B. Nyeri akut (diagnosa aktual) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Hamil 18 minggu, perut ada kontraksi dan terasa nyeri, perdarahan pervaginam, cakalis servikalis terbuka dan teraba jaringan.

Kasus tersebut merupakan kondisi abortus inkomplit sebagian jaringan hasil konsepsi masih tertinggal di dalam uterus, pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis masih terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol pada ostium uteri eksternal sehingga uterus berkontraksi untuk mengeluarkan sisa konsepsi yang mengakibatkan nyeri, perdarahannya masih terjadi dan jumlahnya bisa banyak atau sedikit bergantung pada jaringan yang tersisa, yang menyebabkan sebagian placental site masih terbuka sehingga perdarahan berjalan terus (Saifuddin, 2014). Dengan demikian maka masalah keperawatan yang bisa terjadi adalah

- A. pada kehamilan 8 sampai 14 minggu villi koriales sudah menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan
- B. Kanalis servikalis yang terbuka dan teraba jaringan di ostium uteri sehingga uterus berkontraksi untuk mengeluarkan sisa konsepsi yang mengakibatkan nyeri
- C. Kondisi krisis situasional pada kasus tersebut bisa menyebabkan seseorang terjadi kecemasan, gelisah
- D. Sisa janin atau jaringan yang tertinggal dan tidak dikeluarkan serta penanganan lebih lanjut bisa menyebabkan komplikasi perdarahan yang berbau, infeksi sampai sepsis
- E. Adanya keguguran yang menyebabkan kehilangan janin yang dikandung Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam abortus dan tanda gejalanya.

Referensi:

Saifuddin, A. 2014. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharohardjo.

41.A. (Nyeri kontraksi)

Hamil 38 minggu, ada kontraksi abdomen dan keluar darah lendir

Tanda dan gejala persalinan yaitu

- A. Kontraksi uterus merupakan kontraksi otot polos yang sangat sakit dan yang menyebabkan berubahnya serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), ibu merasa ingin meneran atau menahan napas bersamaan dengan terjadinya kontraksi. Kontraksi ini bersifat involunter yang bekerja dibawah control saraf dan bersifat intermitten yang memberikan keuntungan berupa adanya periode istirahat/reaksi diantara dua kontraksi. Keluar cairan lendir yang bercampur dengan darah melalui vagina. Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan serviks dan pengeluaran bayi dalam persalinan. (Rosyati. 2017)
- B. Rasa tidak nyaman pada proses persalinan ada dua hal yaitu kontraksi uterus yang menyebabkan dilatasi dan penipisan serviks dan penurunan aliran darah sehingga oksigen lokal mengalami deficit (ischemia pada rahim
- C. Deficit volume cairan/Hipovolemia umumnya terjadi akibat perdarahan berat, baik karena cedera fisik, persalinan, maupun operasi. Bila perdarahan menyebabkan tubuh kehilangan 1/5 atau lebih volume darah atau cairan, penderitanya berisiko mengalami penurunan tekanan darah, bahkan syok hipovolemik.

- D. Masalah cedera pada janin bisa terjadi pada persalinan karena adanya tekanan rahim pada pembuluh vena besar yang dapat mengurangi aliran darah yang mengandung oksigen keplasenta dan janin, sehingga bisa menyebabkan hipoksia janin yang dapat dimonitor dari DJJ
- E. Metabolisme pada ibu bersalin akan mengalami peningkatan, akibat terjadinya peningkatan kegiatan otot tubuh yang disertai dengan adanya kecemasan. Kegiatan otot tubuh ibu saat mengedan memerlukan energi yang optimal. Dengan energi yang optimal, ibu akan mendapatkan kekuatan atau energy yang optimal pula. Energi yang dimiliki oleh ibu berasal dari asupan nutrisi dan hidrasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teori proses persalinan.

Referensi:

- Bobak LM & Jensen MD (1993) Maternity & Gynecology Care, The Nurse and The Family 5th ed, St Luis : CV Mosby Company
- Rosyati, H. (2017). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

42.B. (Melakukan perawatan payudara nifas rutin)

Nifas hari ke 10, payudara keras dan nyeri, puting menonjol dan air susu belum keluar.

Perubahan fisiologis payudara pada masa nifas yaitu pengaruh hormon laktogen (prolaktin) terhadap kelenjar payudara, hormon tersebut juga memicu keluarnya kolostrum (cairan kuning yang mengandung protein dan mineral) yang di produksi mulai di akhir masa kehamilan sampai hari ke 3-5 setelah persalinan. Apabila proses laktasi tidak efektif maka akan terjadi masalah yang sering muncul pada masa nifas yaitu ketidakefektifan pola laktasi. Maka tindakan keperawatan yang dilakukan:

- A. Informasi tentang teknik menyusui yang baik dan benar harus diberikan pada masa kehamilan dan nifas, Tujuan dari Breastfeeding education efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap serta kepuasan dalam menyusui pada kehamilan dengan usia 20-36 minggu dan intervensi pemberian pengetahuan tentang ASI secara dini akan meningkatkan sikap positif dan pengetahuan tentang ASI.
- B. Perawatan payudara merupakan suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas untuk memperlancar pengeluaran ASI, melancarkan sirkulasi darah dan mencegah sumbatan saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI.

- C. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Sehingga bayi baru lahir, jadwal menyusui bayi biasanya sekitar 8-12 kali per hari dengan durasi 10-15 menit sekali menyusui dari setiap satu sisi payudara dengan jeda waktu menyusui sekitar 1,5-3 jam sekali oleh karena itu bayi yang baru lahir tidak boleh melewatkannya menyusu lebih dari 4 jam, bahkan saat tidur malam. bayi baru lahir mempunyai frekwensi menyusui lebih sering karena perutnya masih kecil.
- D. Kompres hangat untuk pelunakan jaringan fibrosa, membuat otot tubuh lebih rileks, menurunkan rasa nyeri, dan memperlancar aliran darah sehingga memberikan ketenangan pada klien.
- E. Penggunaan bra menyusui untuk mencegah peregangan yang tidak perlu pada ligament payudara, serta tidak menghambat produksi ASI
- Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan perawatan payudara pada ibu nifas.

Referensi:

Kumalasari I. 2015. Panduan Praktik Laboratorium dan Klinik Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Bayi Baru Lahir dan Kontrasepsi. Jakarta: Salemba

43.D. (MOW)

Umur 38 tahun, P50A0, riwayat perdarahan, atonia uteri, PEB, anak pertama 12 tahun, ingin KB

- A. Suntik : ibu yang baru melahirkan dapat diberikan KB suntik pada hari ke 21 atau sebelumnya.
- KB suntik yang penggunaannya 1 bulan dengan kandungan pil kombinasi (Estrogen) dapat mempengaruhi produksi ASI dan tidak dianjurkan pada ibu menyusui. Sedangkan yang kandungannya hormone (progesterone dan Estrogen) tidak mempengaruhi memengaruhi siklus menstruasi.
 - KB 3 bulanan mengandung hormon (Progestin dan medroxyprogesterone) berfungsi mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat sperma mencapai rahim dan tidak bisa membuahi sel telur
 - Pemberian Tujuh hari pertama setelah menstruasi berhenti. Tujuh hari pertama setelah keguguran atau aborsi. Tiga minggu pertama setelah melahirkan.

B. Pil-KB : alat kontrasepsi yang dikonsumsi secara regular dan teratur untuk Mencegah kehamilan dengan cara menghambat proses pembuahan dan

implantasi janin pada rahim. Pil KB dapat mencegah ovulasi dan mengentalkan lendir di leher rahim (serviks) sehingga sperma sulit mencapai telur. Pil KB juga menipiskan dinding rahim agar sel telur yang telah dibuahi tidak dapat bertumbuh. Pil KB kombinasi 21 tablet, 28 tablet, pil mini 28 atau 35 tablet

C. AKDR/IUD : Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi karena adanya ion tembaga yang dikeluarkan AKDR dengan cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa. Juga dapat mencegah implantasi telur dalam uterus karena terjadinya pemanjangan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastoksis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastoksis.

- Dua yakni AKDR hormonal dan non hormonal. AKDR hormonal dibedakan menurut bentuk dan tambahan obat atau metal. Menurut bentuknya dibagi menjadi bentuk terbuka (open device) misalnya Lippes Loop, CU-T, Cu-7, Margulies, Spring Coil, Multiload, Nova-T. Bentuk tertutup (closed device) misalnya Ota ring, Antigon, Grafen Berg Ring. Menurut tambahan obat atau metal dibagi menjadi medicated intrauterine device (IUD), misalnya Cu-T-200, 220, 300, 380A; Cu-7, Nova-T, ML-Cu 250, 375, selain itu ada Copper-T, Copper-7, Multi Load, dan Lippes Load. AKDR hormonal ada dua jenis yaitu Progestasert-T dan LNG-20

D. MOW: Tindakan penutupan kedua saluran telur kanan dan kiri yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati saluran telur, sehingga tidak dapat bertemu dengan sperm maka, terjadi kehamilan. Pelaksanaan MOW dilaksanakan pada saat pasca operasi/pasca melahirkan, mempunyai penyakit ginekologi, dan dilakukan pada masa interval dengan syarat calon akseptor MOW adalah Pasangan Usia Subur (PUS), minimal 30 Tahun, minimal memiliki 2 (dua) anak, usia anak terkecil minimal lebih dari 5 tahun dan Tidak sedang kondisi hamil. (BKKBN,2011)

E. Norplant: kontrasepsi yang ada di Indonesia, yang ditanamkan dibawah kulit dan efektif untuk mencegah kehamilan dalam jangka waktu pemakaian 5 – 3 tahun wanita yang menginginkan perlindungan jangka panjang namun kemudian menginginkan anak lagi atau tidak ingin disterilkan, disarankan menggunakan Norplant.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam alat kontrasepsi.

Referensi:

BKKBN. Arah Kebijakan dan Strategi Program Kependudukan dan KB Tahun 2011. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; 2011.

SOAL

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

1. Seorang laki-laki, umur 52 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam hari kedua. Hasil pengkajian: sesak napas, batuk berdahak, suara nafas ronkhi, menggunakan otot bantu napas, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 33 x/menit dan suhu 37°C. Saat ini perawat akan menegakkan masalah keperawatan. Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
 - A. intoleransi aktivitas
 - B. pola napas tidak efektif
 - C. gangguan pertukaran gas
 - D. gangguan ventilasi spontan
 - E. bersihan jalan napas tidak efektif
2. Seorang perempuan, umur 58 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam. Hasil pengkajian: sesak napas dan jantung berdebar-debar, lemah, suara jantung gallop, CRT 3 detik, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 26 x/menit dan suhu 38°C. Hasil EKG sinus takikardi, hasil echocardiography kardiomegali, disfungsi kontraktilitas. Perawat menegakkan masalah keperawatan penurunan curah jantung. Apakah intervensi keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
 - A. berikan oksigen
 - B. anjurkan istirahat
 - C. kaji sirkulasi perifer
 - D. kaji toleransi aktivitas
 - E. ajarkan tarik napas dalam
3. Perempuan, 43 tahun, dirawat di ruang bedah dengan luka bakar derajat II. Hasil pengkajian: luka bakar daerah dada, lengan tangan sebelah kanan dan kiri, luka merah, TD 100/70 mmHg, Frekuensi nadi 98x/menit. Berapa persentase luas luka bakar pada kasus tersebut?
 - A. 44%
 - B. 42%
 - C. 34%
 - D. 32%
 - E. 27%

4. Laki-laki, 60 tahun, dirawat di ruang Bogenville dengan stroke non hemoragik bagian kanan. Hasil pengkajian : sesak, batuk berdahak, bunyi napas ronchi, reflek menelan menurun, frekuensi napas 28x/menit. TD 130/90 mmHg, RO tak tampak infiltrat. Apa masalah keperawatan yang tepat pada pasien tersebut?
- A. Bersihan jalan nafas tidak efektif
 - B. Gangguan perfusi jaringan otak
 - C. Kerusakan komunikasi verbal
 - D. Kerusakan mobilisasi tubuh
 - E. Gangguan asupan nutrisi
5. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan DHF. Hasil pengkajian : mual, demam, akral dingin, cemas, trombosit 69.000/ml, muntah kehitaman 150cc, frekuensi nadi 78x/menit, frekuensi napas 28x/menit, Perawat menegakkan masalah keperawatan risiko syok. Apa kriteria hasil yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Frekuensi muntah menurun
 - B. Tingkat cemas menurun
 - C. Akral dingin menurun
 - D. Demam menurun
 - E. Mual menurun
6. Perempuan, 49 tahun datang ke poliklinik penyakit dalam dengan keluhan dada sebelah kiri dirasakan tidak nyaman. Perawat melakukan pemasangan EKG, saat ini akan dilakukan pemasangan elektroda V5. Bagian mana yang tepat untuk pemasangan elektroda pada kasus tersebut?
- A. Sejajar dengan V4 pada garis aksilaris anterior kiri
 - B. Sela iga 5 pada garis midklavikula kiri
 - C. Sela iga 4 pada ujung sternum kanan
 - D. Sela iga 4 pada ujung sternum kiri
 - E. Diantara V2 dan V4
7. Laki-laki, 52 tahun dirawat di Ruang penyakit dalam dengan DM. Hasil pengkajian: mudah lelah, aktivitas dibantu, sering merasa haus, berat badan turun, kulit kering, tekanan darah 120/80mmHg, Nadi 80x/menit, Gula darah sewaktu 564mg/dl. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
 - B. Kekurangan volume cairan
 - C. Gangguan integritas kulit

- D. Intoleransi aktivitas
E. Defisit nutrisi
8. Seorang perempuan berusia 74 tahun masuk dengan keluhan sesak, saat ini perawatan hari ke 3. Hasil pengkajian : pasien batuk disertai lendir, ronkhi pada semua lapang paru. TTV : TD = 120/80 mmHg, N=56x/mnt P=27x/mnt dan S=36°C. Hasil EKG : bradikardia, Q patologis II,III, AVF, V5-V6. Hasil Thoraks: efusi pleura kanan. Apakah masalah keperawatan pada kasus diatas ?
A. bersihan jalan nafas tidak efektif
B. penurunan curah jantung
C. kerusakan pertukaran gas
D. intoleransi aktivitas
E. kelelahan
9. Seorang laki-laki umur 35 tahun di rawat di ruang bedah dengan keluhan nyeri perut kanan bawah sejak tadi pagi, demam mual dan muntah serta nafsu makan menurun. Nyeri dirasakan secara terus menerus dengan skala 7. Hasil observasi : TD 130/90 mmHg, nadi 90 x/menit, suhu 38,4°C. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan nyeri tekan pada abdomen kuadran kanan bawah. Dokter mendagnosis apendicitis akut dan segera dilakukan tindakan pembedahan. Apakah masalah keperawatan utama yang paling tepat pada kasus tersebut ?
A. hipertermi
B. nyeri akut
C. defisit nutrisi
D. intoleransi aktivitas
E. kekurangan volume cairan
10. Seorang perempuan umur 63 tahun sudah 7 hari dirawat di RS dengan retensi urin dan sementara terpasang kateter. Hasil pengkajian : distensi kandung kemih tidak ada, dan sudah tidak nyeri pada abdomen bagian bawah. saat ini pasien diprogramkan untuk dilepas kateter, dan seorang perawat telah melepaskan fiksasi luar kateter. Apakah langkah prosedur keperawatan selanjutnya pada kasus di atas?
A. tarik kateter secara perlahan
B. ajarkan pasien menarik napas panjang
C. keluarkan isi balon kateter dengan sputit
D. olesi area meatus uretra dengan betadin

- E. beritahu pasien tentang tindakan yang akan dilakukan
11. Seorang laki-laki umur 50 tahun dirawat di RS karena penurunan kesadaran akibat stroke. Saat ini, perawat baru selesai melakukan pemasangan NGT, dan akan memberikan memberi makan. Perawat sudah melakukan cuci tangan dan mempersiapkan alat, posisi pasien sudah diatur. Apakah prosedur keperawatan selanjutnya pada kasus di atas?
- A. melakukan aspirasi
 - B. memberikan air matang
 - C. mengencerkan makanan
 - D. memberikan makanan cair
 - E. mendengarkan bunyi lambung
12. Seorang Perempuan usia 57 tahun, datang ke Poliklinik sebuah RS. Hasil pengkajian: Pasien mengatakan sudah lama menderita sakit diabetes, minum obat rutin, tetapi makan tidak terkontrol. Pasien tidak rutin melakukan pemeriksaan ke dokter. TD 130/80 mmHg, suhu 36.5°C, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, sering keringat dingin, penglihatan kabur. Apakah tindakan kolaborasi yang dapat dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- A. pemeriksaan urine lengkap
 - B. pemeriksaan darah lengkap
 - C. pemeriksaan gula darah puasa
 - D. pemeriksaan gula kurva harian
 - E. pemeriksaan gula darah sewaktu
13. Seorang perempuan, 30 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan diagnosa medis DHF. Pasien mengeluh tidak napsu makan hanya dapat menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi, mual, muntah, pusing, demam dan lemas. Hasil pengkajian : tekanan darah 120/80mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 90x/menit, suhu tubuh 38°C, terdapat petekie, trombosit 35 mcL. Apakah data obyektif pada kasus tersebut dengan masalah keperawatan hipertermia ?
- A. Pasien mengeluh muntah
 - B. Pasien mengeluh demam
 - C. Pasien mengeluh pusing
 - D. Pasien mengeluh lemas
 - E. Suhu tubuh 38°C

14. Seorang perempuan, 30 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan diagnosa medis DHF. Pasien mengeluh tidak napsu makan hanya dapat menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi, mual, muntah, pusing, demam dan lemas. Hasil pengkajian : tekanan darah 120/80mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 90x/menit, suhu tubuh 38°C, terdapat petekie, trombosit 35 mcL. Apakah intervensi untuk masalah keperawatan dengan hipertermia yang tepat pada kasus tersebut menurut SIKI ?
- A. Monitor suhu tubuh
 - B. Identifikasi skala nyeri
 - C. Monitor koagulasi darah
 - D. Identifikasi status nutrisi
 - E. Monitor intake dan output cairan
15. Seorang perempuan, 30 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan diagnosa medis DHF. Pasien mengeluh tidak napsu makan hanya dapat menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi, mual, muntah, pusing, demam dan lemas. Hasil pengkajian : tekanan darah 120/80mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 90x/menit, suhu tubuh 38°C, terdapat petekie, trombosit 35 mcL. Apakah hasil yang diharapkan untuk masalah keperawatan dengan hipertermia yang tepat pada kasus tersebut menurut SLKI ?
- A. Nyeri abdomen menurun
 - B. Napsu makan membaik
 - C. Keluhan lelah menurun
 - D. Suhu tubuh membaik
 - E. Pola napas membaik
16. Seorang perempuan, 30 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan diagnosa medis DHF. Pasien mengeluh tidak napsu makan hanya dapat menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi, mual, muntah, pusing, demam dan lemas. Hasil pengkajian : tekanan darah 120/80mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 90x/menit, suhu tubuh 38°C, terdapat petekie, trombosit 35 mcL. Apakah implementasi kolaborasi untuk masalah keperawatan dengan hipertermia yang tepat pada kasus tersebut ?
- A. Memberikan antihistamin
 - B. Memberikan antiemetik
 - C. Memberikan antipiretik
 - D. Memberikan antidiare
 - E. Memberikan analgetik

17. Seorang perempuan, 30 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan diagnosa medis DHF. Pasien mengeluh tidak napsu makan hanya dapat menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi, mual, muntah, pusing, demam dan lemas. Hasil pengkajian : tekanan darah 120/80mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 90x/menit, suhu tubuh 38°C, terdapat petekie, trombosit 35 mcL. Apakah evaluasi untuk data subyektif dengan masalah keperawatan hipertermia yang tepat pada kasus tersebut ?
- A. Pasien mengatakan makannya selalu habis
 - B. Pasien mengatakan sudah tidak demam
 - C. Pasien mengatakan sudah tidak muntah
 - D. Pasien mengatakan sudah tidak pusing
 - E. Pasien mengatakan sudah tidak lemas
18. Seorang perempuan, 28 tahun, dirawat di RS. Hasil pengkajian: demam sudah 4 hari, sakit kepala, mual dan muntah, akral teraba dingin, rampleed test positif, TD 90/70 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit dan teraba lemah, frekuensi napas 24x/menit, suhu 37°C. Hasil laboratorium Ht 47%, trombosit 100.000/uL. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. hipervolemia
 - B. nyeri akut
 - C. defisit nutrisi
 - D. hipovolemia
 - E. risiko perdarahan
19. Seorang perempuan, 50 tahun, dirawat di RS dengan DM. Hasil pengkajian, pasien mengeluh penglihatan kabur, pusing, mual dan muntah, keluar keringat dingin, serta terdapat kemerahan pada jari kaki, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,8°C, GDS 90 mg/dL. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. hipovolemia
 - B. risiko cedera
 - C. defisit nutrisi
 - D. gangguan integritas kulit
 - E. ketidakstabilan kadar gula darah
20. Seorang laki-laki, 48 tahun, dirawat di RS dengan asma brochial. Hasil pengkajian: batuk, gelisah dan keringat dingin, sesak napas, terdapat retraksi

dinding dada, *wheezing*, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 30x/menit dan tidak teratur, suhu 36,8°C, terpasang O2 nasal kanule 4 liter/menit, SpO2 93%. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. pola napas tidak efektif
 - B. gangguan pertukaran gas
 - C. gangguan sirkulasi spontan
 - D. bersihan jalan nafas tidak efektif
 - E. risiko perfusi perifer tidak efektif
21. Seorang laki-laki, 58 tahun, dirawat di RS hari ketiga. Hasil pengkajian: batuk disertai lendir kental, sesak napas, ronkhi, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 36,5°C, terpasang O2 nasal kanule 3 liter/menit. Saat ini sudah diberikan terapi nebulizer tetapi masih sulit mengeluarkan lendirnya. Apakah tindakan keperawatan yang tepat diberikan pada kasus tersebut?
- A. melakukan masase punggung
 - B. menganjurkan banyak minum
 - C. mengajarkan teknik relaksasi
 - D. mengajarkan teknik batuk efektif
 - E. menganjurkan untuk istirahat yang cukup
22. Seorang perempuan, 50 tahun, dirawat di RS dengan CKD. Hasil pengkajian: peningkatan BB dalam 2 minggu terakhir, sesak napas, edema anasarca, produksi urine sedikit, TD 160/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 30x/menit, suhu 36°C, terpasang O2 3 liter/menit . Hasil laboratorium ureum 80 mg/dL, kreatinin 2,54 mg/dL. Saat ini direncanakan untuk tindakan hemodialisa. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- A. hipovolemia
 - B. hipervolemia
 - C. gangguan eliminasi urine
 - D. risiko ketidakseimbangan cairan
 - E. risiko ketidakseimbangan elektrolit
23. Seorang laki-laki, 50 tahun dirawat di RS dengan pneumonia. Hasil pemeriksaan, mengeluh sesak, terdapat pergerakan napas cuping hidung, ujung jari sianosis, TD 100/60 mmHg, frekuensi nadi 112x/menit, frekuensi

napas 32x/menit, suhu 37,5°C, PCO₂ =55 mmHg. PaO₂ = 70 mmHg. Apakah masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. bersihan jalan nafas tidak efektif
- B. gangguan pertukaran gas
- C. pola nafas tidak efektif
- D. risiko aspirasi
- E. hipertermia

24. Seorang laki-laki, 26 tahun diantar ke IGD karena diare dan muntah terus menerus. Hasil pemeriksaan : somnolen, turgor kulit 4 detik, bibir kering,TD 90/60 mmHg. frekuensi nadi 112x/mt, frekuensi napas 26x/mt, suhu 36,0°C. Apakah tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut?

- A. memberikan oralit sesering mungkin
- B. kolaborasi pemasangan cairan infus
- C. pemberian anti emetika
- D. Monitor tanda dehidrasi
- E. injeksi obat diare

25. Seorang perempuan 25 tahun, kontrol ke Rumah Sakit karena sakit DM. Hasil pemeriksaan,klien mengeluhkan berat badannya terus naik, Tinggi badan 165 cm, berat badan 76 Kg, TD 120/75 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37.0o C. selanjutnya perawat akan menghitung status nutrisi klien. Berapakah nilai Indeks Massa Tubuh pada kasus tersebut?

- A. 18.7
- B. 21.7
- C. 23.7
- D. 25.7
- E. 28.7

26. Seorang laki-laki 50 tahun, dirawat di RS dengan stroke. Hasil pengkajian : somnolen, reflek menelan turun, gurgling, ronchi dilapang paru atas, TD 150/90 mmHg,frekuensi Nadi 100 x/menit, frekuensi napas 25 x/ menit, suhu 37,2°C. Perawat melakukan suction, selang penghisap lendir telah dimasukkan nasofaring. Apa tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?

- A. Berikan kesempatan pasien bernapas tiga kali
- B. Lakukan hisapan tidak lebih dari 15 detik
- C. Melakukan auskutasi lapang paru
- D. Memberikan O₂ inhalasi

E. Cek saturasi oksigen

27. Seorang perempuan 20 tahun, dirawat di Ruang Bedah dengan luka bakar. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri, luka bakar area dada, abdomen dan paha kiri., TD 90/60 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37°C. Berapa luas luka bakar pada kasus tersebut?
- A. 18 %
 - B. 27 %
 - C. 36 %
 - D. 45 %
 - E. 51 %
28. Seorang Perempuan 43 tahun, dirawat di RS karena mengalami cedera kepala. Hasil pengkajian: tidak berespon dengan rangsangan nyeri, pupil unisochor, TD 100/50 mmHg, frekuensi nadi 102 x/m, frekuensi napas 28 x/m, suhu 37,5°C dan hasil CT scan kepala subdural hematoma. Apa tingkat kesadaran pasien pada kasus tersebut?
- A. coma
 - B. apatis
 - C. delirium
 - D. somnolen
 - E. compos mentis
29. Seorang laki- laki, umur 43 Tahun dirawat diRuang bedah dengan post appendiktoni hari ke 3. Perawat melakukan perawatan luka pada pasien. Saat luka akan ditutup kassa steril dengan menggunakan pinset, perawat tidak sengaja menjatuhkan pinset ke lantai. Karena dirasa tidak kotor, pinset tersebut tetap digunakan untuk mengambil kassa steril yang menutupi luka pasien. Apakah prinsip etik yang dilanggar oleh perawat?
- A. Veracity
 - B. Autonomy
 - C. Accountability
 - D. Confidentiality
 - E. Non-Maleficence
30. Seorang laki- laki, umur 25 tahun datang ke poli penyakit dalam dengan keluhan sakit kepala. Hasil pengkajian : demam selama 4 hari, TD 110/70 mmHg, Frekuensi Nadi 90 x/m, frekuensi napas 20 x/m, Suhu 39 °C. Perawat

akan melakukan uji tourniquet. Perawat menjelaskan prosedur dan meminta persetujuan kepada pasien dan keluarganya, lalu mencuci tangan, memasang manset diatas fossa cubiti dan mengukur tekanan darah. Apakah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- A. Melepas manset secara perlahan.
 - B. Menahan tekanan manset selama 10 menit.
 - C. Mencatat jumlah ptekie pada area yang ditandai.
 - D. Menentukan tekanan tengah sistolik dan diastolic.
 - E. Memompa manset sampai tekanan yang telah ditentukan.
31. Seorang laki- laki, umur 25 tahun datang ke poli penyakit dalam dengan keluhan sakit kepala. Hasil pengkajian : demam selama 4 hari, TD 110/70 mmHg, Frekuensi Nadi 90 x/m, frekuensi napas 20 x/m, Suhu 39 °C. Perawat akan melakukan uji tourniquet. Perawat menjelaskan prosedur dan meminta persetujuan kepada pasien dan keluarganya, lalu mencuci tangan, memasang manset diatas fossa cubiti dan mengukur tekanan darah. Apakah tindakan selanjutnya yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- A. Melepas manset secara perlahan.
 - B. Menahan tekanan manset selama 10 menit.
 - C. Mencatat jumlah ptekie pada area yang ditandai.
 - D. Menentukan tekanan tengah sistolik dan diastolic.
 - E. Memompa manset sampai tekanan yang telah ditentukan.
32. Seorang wanita, 40 tahun dirawat di ruang syaraf dengan diagnose medis stroke hemoragic. Hasil pengkajian: hemiparesis kiri, mata terbuka terhadap rangsang nyeri, tangan fleksi abnormal serta pasien mengerang kesakitan, TD: 140/90 mmHg, frekuensi napas : 22 x/menit, frekuensi nadi : 85 x/mnt. Berapakah nilai GCS pada kasus tersebut?
- A. E2M4V4,
 - B. E2M3V3
 - C. E2M3V2
 - D. E3M3V2
 - E. E3M2V2
33. Seorang laki- laki, 38 tahun datang ke poliklinik paru sedang menjalani pengobatan tuberculosis (TBC). Hasil pengkajian, Pasien mempunyai riwayat merokok dan suka meludah sembarangan. Perawat menganjurkan pasien untuk berhenti merokok dan meludah pada tempatnya dengan alasan pasien

tinggal bersama istri yang sedang hamil dan memiliki anak balita. Apa prinsip etik yang diterapkan oleh perawat pada kasus tersebut?

- A. *fidelity*
- B. *autonomy*
- C. *beneficience*
- D. *confidentiality*
- E. *non-maleficence*

34. Seorang laki-laki, 35 tahun dirawat di RS karena mengalami penurunan kesadaran akibat cedera kepala sejak 3 hari yang lalu. Hasil pengkajian: kesadaran somnolen, GCS 8, TD 200/100 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 37,5°C. Terpasang oksigen 2 liter/menit melalui nasal *canula*. Saat perawat melakukan auskultasi suara napas, terdengar stridor. Perawat melakukan tindakan untuk menangani hal tersebut. Apakah tindakan perawat pada kasus tersebut?

- A. Lakukan *suction orofaring*
- B. Tambahkan dosis oksigen
- C. Persiapkan pemeriksaan X-ray
- D. Segera lapor ke dokter penanggung jawab
- E. Rencanakan untuk menilai kembali setelah 1 jam

35. Seorang perempuan, 50 tahun dirawat di RS karena mengalami kelemahan tubuh sisi kanan sejak 1 minggu yang lalu akibat Stroke Iskemik. Hasil pengkajian: kesadaran compos mentis, kekuatan otot ekstremitas kanan 2 dan ekstremitas kiri 5. Pasien berbaring lemah di tempat tidur, perawatan diri dibantu. Pasien mengalami gangguan mobilitas fisik. Perawat melakukan tindakan untuk mencegah kontraktur akibat immobilisasi. Apakah tindakan perawat yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Rubah posisi miring kiri miring kanan setiap 2 jam
- B. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
- C. Sokong bantal pada ekstremitas yang lemah
- D. Ajarkan napas dalam dan batuk efektif
- E. Atur posisi head up 30° sejajar netral

36. Seorang laki-laki, 50 tahun dirawat di RS karena mengalami batuk berdahak sejak 6 bulan yang lalu. Hasil pengkajian: pasien batuk tidak efektif, sekret berlebih, ronki pada kedua lapang paru, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 37°C. Pasien mengalami bersihan

jalan napas tidak efektif dan dilakukan penghisapan sekret. Apa yang perlu diperhatikan perawat saat tindakan tersebut?

- A. Masukkan selang yang dalam hingga lendir bersih
- B. Atur tekanan *suction* sekitar 60 mmHg
- C. Evaluasi suara napas setelah prosedur
- D. Tempatkan pasien pada posisi lateral
- E. Gunakan kateter 8 Fr yang steril

37. Seorang perempuan, 50 tahun dirawat di RS karena tungkai kiri bengak sejak 3 hari yang lalu akibat tromboflebitis. Hasil pengkajian kesadaran compositus, ekspresi meringis saat tungkai kiri digerakkan dengan skala 4 (1-10), merah, bengak, dan teraba hangat. Perawat melakukan tindakan untuk mengurangi pembengkakan. Apakah tindakan perawat yang tepat pada kasus tersebut?

- A. Lakukan kompres hangat dua kali sehari
- B. Pijat kaki dari bagian distal ke proksimal
- C. Tinggikan kaki menggunakan bantal
- D. Pertahankan alat kompresi pada kaki
- E. Immobilisasi ekstremitas bawah

38. Seorang laki-laki, 60 tahun dirawat di RS karena mengalami kelemahan tubuh sisi kanan sejak 2 minggu yang lalu akibat stroke iskemik. Hasil pengkajian kesadaran compositus, kekuatan otot ekstremitas kanan 4 dan ekstremitas kiri 5. Pasien hanya terbaring lemah di tempat tidur dan mengalami gangguan mobilitas fisik. Perawat akan membantu pasien melakukan ROM aktif. Apakah tindakan pertama perawat pada kasus tersebut?

- A. Motivasi pasien semandiri mungkin melakukan latihan rentang gerak
- B. Identifikasi keterbatasan dan ketidaknyamanan saat bergerak
- C. Jadwalkan latihan rentang gerak setiap hari
- D. Jelaskan tentang latihan rentang gerak
- E. Ajarkan rentang gerak sesuai program

39. Seorang laki-laki, 63 tahun berobat ke poliklinik RS Mata, hasil pengkajian: penglihatan buram, melihat seperti ada bayang-bayang, riwayat DM sejak 20 tahun yang lalu, aktivitas sehari-hari dibantu keluarga, pasien menggunakan tongkat saat berjalan, TD 110/80 mmHG, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 37°C, GDS 220 g/dl. Apakah pengkajian lanjutan utama yang perlu dilakukan pada kasus tersebut?

- A. Pola aktivitas harian
 - B. Kemampuan kognitif
 - C. Riwayat jatuh/cedera
 - D. Ketajaman penglihatan
 - E. Riwayat kesehatan keluarga
40. Seorang Perempuan, 52 tahun dirawat di RS dengan keluhan luka pada jari kaki yang tak kunjung sembuh sejak 1 minggu. Hasil pengkajian: keadaan umum lemah, luka pada kaki kanan digit 2 dan 3 disertai pus, terlihat tulang dan berbau, pasien jarang melakukan kontrol Kesehatan, TD 100/80 mmHg, GDS 200 mg/dl. Pasien mengalami gangguan integritas jaringan. Apakah intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Berikan terapi insulin
 - B. Lakukan perawatan luka
 - C. Anjurkan olahraga secara teratur
 - D. Pemeriksa gula darah secara berkala
 - E. Edukasi cara pengelolaan diet makanan
41. Seorang laki-laki 57 tahun, dirawat di RS dan telah menjalani operasi katarak IOL (*intra ocular lens*) 3 hari yang lalu. Saat ini, pasien di perbolehkan pulang dan perawat melakukan discharge *planning* agar selalu menggunakan pelindung mata saat hendak mandi agar mata tidak terkena air serta tidak menyentuh mata sebelum mencuci tangan. Apakah tujuan keperawatan *discharge planning* pada kasus tersebut?
- A. Mencegah infeksi pada mata
 - B. Menghindari terjadinya peningkatan TIO
 - C. Meminimalkan gangguan fungsi penglihatan
 - D. Menanggulangi kerusakan pada lapisan mata
 - E. Membatasi penekanan pada mata yang telah dioperasi
42. Seorang laki-laki, 48 tahun di rawat di RS dengan luka gangren pada kaki kanan. Hasil pengkajian: balutan kotor, berbau dan kulit sekitar luka berwarna kemerahan, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 38,2°C, GDS 180 g/dl. Perawat melakukan tindakan perawatan luka. Saat ini, perawat telah melakukan cuci tangan 6 langkah dan memasang sarung tangan bersih. Apakah prosedur tindakan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
- A. Observasi tanda-tanda infeksi

- B. Bersihkan luka dengan cairan NaCl
C. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
D. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
E. Monitor karakteristik luka (dranase, warna, ukuran)
43. Seorang laki-laki, 62 tahun dirawat di RS dengan keluhan susah buang air kecil akibat BPH sejak 1 bulan yang lalu. Saat ini pasien post operasi TURP hari ke-2. Hasil pengkajian: pasien kesakitan, skala nyeri 3 (1-10), terpasang infus RL dan cairan irigasi kateter NaCL 0,9% 30 tts/menit. Urine berwana merah dan irigasi berjalan lancar. Apakah tindakan yang tepat dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- A. Mempertahankan irigasi tetap adekuat
B. Kolaborasi pemberian analgesik
C. Monitor intake dan output
D. Periksa TTV setiap 2 jam
E. Observasi hemoglobin
44. Seorang laki-laki, 25 tahun, dirawat dengan fraktur tibia dextra. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri pada daerah fraktur dan jari-jari terasa kesemutan. Pasien sudah dilakukan pembidaian sebelum dijadwalkan operasi. Apakah pengkajian prioritas pertama yang tepat pada kasus tersebut?
- A. pergerakan jari kaki
B. nyeri pada bagian jari
C. nadi perifer bagian poplitea
D. warna kulit pada jari-jari kaki
E. sensasi dingin panas daerah kaki
45. Seorang laki-laki, 40 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis infark miokard akut. Pasien mengeluh nyeri dada yang dirasakan 3 hari yang lalu. Hasil pengkajian: pasien menunjukkan cemas, sering menguap dan menanyakan apakah obat anti nyerinya masih bereaksi, TD 130/90mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 22x/menit. Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- A. ansietas
B. nyeri akut
C. gangguan pola tidur
D. pola nafas tidak efektif
E. penurunan curah jantung

46. Seorang laki-laki, 25 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis gastritis. Pasien mengeluh nyeri ulu hati sering kambuh jika mengkonsumsi makanan yang pedas. Hasil pengkajian menunjukkan nyeri tekan pada epigastrium. Apakah rencana tindakan yang tepat pada kasus tersebut?
- A. identifikasi alergi makanan solution
 - B. ciptakan lingkungan tenang dan nyaman
 - C. berikan pemahaman tentang penyakitnya
 - D. observasi kemampuan mencerna makanan
 - E. bantu pasien dalam memilih diet yang tepat
47. Seorang perempuan, 45 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis medis ST non elevasi miokard infark. Keluarga melaporkan kondisi pasien pada perawat di nurse station. Pasien mengeluh nyeri dada hebat setelah memaksa berjalan ke kamar mandi. Hasil pengkajian: menunjukkan pasien tampak meringis, memegangi dada, keluar keringat dingin dan wajah pucat. Apakah tindakan keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- A. melakukan perekaman EKG
 - B. mengajarkan teknik relaksasi
 - C. memasang oksigen face mask
 - D. mengatur posisi yang nyaman
 - E. menganjurkan untuk pembatasan aktivitas
48. Seorang perempuan, 42 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis kanker kolon. Pasien mengatakan mulai merasakan nyeri pada area perut dengan skala 5. Hasil pengkajian: pasien menunjukkan gelisah, memegang area abdomen, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit dan frekuensi napas 20x/menit. Perawat memberikan tramadol oral 50 mg sesuai dengan program pengobatan. Apakah evaluasi tindakan pada kasus tersebut?
- A. Cek riwayat alergi
 - B. Evaluasi skala nyeri
 - C. Pasien mengeluh mual
 - D. Lakukan pemeriksaan bising usus
 - E. Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital

PEMBAHASAN SOAL

KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

1. E. Bersihkan jalan nafas tidak efektif

Sesak napas, ronkhi, frekuensi napas meningkat

- A. Jawaban tidak tepat. Intoleransi aktivitas yaitu ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas. Masalah keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena tidak terdapat data penurunan toleransi terhadap aktivitas pada kasus.
- B. Pola napas tidak efektif yaitu inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan validasi adekuat dapat ditegakkan karena terdapat data peningkatan frekuensi napas dan penggunaan otot bantu nafas. Namun masalah ini tidak menjadi prioritas, sehingga jawaban ini tidak tepat.
- C. Gangguan pertukaran gas yaitu kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler. Masalah keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena tidak terdapat data yang mendukung, sehingga jawaban ini tidak tepat.
- D. Gangguan ventilasi spontan yaitu penurunan cadangan energi yang mengakibatkan individu tidak mampu bernapas secara adekuat tidak dapat ditegakkan karena tidak ada data yang mendukung sehingga jawaban ini tidak tepat.
- E. Bersihkan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Masalah ini aktual, karena terdapat data yang mendukung seperti peningkatan frekuensi napas, keluhan sesak, batuk berdahak, adanya suara nafas ronkhi. Masalah ini menjadi masalah prioritas, karena jika tidak dipenuhi dapat mengancam nyawa, dan sesuai dengan hirarki Maslow kebutuhan fisiologis oksigenasi merupakan kebutuhan dasar prioritas yang harus dipenuhi. Berdasarkan prioritas ABC (Airway, Breathing, Circulation) maka masalah bersihkan jalan napas menempati prioritas, yaitu airway.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara menganalisa data dan menegakkan diagnosa keperawatan. Identifikasi data fokus yang tersedia dan masalah keperawatan yang dapat ditegakkan. Lalu prioritaskan berdasarkan yang lebih mengancam kehidupan dan hirarki Maslow.

Referensi:

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

2. A. Berikan oksigen

sesak napas

- A. Pada kasus, pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 26x/menit. Kondisi sesak napas dapat menyebabkan otot jantung kekurangan oksigen dan memperburuk kondisi pasien. Selain itu berdasarkan hirarki Maslow, kebutuhan oksigenasi merupakan prioritas pertama dalam pemenuhan kebutuhan fisiologis.
- B. Anjurkan istirahat bukanlah tindakan prioritas dan dapat dilakukan setelah pasien diberikan oksigen.
- C. Kaji sirkulasi perifer dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan pada perfusi perifer. Hal ini bukan merupakan tindakan prioritas pada kasus
- D. Kaji toleransi aktivitas dapat dilakukan setelah kebutuhan oksigenasi terpenuhi dan untuk merencanakan aktivitas yang sesuai untuk pasien
- E. Ajarkan tarik napas dalam dapat melatih otot pernapasan, namun tindakan ini bukan prioritas, karena saat ini pasien membutuhkan oksigen untuk memenuhi kebutuhan tubuh

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara menentukan intervensi keperawatan.

Referensi:

Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2017). Text Book of Medical and Surgical Nursing. 11 edition. Lippincott: Philadelphia.

3. E. 27%

luka bakar daerah dada, lengan tangan sebelah kanan dan kiri

- A. Hasil hitungan tidak tepat karena pilihan persentase luas luka bakar melebihi dari pembagian rumus Role of Nine.
- B. Hasil hitungan tidak tepat karena pilihan persentase luas luka bakar melebihi dari pembagian rumus Role of Nine.
- C. Hasil hitungan tidak tepat karena pilihan persentase luas luka bakar melebihi dari pembagian rumus Role of Nine.
- D. Hasil hitungan tidak tepat karena pilihan persentase luas luka bakar melebihi dari pembagian rumus Role of Nine.
- E. Pilihan jawaban yang tepat, Berdasarkan rumus Role of Nine bahwa luas luka bakar pada daerah dada 9%, lengan tangan kanan 9% dan lengan tangan kiri 9%.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perhitungan luas luka bakar.

Referensi:

Hasliani. (2019). Sistem Integumen. Makassar; Tohar Media.

Tim Pokja PPNI. (2020). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Persarafan, Sensori, Integumen. Jakarta; DPP PPNI.

4. A. Bersihan jalan nafas tidak efektif

Sesak, batuk berdahak, bunyi napas

- A. Bersihan jalan nafas tidak efektif ini adalah jawaban yang sesuai karena ditemukannya sumbatan Airway akibat sekret, sesak dan terdapat bunyi napas ronchi yang menandakan adanya akumulasi sekret yang berlebih.
- B. Pasien stroke infark akan mengalami penurunan suplai darah ke otak akibat adanya penyumbatan trombus atau embolus sehingga menyebabkan hipoksia jaringan otak dan kerusakan/ menurunnya fungsi neuron pada bagian wilayah otak tertentu. Harus didukung dengan adanya data penurunan kesadaran seperti stupor, kehilangan fungsi motorik dan wicara. Penurunan kesadaran dapat menyebabkan hilangnya kontrol terhadap pergerakan lidah dan pengeluaran saliva sehingga pasien akan mengalami sumbatan jalan nafas atas yang dimanifestasikan dengan bunyi nafas ngorok. Semua tanda dan gejala tersebut disebabkan karena kerusakan fungsi neuron di otak akibat dari kurang/tidak adanya suplai darah ke otak.
- C. Kehilangan fungsi wicara merupakan manifestasi kerusakan neuron di otak.
- D. Tidak ada data yang mendukung untuk diangkat masalah keperawatan tersebut.
- E. Tidak ada data yang mendukung untuk diangkat masalah keperawatan tersebut.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan yang kemungkinan muncul pada Sistem Persarafan.

Referensi:

PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja PPNI. (2020). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Persarafan, Sensori, Integumen. Jakarta: DPP PPNI.

5. C. Akral dingin menurun

Akral dingin

- A. Perasaan tidak nyaman yang dapat mengakibatkan muntah, tidak termasuk dalam kriteria hasil masalah risiko syok.
- B. Kondisi emosi dan pengalaman subjektif yang tidak spesifik akibat antisipasi bahaya, memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman, pilihan tidak tepat.
- C. Salah satu tanda terjadinya syok adalah kulit terasa dingin saat disentuh atau akral dingin, berisiko untuk terjadinya syok dimana mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, sehingga menjadi pilihan jawaban yang tepat.
- D. Pilihan jawaban kurang didukung dengan data objektif sebagai kriteria hasil pada masalah risiko syok.
- E. Pilihan jawaban tidak mendukung pada kriteria hasil masalah risiko syok.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan pada penyakit infeksi seperti DHF.

Referensi:

PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

6. A. Sejajar dengan V4 pada garis aksilaris anterior kiri

Pemasangan elektroda V5

- A. Adalah pilihan jawaban yang tepat posisi elektroda V5 sejajar dengan V4 yaitu pada sela iga 5, pilihan jawaban yang tepat.
- B. Sela iga 5 garis midklavikula kiri merupakan bagian dari pemasangan elektroda V4, pilihan tidak tepat.
- C. Sela iga 4 pada ujung sternum kanan bagian pemasangan elektroda V1, pilihan tidak tepat.
- D. Sela iga 4 pada ujung sternum kiri bagian pemasangan elektroda V2, pilihan tidak tepat.
- E. Diantara V2 dan V4 bagian pemasangan elektroda V3, pilihan tidak tepat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang bagaimana cara melakukan prosedur pemasangan elektroda yang tepat dan benar pada pemasangan EKG.

Referensi:

Tim Pokja PPNI. (2020). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskuler. Jakarta: DPP PPNI.

7. A. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Gula Darah sewaktu 564 mg/dl

- A. Pasien DM mengalami gangguan produksi insulin atau resistensi insulin yang mengakibatkan ketidakmampuan menjaga kadar glukosa darah dalam rentang normal. Pada kasus di atas pasien mengalami DM dengan peningkatan gula darah sehingga pilihannya adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah.
- B. Penurunan volume cairan disebabkan karena sering merasa haus, adanya kehilangan cairan yang aktif, kekurangan intake cairan, nadi dan tekanan darah meningkat, suhu tubuh meningkat. Bukan masalah prioritas.
- C. Kerusakan integritas kulit disebabkan karena adanya perubahan status nutrisi, cairan, penurunan mobilitas, kerusakan lapisan kulit, disertai dengan adanya tanda-tanda inflamasi.
- D. Ketidakcukupan energi dalam melakukan aktivitas karena adanya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan, mengeluh lelah, bukan menjadi masalah prioritas.
- E. Data pada jawaban ini tidak mendukung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang masalah keperawatan yang mungkin muncul berdasarkan data yang sesuai pada soal.

Referensi:

PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

8. A. Bersihkan jalan nafas tidak efektif

Sesak, Batuk disertai lendir, ronchi, P=27x/mnt

- A. pada kasus menunjukkan keluhan utama klien dengan sesak batuk disertai lendir, ronchi pada semua lapang paru pernafasan 27x/m
- B. penurunan curah jantung kurang tepat karena berpatokan dengan kata kunci bradikardi hanya saja kita mengangkat masalah keperawatan prioritas dilihat dari keluhan utama klien

- C. pada kasus tidak ada yang membahas terkait gangguan perubahan membrane alveolar-kapiler seperti perpindahan cairan dan penggumpalan cairan di paru interstitial dan alveoli
- D. pada kasus tidak ada yang mengatakan klien sulit beraktivitas
- E. tidak ada yang membahas tentang kelelahan pada vignette

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penentuan diagnose terkait sistem pernafasan, sebagai kata kunci apabila sesak disertai secret atau lender berarti bersihan jalan nafas tidak efektif, dan apabila ada sesak tidak disertai secret berarti masalah keperawatan yang diangkat adalah pola nafas.

Referensi:

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Edisi 1 cetakan III revisi. Jakarta, DPP PPNI.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 8th edition. St. Louis, Missouri:
- Herdman, T. H. (2012). NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L., (2006). Medical-surgical nursing critical thinking for collaborative care. Philadelphia: Saunders Elseviers.
- Smeltzer C. Suzanne.(2002). Brunner & Suddarth, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 3, volume 8. Jakarta, EGC.

9. B. Nyeri akut

keluhan nyeri perut kanan bawah, dirasakan secara terus menerus dengan skala 7, nyeri tekan pada abdomen kuadran kanan bawah

- A. Kurang tepat karena meskipun terdapat data suhu 38,4°C tapi bukan masalah keperawatan
- B. Masalah keperawatan nyeri akut yang lebih tepat dilihat dari keluhan klien dengan nyeri yang terus menerus dengan skala 7.
- C. Pada Masalah keperawatan defisit nutrisi kurang tepat karena tidak ada data yang membahas tentang BB sebelum dan setelah sakit maupun IMT yang tidak normal.
- D. Intoleransi aktivitas kurang tepat karena tidak ada dibahas atau disinggung pada kasus diatas
- E. Masalah hypovolemia tidak muncul karena tidak ada data yang mendukung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penentuan masalah keperawatan terkait sistem pencernaan dengan kebutuhan aman dan nyaman. Jangan terkecoh dengan jawaban yang hamper sama maknanya tapi tetap berpedoman pada SDKI untuk penentuan masalah keperawatan. Pahami dulu kata kuncinya.

Referensi:

- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 8th edition. St. Louis, Missouri:
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Edisi 1 cetakan III revisi. Jakarta, DPP PPNI.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L., (2006). Medical-surgical nursing critical thinking for collaborative care. Philadelphia: Saunders Elseviers.
- Smeltzer C. Suzanne.(2002). Brunner & Suddarth, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 3, volume 8. Jakarta, EGC.

10.C. Keluarkan isi balon kateter dengan sputit

Pada vignette sudah jelas diprogramkan untuk dilepas kateter, dan seorang perawat telah melepaskan fiksasi luar kateter

- A. Pada SOP pelepasan kateter tidak bisa langsung menarik selang kateter apabila masih ada cairan pada balon kateter yang belum dikeluarkan
- B. Pasien diinstruksikan menarik napas panjang apabila selang kateter akan dikeluarkan atau ditarik untuk mengurangi rasa kurang nyaman ataupun nyeri pada saat mengeluarkan selang.
- C. Keluarkan isi balon kateter dengan sputit sudah tepat sesuai SOP setelah melepaskan fiksasi luar sebelum menarik selang kateter.
- D. Olesi area meatus uretra dengan betadin, untuk opsi ini tidak ada di SOP karena untuk membersihkan area meatus uretra cukup dengan NaCl saja.
- E. Beritahu pasien tentang tindakan yang akan dilakukan, tidak perlu lagi memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan selanjutnya karena itu dilakukan diawal sebelum melakukan tindakan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang urutan SOP pada tindakan pemasangan atau melepaskan Kateter

Referensi:

- Yuli Aspiani, Reny. (2015). Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Perkemihan: TIM.

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

11.B. Memberikan air matang

Saat ini sudah terpasang NGT , Perawat sudah melakukan cuci tangan dan mempersiapkan alat, posisi pasien sudah diatur

- A. Melakukan aspirasi sudah dilakukan pada saat prosedur pemasangan NGT untuk memastikan selang NGT sampai ke lambung
- B. Memberikan air matang merupakan prosedur yang tepat setelah mempersiapkan pasien sebelum diberikan makanan cair melalui NGT
- C. Mengencerkan makanan bukanlah tugas perawat karena di RS sudah di siapkan makanan cair dari petugas gizi sesuai dengan diet yang diberikan
- D. Bisa jadi Memberikan makanan cair namun sebelum itu harus dimasukkan air matang dulu
- E. Mendengarkan bunyi lambung, prosedur ini sudah dilakukan pada saat pemasangan NGT.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang urutan SOP pada tindakan pemberian makanan melalui NGT

Referensi:

- Ida Mardalena. (2018). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Yogjakarta,Pustaka Baru
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 8th edition. St. Louis, Missouri:
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia.Edisi 1 cetakan III revisi. Jakarta, DPP PPNI.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L., (2006). Medical-surgical nursing critical thinking for collaborative care. Philadelphia: Saunders Elseviers.
- Smeltzer C. Suzanne.(2002). Brunner & Suddarth, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 3, volume 8. Jakarta, EGC.

12.E. Pemeriksaan gula darah sewaktu

sudah lama menderita sakit diabetes, Pasien tidak rutin melakukan pemeriksaan ke dokter

- A. Pemeriksaan urine lengkap. kurang tepat, tidak ada hubungan langsung dengan gula darah.
- B. Pemeriksaan darah lengkap. Kurang tepat karena adanya kurva harian

- C. Pemeriksaan gula darah puasa. kurang tepat, karena pasien harus puasa.
- D. Pemeriksaan gula kurva harian. mungkin saja tapi lebih tepat pada pemeriksaan gula darah sewaktu.
- E. Pemeriksaan gula darah sewaktu. ini yang tepat, kapan saja bisa diperiksa

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian pada kasus diabetes melitus.

Referensi:

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Edisi 1 cetakan III revisi. Jakarta, DPP PPNI.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. 8th edition. St. Louis, Missouri:
- Herdman, T. H. (2012). NANDA international nursing diagnoses: definitions & classification, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L., (2006). Medical-surgical nursing critical thinking for collaborative care. Philadelphia: Saunders Elseviers.
- Smeltzer C. Suzanne.(2002). Brunner & Suddarth, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 3, volume 8. Jakarta, EGC.

13.E. Suhu Tubuh 38°C

Data Obyektif dari hasil Pengkajian

- A. Pasien mengeluh muntah, merupakan data subyektif.
- B. Pasien mengeluh demam, merupakan data subyektif.
- C. Pasien mengeluh pusing, merupakan data subyektif.
- D. Pasien mengeluh lemas, merupakan data subyektif.
- E. Suhu tubuh 38°C, ini merupakan jawaban yang benar sebab merupakan data obyektif.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data subyektif dan data obyektif.

Referensi:

- BMP. UKI. 2020. Modul Keperawatan Medikal Bedah I, YA-24-KMB-PK-IV.
- Ruminem, et.al, 2020. Modul Penyakit Tropis, Samarinda : Gunawana Lestari.

14.A. Monitor Suhu Tubuh

Intervensi (SIKI) untuk masalah keperawatan dengan hipertermia

- A. Monitor suhu tubuh, ini merupakan jawaban yang benar untuk intervensi hipertermia.
- B. Identifikasi skala nyeri, merupakan intervensi nyeri akut.
- C. Monitor koagulasi darah, merupakan intervensi risiko perdarahan.
- D. Identifikasi status nutrisi, merupakan intervensi defisit nutrisi.
- E. Monitor intake dan output cairan, merupakan intervensi hipovolemia.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi (SIKI) untuk masalah keperawatan dengan hipertermia.

Referensi:

BMP. UKI. 2020. Modul Keperawatan Medikal Bedah I, YA-24-KMB-PK-IV.

Ruminem, et.al, 2020. Modul Penyakit Tropis, Samarinda : Gunawana Lestari.

15.D. Suhu Tubuh Membaiik

Hasil yang diharapkan (SLKI) untuk masalah keperawatan dengan hipertermia

- A. Nyeri abdomen menurun, merupakan hasil yang diharapkan untuk masalah keperawatan nyeri akut.
- B. Napsu makan membaik, merupakan hasil yang diharapkan untuk masalah keperawatan defisit nutrisi.
- C. Keluhan lelah menurun, merupakan hasil yang diharapkan untuk masalah keperawatan intoleransi aktivitas.
- D. Suhu tubuh membaik, ini adalah jawaban yang benar, merupakan hasil yang diharapkan untuk masalah keperawatan hipertermia.
- E. Pola napas membaik, merupakan hasil yang diharapkan untuk masalah keperawatan bersihan jalan napas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hasil yang diharapkan (SLKI) untuk masalah keperawatan dengan hipertermia.

Referensi:

BMP. UKI. 2020. Modul Keperawatan Medikal Bedah I, YA-24-KMB-PK-IV.

Ruminem, et.al, 2020. Modul Penyakit Tropis, Samarinda : Gunawana Lestari.

16.C. Memberikan Antipiretik

Implementasi kolaborasi untuk masalah keperawatan dengan hipertermia

- A. Memberikan antihistamin, merupakan implementasi masalah keperawatan gangguan integritas kulit.
- B. Memberikan antiemetik, merupakan implementasi masalah keperawatan defisit nutrisi.
- C. Memberikan antipiretik, ini merupakan jawaban yang benar implementasi masalah keperawatan hipertermia.
- D. Memberikan antidiare, merupakan implementasi masalah keperawatan diare.
- E. Memberikan analgetik, merupakan implementasi masalah keperawatan nyeri akut.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Implementasi kolaborasi untuk masalah keperawatan dengan hipertermia.

Referensi:

- BMP. UKI. 2020. Modul Keperawatan Medikal Bedah I, YA-24-KMB-PK-IV.
Ruminem, et.al, 2020. Modul Penyakit Tropis, Samarinda : Gunawana Lestari.

17.B. Pasien mengatakan sudah tidak demam

Evaluasi untuk data subyektif dengan masalah keperawatan hipertermia.

- A. Pasien mengatakan makannya selalu habis, merupakan evaluasi untuk data subyektif dengan masalah keperawatan defisit nutrisi.
- B. Pasien mengatakan sudah tidak demam, ini merupakan jawaban yang benar karena sesuai evaluasi untuk data subyektif dengan masalah keperawatan hipertermia.
- C. Pasien mengatakan sudah tidak muntah merupakan evaluasi untuk data subyektif dengan masalah keperawatan disfungsi motilitas gastrointestinal.
- D. Pasien mengatakan sudah tidak pusing, merupakan evaluasi untuk data subyektif dengan masalah keperawatan gangguan pertukaran gas.
- E. Pasien mengatakan sudah tidak lemas, merupakan evaluasi untuk data subyektif dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang evaluasi untuk data subyektif dengan masalah keperawatan hipertermia.

Referensi:

- BMP. UKI. 2020. Modul Keperawatan Medikal Bedah I, YA-24-KMB-PK-IV.
Ruminem, et.al, 2020. Modul Penyakit Tropis, Samarinda : Gunawana Lestari.

18.D. Hipovolemia

Fokus pada akral teraba dingin, TD 90/70 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit dan teraba lemah, Ht 47x/menit

- A. Hipervolemia bukan jawaban yang tepat karena merupakan suatu kondisi peningkatan volume cairan intravascular, interstital dan atau intraselular yang umumnya ditandai dengan adanya edema, BB meningkat.
- B. Nyeri akut bukan merupakan jawaban yang tepat karena tanda dan gejala hanya menyebutkan sakit kepala tanpa ada skala nyeri.
- C. Defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Pada kasus tersebut data yang ada hanya mual dan muntah tanpa disertai data status nutrisi pada pasien. Jadi ini bukan jawaban yang tepat.
- D. Hipovolemia merupakan penurunan volume cairan extravaskular, interstisial dan / atau intraselular, yang disebabkan oleh kehilangan cairan. Beberapa tanda mayor yang terdapat pada kasus tersebut untuk diagnosis ini adalah frekuensi nadi meningkat dan teraba lemah, TD menurun, Ht meningkat.
- E. Risiko perdarahan bukan jawaban yang tepat karena merupakan keadaan yang berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi keluar tubuh). Pada kasus tersebut memang Ht meningkat dan Trombosit menurun tapi belum ada tanda-tanda perdarahan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien Dengue Hemoragic Fever dengan hypovolemia.

Referensi:

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

19.E. Ketidakstabilan kadar gula darah

Fokus pada data DM, mual, keluar keringat dingin, GDS 90 mg/dl

- A. Hipovolemia bukan jawaban yang tepat karena data tidak mendukung. Hipovolemia adalah penurunan volume cairan extravaskular, interstisial dan / atau intraselular, yang disebabkan oleh kehilangan cairan.
- B. Resiko cedera pada opsi bukan merupakan jawaban yang tepat karena bukan masalah keperawatan utama saat ini. Penglihatan yang kabur dapat menyebabkan risiko cedera tapi kemungkinan itu disebabkan oleh gula darah yang sedang turun.

- C. Defisit nutrisi merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Pada kasus tersebut data yang ada hanya mual dan muntah tanpa disertai data status nutrisi pada pasien. Jadi ini bukan jawaban yang tepat.
- D. Gangguan integritas kulit pada pasien DM memang dapat terjadi tetapi bukan jawaban yang tepat karena bukan masalah keperawatan yang utama, dan data yang didapatkan belum lengkap.
- E. Ketidakstabilan kadar gula darah merupakan jawaban yang tepat karena merupakan suatu kondisi dengan variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal. Pada kasus tersebut berupa hipoglikemia.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien DM dengan ketidakstabilan kadar gula darah.

Referensi:

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

20.B. Gangguan pertukaran gas

Fokus pada data gelisah, keringat dingin, sesak nafas, retraksi dinding dada, wheezing, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 32x/menit dan tidak teratur, SpO₂ 93%.

- A. Pola napas tidak efektif jawaban yang kurang tepat karena data yang mendukung untuk inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat tidak lengkap.
- B. Gangguan pertukaran gas merupakan jawaban yang tepat karena diagnosis ini adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler. Data mayor dan minor pada kasus tersebut mendukung untuk diagnosis ini.
- C. Gangguan sirkulasi spontan bukan merupakan jawaban yang tepat karena ini merupakan gangguan akibat kerusakan di jantung bukan di saluran pernapasan dan data yang ada tidak mengarah ke diagnosis tersebut.
- D. Bersihkan jalan nafas tidak efektif bukan jawaban yang tepat, karena merupakan kondisi ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi saluran napas untuk mempertahankan jalan napas yang paten dan data pada kasus tidak mendukung.

- E. Risiko perfusi perifer tidak efektif bukan merupakan pilihan yang tepat karena kondisi ini berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat menganggu metabolisme tubuh.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien Asma brochilae dengan gangguan pertukaran gas.

Referensi:

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

21.D. Mengajarkan teknik batuk efektif

Fokus pada batuk disertai lendir kental dan sulit dikeluarkan

- A. Melakukan masase punggung bukan jawaban yang tepat karena yang bermasalah pada saluran pernapasannya bukan di bagian punggung.
- B. Menganjurkan banyak minum bukan tindakan yang tepat karena pasien saat ini tidak sedang mengalami dehidrasi.
- C. Mengajarkan teknik relaksasi kurang tepat karena tidak dapat membantu mengeluarkan lendir dari saluran pernapasannya.
- D. Mengajarkan teknik batuk efektif merupakan tindakan yang tepat karena dengan melakukan tindakan ini dapat mengeluarkan lendir secara maksimal sehingga mengurangi sumbatan pada saluran pernapasannya akibat lendir
- E. Menganjurkan untuk istirahat yang cukup bukan jawaban yang benar karena tidak mengatasi sumbatan jalan napas akibat lendirnya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan bersihkan jalan napas tidak efektif,

Referensi:

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

22.B. Hipervolemia

Fokus pada CKD dengan data edema anasarca, produksi urine menurun dan hasil laboratorium

- A. Hipovolemia bukan merupakan jawaban yang tepat karena pasien tidak mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstitial dan intraseluler.

- B. Hipervolemia merupakan jawaban yang tepat karena kondisi ini merupakan peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, intra selular. Data dari kasus tersebut mendukung untuk diagnosis ini antara lain: edema anasarca, peningkatan BB dalam waktu yang singkat, produksi urine sedikit (oliguria), frekuensi napas meningkat, sesak napas.
- C. Gangguan eliminasi urine bukan jawaban yang tepat karena diagnosis ini merupakan disfungsi eliminasi urine. Pada kasus tersebut tidak ada yang menggambarkan tentang fungsi eliminasi urine.
- D. Risiko ketidakseimbangan cairan merupakan kondisi yang berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan intravaskuler, interstisial, intraselular. Opsi ini bukan jawaban yang tepat karena data pada kasus tersebut bukan merupakan kondisi risiko tapi sudah merupakan kondisi aktual walaupun faktor risiko dan kondisi klinis terkait sama.
- E. Risiko ketidakseimbangan elektrolit merupakan suatu kondisi yang berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit. Pada kasus tersebut tidak terdapat data mengenai hasil serum elektrolit, jadi opsi ini bukan jawaban yang tepat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien Cronic Kidney Disease (CKD).

Referensi:

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

23.B. Gangguan pertukaran gas

Terdapat data PCO₂ dan PaO₂ abnormal

- A. Bersihan jalan nafas tidak efektif (kondisi pasien tidak mampu membersihkan sekret dari jalan nafas, data yang harus ada ronchi, wheezing, tidak mampu batuk, sputum berlebih)
- B. Gangguan pertukaran gas (ketidak mampuan membuang CO₂ atau mengambil O₂ secara adekuat pada alveoli, sehingga PCO₂ dan PaO₂ tidak normal, juga mengalami sesak dan tachicardia)
- C. Pola nafas tidak efektif (proses inspirasi dan ekspirasi tidak berdampak pada ventilasi secara adekuat, pasien sesak, aktifasi otot bantu napas, fase ekspirasi memanjang dan pola napas tidak normal)

- D. Risiko aspirasi (beresiko masuknya secret ke dalam saluran napas, pada kasus tersebut tidak menjadi masalah utama)
- E. Hipertermia (pada kasus tersebut pasien sub febris, sehingga bukan menjadi masalah utama)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data mayor dan minor baik obyektif maupun subyektif pada masing-masing diagnose keperawatan.

Referensi:

PPNI (2018) Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Standar Diagnostik. Jakarta: DPP PPNI.

24.B. Kolaborasi pemasangan cairan infus

Pasien dehidrasi dan kesadaran menurun

- A. memberikan oralit sesering mungkin (tidak dapat diberikan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran karena dapat beresiko terjadi aspirasi)
- B. kolaborasi pemasangan cairan infus (merupakan tindakan kolaboratif yang harus segera diberikan untuk mengganti cairan yang hilang, terutama pada kondisi dehidrasi berat)
- C. pemberian anti emetika (merupakan tindakan medis untuk menghentikan muntah)
- D. Monitor tanda dehidrasi (tindakan ini tetap dilakukan, akan tetapi pelaksanaannya setelah pemberian cairan)
- E. injeksi obat diare (merupakan tindakan medis untuk menghentikan muntah)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dehidrasi, derajat dehidrasi dan penanganan kekurangan cairan.

Referensi:

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

25.E. 28.7

penghitungan BMI menggunakan data TB dan Berat Badan

Rumus BMI Lambert Adolphe Quetelet BB(Kg):TB(M)2

BB : 76 Kg

TB : 1.65 M

$$76 \quad = \quad 76 \quad = 28.7$$

1.65 X 1.65 2.7

Opsi jawaban yang benar sbb:

- A. 18.7 (hasil penghitungan salah)
- B. 21.7 (hasil penghitungan salah)
- C. 23.7 (hasil penghitungan salah)
- D. 25.7 (hasil penghitungan salah)
- E. 28.7 (sesuai dengan penghitungan BMI)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus BMI

Referensi:

World Health Organization. (2022, May 20). Body mass index – BMI. World Health Organization. Retrieved May 20, 2022, from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

26.B. Lakukan hisapan tidak lebih dari 15 detik

Tindakan yang harus dilakukan setelah selang suction dimasukkan nasofaring Sesuai SOP langkah dalam melakukan suctioning adalah

- Berikan oksigen 30 detik
- Masukkan selang penghisap
- Lakukan pengisapan tidak lebih dari 15 detik
- Bilas selang dengan cairan steril
- Beri kesempatan bernapas 3-5 kali
- Monitor saturasi oksigen,
- lepas selang penghisap
- Auskultasi lapang paru

Sesuai prosedur tersebut maka tindakan yang tepat setelah selang suction dimasukkan nasofaring adalah melakukan pengisapan lendir tidak lebih dari 15 detik sambil menarik selang keluar. Maka opsi jawaban yang benar sbb:

- A. Berikan kesempatan pasien bernapas tiga kali (salah)
- B. Lakukan hisapan tidak lebih dari 15 detik (benar)
- C. Melakukan auskultasi lapang paru (salah)
- D. Memberikan O₂ inhalasi (salah)
- E. Cek saturasi oksigen (salah)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur (SOP) penghisapan lender.

Referensi:

SPO Keperawatan (PPNI, 2021)

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

27.B. 27 %

Luka bakar area dada, perut dan paha kiri

Sesuai dengan rumus rule of nine dewasa, maka perhitungan luas luka bakar adalah:

Daerah dada 9 %,

Daerah perut 9 %

Paha kiri 9 %

Total luas luka bakar 27 %, maka opsi jawaban yang benar sbb:

- A. 18 % (salah)
- B. 27 % (benar)
- C. 36 % (salah)
- D. 45 % (salah)
- E. 51 % (salah)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus luas luka bakar rule of nine dari Wallace dan Gromit

Referensi:

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

28.A. Coma

Tidak ada respon terhadap rangsang nyeri

Tingkat kesadaran kualitatif dan kuantitatif sebagai berikut:

Skor GCS 14-15 Compos Mentis

Skor GCS 12-13 Apatis

Skor GCS 10-11 Somnolen

Skor GCS 7-9 Delirium

Skor GCS 4-6 Soporocoma

Skor GCS 3 Coma

Pada kasus tersebut klien tidak berespon sama sekali terhadap rangsang nyeri nilai E:1, V:1, M:1 total 3.

Maka jawaban yang tepat adalah

- A. coma (benar)
- B. apatis (salah)
- C. delirium(salah)
- D. somnolen (salah)
- E. compos mentis(salah)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian kesadaran pada klien baik teknik AVPU, GCS, maupun penilaian secara kualitatif.

Referensi:

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

29.E. Non-Maleficence

Dirasa tidak kotor, pinset tersebut tetap digunakan untuk mengambil kassa steril yang menutupi luka pasien.

Non-maleficence (tidak merugikan). Yaitu prinsip yang dilakukan pada pasien tidak menimbulkan bahaya/ cedera secara fisik dan psikologik

Tinjauan opsi lain:

Opsi a : Veracity (kejujuran), berarti penuh dengan kebenaran yang diperlukan oleh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat mengerti

Opsi b : Autonomy (otonomi), adalah menjelaskan bahwa perawat memberikan kebebasan pada pasien dan keluarga untuk menyetujui atau tidak terhadap tindakan yang akan dilakukan setelah diberi penjelasan tentang tindakan tersebut

Opsi c : Accountability (akuntabilitas) adalah standar yang pasti bahwa tindakan seorang professional dapat dinilai dalam berbagai kondisi tanpa terkecuali. Contoh perawat bertanggung jawab pada diri sendiri, profesi, klien, sesama teman sejawat, karyawan, dan masyarakat

Opsi d : Confidentiality (kerahasiaan), prinsip ini menekankan bahwa informasi tentang pasien haruslah dijaga kerahasiaannya. Dokumentasi tentang keadaan

kesehatan pasien hanya bisa digunakan untuk keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik.

Referensi:

Grace J.P. 2014. Nursing ethics and professional responsibility in advance practice. Boston college. Second edition

Chadwick R. 2016. Ethics & Nursing Practice 2nd edition. London. Palgrave

30.D. Menentukan tekanan tengah sistolik dan diastolic

Melakukan uji tourniquet tindakan selanjutnya setelah memasang manset diatas fossa cubiti dan mengukur tekanan darah.

Urutan tindakan uji tourniquet setelah mengukur tekanan darah dan mendapatkan nilai tekanan sistolik dan diastolik selanjutnya menambahkan sistol dan diastole lalu dibagi 2 ($100+70/2= 90$). Nilai tersebut menjadi acuan untuk menahan airraksa pada nilai tersebut selama 10 menit

Langkah prosedur uji tourniquet

- a. Identifikasi pasien
- b. Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan
- d. Mencuci tangan dengan 6 langkah
- e. Pasang sarung tangan
- f. Identifikasi integritas kulit yang akan dipasang tourniquet
- g. Pilih manset sesuai ukuran
- h. Pasang manset diatas fossa cubiti
- i. Mengukur tekanan darah dan diperoleh hasil 110/70 mmHg
- j. Menentukan tekanan tengah sistolik dan diastolik
- k. Memompa manset sampai air raksa berada pada tekanan yang telah ditentukan
- l. Menahan tekanan manset selama 10 menit
- m. Mencatat jumlah ptekie pada area yang ditandai
- n. Melepas manset secara perlahan
- o. Mencuci tangan

Tinjauan opsi lain:

Opsi a : Melepas manset secara perlahan dilakukan setelah mencatat jumlah ptekie pada area yang ditandai

Opsi b : Menahan tekanan manset selama 10 menit dilakukan setelah memompa manset sampe air raksa berada pada tekanan yang telah ditentukan

Opsi c : Mencatat jumlah ptekie pada area yang ditandai dilakukan setelah menahan tekanan manset selama 10 menit

Opsi e : Memompa manset sampai tekanan yang telah ditentukan dilakukan setelah Menentukan tekanan tengah sistolik dan diastolic

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP tourniquet tes PPNI (2021). Pedoman standar prosedur operasional keperawatan, edisi 1.: Jakarta: DPP PPNI

Referensi:

Enie Noviestari dkk. (2020). Dasar – Dasar Keperawatan, Volume 1, Edisi Indonesia ke-9. Elsevier : Singapore

31.A. Skala nyeri menurun

Pasien mengeluh nyeri dengan skala 7

Keluhan utama pada gangguan system perkemih adalah nyeri saat berkemih yang disebabkan karena adanya infeksi pada saluran kemih. Pada kasus tersebut, data fokusnya adalah nyeri daerah perut bawah ada nyeri saat berkemih dengan skala nyeri 7. Data tersebut merupakan data mayor untuk masalah keperawatan nyeri akut. Evaluasi keperawatan pada nyeri akut adalah nyeri berkurang dengan skala nyeri menurun

Tinjauan opsi lain:

Opsi b. Nafsu makan membaik. Data kurang lengkap jika ditegakkan diagnosis keperawatan deficit nutrisi

Opsi c. Keluhan Sulit tidur menurun dirasakan karena pasien mengalami nyeri dengan skala 7, bisa dimasukkan sebagai data pada diagnosis keperawatan nyeri akut

Opsi d. Sensasi berkemih meningkat. Data kurang lengkap jika ditegakkan gangguan eliminasi urin

Opsi e. Berkemih tidak tuntas menurun. Data kurang lengkap jika ditegakkan gangguan eliminasi urin

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang standar luaran keperawatan.

Referensi:

- PPNI (2018). Standar luaran keperawatan Indonesia. Definisi dan kriteria hasil keperawatan (edisi 1). Jakarta: DPP PPNI
- Brunner & Suddarth. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 12. EGC. Lippincott

32.C. E2M3V2

Hemiparesis kiri, mata terbuka terhadap rangsang nyeri, tangan fleksi abnormal serta pasien mengerang kesakitan.

Pemeriksaan GCS pada orang dewasa

- 1) Eye (respon membuka mata) • Spontan atau membuka mata dengan sendirinya tanpa dirangsang (4) • Dengan rangsang suara, dilakukan dengan menyuruh pasien untuk membuka mata (3) • Dengan memberikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari (2) • Tidak ada respon meskipun sudah dirangsang (1)
- 2) Verbal (respon verbal atau ucapan) • Orientasi baik, bicaranya jelas (5) • Bingung, berbicara mengacau (berulang-ulang), disorientasi tempat dan waktu (4) • Mengucapkan kata-kata yang tidak jelas (3) • Suara tanpa arti seperti mengerang (2) • Tidak ada respon (1)
- 3) Motorik (gerakan) • Mengikuti perintah pemeriksa (6) • Melokalisir nyeri, menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri (5) • Withdraws, menghindar atau menarik tubuh untuk menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri (4) • Fleksi abnormal, salah satu tangan atau keduanya menekuk saat diberi rangsang nyeri (3) • Ekstensi abnormal, salah satu tangan atau keduanya bergerak lurus (ekstensi) di sisi tubuh saat diberi rangsang nyeri (2) • Tidak ada respon (1)

Total GCS pasien adalah E2V2M3 = 7

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan GCS.

Referensi:

- PPNI (2021). Pedoman standar prosedur operasional keperawatan, edisi 1.: Jakarta: DPP PPNI
- Enie Noviestari dkk. (2020). Dasar – Dasar Keperawatan, Volume 1, Edisi Indonesia ke-9. Elsevier : Singapore

33.C. Beneficience

Pasien TBC mempunyai kebiasaan meludah sembarangan.

Pada kasus diatas, etik yang diterapkan oleh perawat adalah beneficience. Perawat mempertimbangkan tindakan yang memberikan kebaikan bagi pasien yaitu mencegah hal buruk akibat rokok dan mencegah penyebaran dan penularan tuberculosis kepada anggota keluarga pasien.

Opsi a : fidelity (setia, menepati janji), memiliki pengertian kepada perawat untuk selalu menepati janji kepada pasien

Opsi b : Autonomy (otonomi), adalah menjelaskan bahwa perawat memberikan kebebasan pada pasien dan keluarga untuk menyetujui atau tidak terhadap tindakan yang akan dilakukan setelah diberi penjelasan tentang tindakan tersebut

Opsi d : Confidentiality (kerahasiaan), prinsip ini menekankan bahwa informasi tentang pasien haruslah dijaga kerahasiaannya. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan pasien hanya bisa digunakan untuk keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan pasien

Opsi e : Non-maleficence (tidak merugikan). Yaitu prinsip yang dilakukan pada pasien tidak menimbulkan bahaya/ cedera secara fisik dan psikologik

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik.

Referensi:

Grace J.P. 2014. Nursing ethics and professional responsibility in advance practice. Boston college. Second edition

Chadwick R. 2016. Ethics & Nursing Practice 2nd edition. London. Palgrave

34.D. Segera lapor ke dokter penanggung jawab

Kesadaran somnolen, suara napas, stridor

- A. Suction memperburuk laringospasme, memicu obstruksi total jalan napas
- B. Pemberian oksigen tidak efektif diberikan pada pasien yang mengalami penyempitan jalan napas
- C. Stridor melibatkan penyempitan laring, sedangkan X-ray fokus pada jaringan paru
- D. Stridor disebabkan oleh penyempitan laring dan atau trachea, yang dapat mengancam nyawa yang memerlukan pengawasan medis segera.
- E. Intervensi ini tidak memenuhi kebutuhan pasien, hal ini menyebabkan kondisi pasien semakin memburuk.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang stridor dan tanda kegawatan lain yang memerlukan pemantauan medis.

Referensi:

Kozier, B. (2018). Fundamentals of Canadian nursing: Concepts, process, and practice. Ontario : Pearson Canada In.

35.B. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif

Kelemahan, immobilisasi, kontraktur

- A. Merubah posisi bertujuan untuk mencegah iskemia jaringan di atas tonjolan tulang yang dapat menimbulkan ukus tekanan, bukan untuk mencegah kontraktur. Merubah posisi dapat meminimalkan stasis sekresi pernapasan.
- B. Latihan rentang gerak meminimalkan terjadinya kontraktur. Menggerakkan sendi beberapa kali sehari dapat mencegah pemendekan otot, yang dapat menyebabkan kontraktur
- C. Sokongan bantal pada ekstremitas yang lemah dapat mendukung postur tubuh yang optimal, menciptakan kenyamanan, mengurangi tekanan, dan memberikan dukungan tambahan.
- D. Batuk dan napas dalam membantu memobilisasi sekresi pernapasan, sehingga mengurangi risiko pneumonia hipostatik bukan mencegah kontraktur.
- E. Posisi head up 30° sejajar netral akan meningkatkan aliran balik vena dan mencegah peningkatan tekanan intraserebral

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gangguan mobilitas fisik dan ROM.

Referensi:

Kozier, B. (2018). Fundamentals of Canadian nursing : concepts, process, and practice. Ontario : Pearson Canada In

PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: PPNI

36.C. Evaluasi suara napas setelah prosedur

Batuk berdahak, batuk tidak efektif, sekret berlebih, jalan napas tidak efektif, usia 50 tahun

- A. Memasukkan selang yang dalam dapat menyebabkan cedera jaringan dan menimbulkan refleks batuk

- B. Tekanan suction diatur antara 100-150 mmHg untuk orang dewasa, 100-120 mmHg untuk anak-anak, dan 50-95 mm Hg untuk bayi
- C. Perawat harus menilai suara napas setelah suction untuk memastikan bahwa jalan napas pasien paten. Sebagai tambahan, oksimetri nadi harus dinilai sebelum dan sesudah suction karena ini adalah data obyektif yang mencerminkan saturasi oksigen darah arteri. Setelah suction, saturasi oksigen pasien meningkat.
- D. Pasien harus posisi semi fowler atau fowler saat dilakukan suction, posisi ini menggunakan gravitasi dan memfasilitasi ekspansi paru.
- E. Kateter French 12-18 digunakan saat suction pada orang dewasa. Kateter French 8-10 digunakan pada anak dan kateter French 5-8 digunakan untuk bayi. Semakin tinggi nomor kateter suction, semakin besar lumen.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur suction.

Referensi:

- Kozier, B. (2018). Fundamentals of Canadian nursing : concepts, process, and practice. Ontario : Pearson Canada In
PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta: PPNI

37.C. Tinggikan kaki menggunakan bantal

Tromboflebitis, nyeri, merah, bengkak

- A. Kompres hangat menyebabkan vasodilatasi sehingga meningkatkan aliran darah ke area tersebut
- B. Pijat kaki dapat memicu terjadinya emboli dari thrombosis, bersirkulasi ke paru-paru dan mengancam jiwa
- C. Meninggikan kaki pasien merupakan fungsi independen dari perawat dengan memfasilitasi aliran balik vena dan mengurangi edema pada jaringan interstisial.
- D. Alat kompresi dapat menyebabkan trombosis menjadi embolis, yang dapat bersirkulasi ke paru-paru. Ini adalah peristiwa yang mengancam jiwa.
- E. Immobilisasi menyebabkan stagnasi dan memperburuk kondisi pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tromboflebitis dan penanganannya.

Referensi:

Kozier, B. (2018). Fundamentals of Canadian nursing: Concepts, process, and practice. Ontario : Pearson Canada In

38.B. Identifikasi keterbatasan dan ketidaknyamanan saat bergerak

Kelemahan, mobilitas fisik, ROM aktif, tindakan pertama

- A. Meskipun motivasi perlu dilakukan, namun bukan merupakan tindakan pertama.
- B. Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan. Sebelum pasien melakukan latihan rentang gerak, perawat harus mengidentifikasi faktor apa saja yang harus dipertimbangkan sebelum mengajarkan atau memberikan latihan rentang gerak, seperti kontraktur nyeri, kelemahan, atau gangguan kognisi.
- C. Latihan ROM sebaiknya dilakukan minimal 2 kali sehari, namun Tindakan ini bukan merupakan tindakan pertama
- D. Penjelasan yang baik dapat membantu pasien dan keluarga memahami tentang ROM, namun bukan merupakan tindakan pertama.
- E. Pengajaran tidak hanya memberikan informasi teknis, tetapi juga memberikan keterampilan, dan pengetahuan kepada pasien. Tindakan ini perlu dilakukan, namun bukan merupakan tindakan pertama.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahapan proses keperawatan dan range of motion.

Referensi:

Kozier, B. (2018). Fundamentals of Canadian nursing: Concepts, process, and practice. Ontario : Pearson Canada In

PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan. Jakarta: PPNI

39.C. Riwayat jatuh/cedera

Usia 63 tahun, penglihatan buram, menggunakan tongkat saat berjalan

- A. Kaji pola aktivitas harian sudah tergambar pada vignate
- B. Kaji kemampuan kognitif, tidak terlalu signifikan berhubungan dengan kasus tersebut
- C. Kaji riwayat jatuh/cedera, merupakan pengkajian utama berikutnya karena pasien dalam aktivitas sehari-hari dibantu keluarga dan pasien tampak menggunakan tongkat saat berjalan

- D. Kaji ketajaman penglihatan, bukan merupakan pengkajian utama karena pasien sudah pasti mengalami penurunan penglihatan
- E. Kaji riwayat kesehatan keluarga, merupakan pengkajian berikutnya tapi tidak utama.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askep gangguan system penginderaan.

Referensi:

Aspiani R.Y. 2022. Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan system penglihatan, Jakarta ; Trans Info Media.

40.B. Lakukan perawatan luka

Luka pada kaki, terlihat tulang, gangguan integritas jaringan

- A. Insulin diberikan berdasarkan order saat gula darah melebihi 200 mg/dl
- B. Perawatan luka menjadi intervensi keperawatan yang tepat karena kondisi pasien saat pengkajian menunjukkan adanya luka yang membutuhkan perawatan segera sehingga tidak menyebabkan infeksi semakin luas, dibandingkan dengan opsi jawaban lainnya.
- C. Olah raga penting dilakukan pada penderita diabetes namun bukan menjadi intervensi untuk mengatasi gangguan integritas jaringan.
- D. Pasien DM seharusnya melakukan kontrol Kesehatan secara berkala termasuk pemantauan glukosa darah untuk mencegah komplikasi.
- E. Pengelolaan diet terkait jumlah, jenis dan jadwal makan penting pada penderita diabetes untuk mengontrol glukosa darah sebagai intervensi pendukung terhadap masalah yang dialami.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang askep gangguan system endokrin.

Referensi:

Subiyanto P. 2019. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Endokrin, Jakarta ; Pustaka Baru Press

41.A. Mencegah infeksi pada mata

Post operasi katarak, discharge planning

- A. Perencanaan pulang (discharge planning) sangat penting disampaikan ke pasien untuk mencegah perawatan yang tidak benar saat pasien sudah

- dirumah. Pasien post operasi katarak mudah terkena infeksi bila edukasi oleh perawat tidak diberikan saat pasien pulang. Sehingga opsi jawaban yang tepat adalah a (mencegah infeksi pada mata).
- B. Peningkatan TIO terjadi jika pasien mengalami peradangan atau edema pasca operasi
 - C. Pasien yang telah menjalani pembedahan IOL tidak mengalami gangguan fungsi penglihatan
 - D. Kerusakan lapisan mata dapat terjadi akibat edema, perdarahan, atau infeksi
 - E. Menggunakan pelindung dan tidak menyentuh mata akan melindungi mata dari cedera dan risiko infeksi. Penekanan mata pasca operasi dapat terjadi jika pasien menggosok mata.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien post operasi katarak.

Referensi:

Nugraha D.A. Buku Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Penglihatan, Jakarta ; Pustaka Baru Press.

42.E. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran)

- Prosedur perawatan luka
- A. Observasi tanda infeksi dilakukan setelah menilai karakteristik luka
 - B. Luka dibersihkan setelah memasang sarung tangan steril
 - C. Penjelasan tentang tujuan dan Langkah prosedur dilakukan di awal tindakan sebelum menyiapkan alat dan bahan.
 - D. Menyiapkan alat dan bahan dilakukan setelah penjelasan prosedur
 - E. Pada prosedur perawatan luka, setelah menggunakan sarung tangan maka langkah selanjutnya adalah monitor karakteristik luka yang meliputi drainase, warna dan ukuran luka. Tahapan prosedur ini sesuai dengan buku Standar Prosedur Operasional Keperawatan PPNI.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur perawatan luka.

Referensi:

Tim Pokja Pedoman SPO. 2021. Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, DPP PPNI, Edisi 1, Jakarta

43.A. Mempertahankan irigasi tetap adekuat

Post TURP hari ke-2, terpasang irigasi kateter, urine berwarna merah

- A. Pada pasien post operasi BPH, maka tindakan yang tepat adalah mempertahankan irigasi kateter yang adekuat untuk mencegah obstruksi, mengeluarkan darah dan retensi clots setelah proses pembedahan TURP serta mempertahankan patensi kateter urine.
- B. Analgetik diperlukan jika pasien tidak toleran terhadap nyeri. Nyeri skala 3 merupakan nyeri minimal.
- C. Monitor Intake dan output penting buat pasien, namun mempertahankan irigasi yang adekuat merupakan hal yang penting pada post operasi TURP hari ke-2
- D. Tanda-tanda vital pada pasien yang stabil dapat dilakukan setiap 8 jam
- E. Urine berwarna merah merupakan hal umum terjadi selama post operasi TURP dan memerlukan irigasi. Pemeriksaan Hemoglobin dilakukan jika ada indikasi perdarahan dan tidak terjadi perubahan warna urine selama irigasi kateter.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perawatan post op BPH.

Referensi:

Prabowo Eko dan Pranata A.E, 2014, Buku ajar Asuhan keperawatan sistem perkemihan, Yogyakarta ; Nuha Medika.

44.C. Nadi perifer bagian poplitea

Pasien mengeluh nyeri pada daerah fraktur dan jari-jari terasa kesemutan.

- A. Pergerakan jari kaki menjadi pilihan setelah dilakukan pemeriksaan nadi perifer
- B. Nyeri pada bagian jari ini tidak perlu dilakukan lagi karena sudah dilakukan pembidaian dan sudah sedang menunggu dijadwalkan operasi.
- C. Nadi perifer bagian poplitea menjadi pengkajian prioritas pertama yang dilakukan. Denyut nadi poplitea merupakan salah satu denyut nadi yang dapat dirasakan dibagian kaki dibelakang lutut. Denyut nadi ini berasal dari aliran darah ke arteri poplitea, dan suplai darah sangat penting ketungkai bawah. Pembidaian yang dilakukan pada pasien dengan fraktur dapat menyebabkan komplikasi pada sirkulasi. Tanda awal sirkulasi tidak lancar adalah adanya kesemutan. Oleh karena itu sumber supply sirkulasi yang proximal dari tibia adalah arteri poplitea maka harus dicek dulu apakah baik atau tidak. Apabila sirkulasi terhambat maka tanda selanjutnya warna kulit menjadi pucat dan nyeri bahkan sampai baal karena terjadi nekrosis jaringan.
- D. Warna kulit pada jari-jari kaki tidak dilakukan karena tidak menjadi prioritas.

- E. Sensasi dingin panas daerah kaki tidak dilakukan karena tidak menjadi prioritas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan dan tetap focus memahami pengkajian keperawatan.

Referensi:

- Black, J., M., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan (8th ed.). Elsevier Inc.
- Janice, & Cheever, K. (2014). Brunner & Suddarth's Text book of medical surgical nursing 13th edition. Philadelphia. Wolters Kluwer Health:Lippincott Williams & Wilkins.
- PPNI (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

45.A. Ansietas

Hasil pengkajian: pasien menunjukkan cemas, frekuensi nadi 102x/menit, frekuensi napas 22x/ment.

- A. masalah keperawatan ansietas merupakan masalah keperawatan yang utama dipengkajian. Sehingga saat seseorang merasa cemas, tubuh akan bereaksi dengan memberikan tekanan berlebih pada jantung, sehingga kerja jantung menjadi tidak optimal (bisa meningkat) ditandai perubahan pada Tanda-Tanda Vital (TTV.)
- B. masalah keperawatan nyeri akut, ada data yang sesuai dipengkajian tetapi tidak menjadi masalah keperawatan yang paling utama pada kasus tersebut.
- C. masalah keperawatan gangguan pola tidur, tidak ada data yang sesuai dipengkajian.
- D. masalah keperawatan pola nafas tidak efektif, tidak ada data yang sesuai dipengkajian.
- E. masalah keperawatan penurunan curah jantung, tidak ada data yang sesuai dipengkajian.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan dan mempelajari buku 3 S (SDKI, SLKI, dan SIKI).

Referensi:

- Black, J., M., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan (8th ed.). Elsevier Inc.
- Janice, & Cheever, K. (2014). Brunner & Suddarth's Text book of medical surgical nursing 13th edition. Philadelphia. Wolters Kluwer Health:Lippincott Williams & Wilkins.
- PPNI (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

46.E. Bantu pasien dalam memilih diet yang tepat

Pasien mengeluh nyeri ulu hati sering kambuh jika mengkonsumsi makanan yang pedas.

- A. Pada pilihan jawaban a tidak ditemukan data tentang alergi makanan
- B. Pada pilihan jawaban b ciptakan lingkungan tenang dan nyaman tidak sesuai dengan rencana tindakan pada kasus tersebut
- C. Pada pilihan jawaban c berikan pemahaman tentang penyakitnya tidak sesuai dengan tindakan yang utama pada kasus tersebut
- D. Pada pilihan jawab d observasi kemampuan mencerna makanan tidak sesuai dengan data yang ditemukan di pengkajian.
- E. Pada pilihan jawaban e menjadi pilihan yang tepat karena pasien mengatakan nyeri ulu hati sering kambuh jika mengkonsumsi makanan yang pedas berarti rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi hal tersebut adalah dengan membantu pasien dalam memilih diet yang tepat ketika kembali di rumah.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan dan mempelajari buku 3 S (SDKI, SLKI, dan SIKI).

Referensi:

- Black, J., M., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan (8th ed.). Elsevier Inc.
- Janice, & Cheever, K. (2014). Brunner & Suddarth's Text book of medical surgical nursing 13th edition. Philadelphia. Wolters Kluwer Health:Lippincott Williams & Wilkins.

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

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

PPNI (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

47.C. Memasang oksigen face mask

Pasien mengeluh nyeri dada hebat setelah memaksa berjalan ke kamar mandi. Hasil pengkajian menunjukkan pasien tampak meringis, memegangi dada, keluar keringat dingin dan wajah pucat.

- A. Pilihan jawaban A tidak sesuai dengan kata kunci dikasus tersebut karena yang dibutuhkan adalah pemberian oksigen.
- B. Pilihan jawaban B tidak sesuai dengan kata kunci dikasus tersebut karena pasien harus segera diberikan oksigen face mask.
- C. Pilihan C yaitu memasang oksigen face mask ini menjadi tindakan yang prioritas yang tepat kasus tersebut. Karena pada pasien miokard infark yang terjadi adalah kurangnya suplai oksigen ke miokard dan aktivitas yang berlebihan dapat memicu kebutuhan oksigen yang lebih banyak sehingga tindakan prioritas berupa upaya untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi.
- D. Pilihan D tidak sesuai karena pada kasus tersebut yang dibutuhkan adalah pemberian oksigen dan ini menjadi tindakan yang prioritas.
- E. Pilihan E tidak sesuai karena pada kasus ini yang perlu ditangani adalah memberikan oksigen agar pasien dapat mengatasi masalah kesehatannya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan dan mempelajari buku 3 S (SDKI, SLKI, dan SIKI).

Referensi:

Black, J., M., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan (8th ed.). Elsevier Inc.

Janice, & Cheever, K. (2014). Brunner & Suddarth's Text book of medical surgical nursing 13th edition. Philadelphia. Wolters Kluwer Health:Lippincott Williams & Wilkins.

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

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

PPNI (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

48.B. Evaluasi skala nyeri

Perawat memberikan tramadol oral 50 mg sesuai dengan program pengobatan.

- A. Pilihan A: Cek riwayat alergi tidak tepat dievaluasi karena pada kasus tersebut pasien baru saja diberikan obat analgesik dan ini yang harus dievaluasi pada kasus tersebut.
- B. Pilihan B: Evaluasi skala nyeri pada kasus tersebut yang harus dievaluasi untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien. Dalam prosedur pemberian obat analgesik (tramadol), efek terapeutik utamanya adalah penurunan skala nyeri.
- C. Pilihan C: Pasien mengeluh mual tidak tepat yang harus dievaluasi dalam kasus tersebut.
- D. Pilihan D: Lakukan pemeriksaan bising usus tidak menjad evaluasi yang tepat pada kasus tersebut.
- E. Pilihan E: Lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital tidak tepat dievaluasi pada kasus tersebut karena pada kasus tersebut yang dievaluasi adalah pemberian obat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan dan mempelajari buku 3 S (SDKI, SLKI, dan SIKI).

Referensi:

Black, J., M., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan (8th ed.). Elsevier Inc.

Janice, & Cheever, K. (2014). Brunner & Suddarth's Text book of medical surgical nursing 13th edition. Philadelphia. Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.

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

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

PPNI (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

SOAL

MANAJEMEN KEPERAWATAN

1. Seorang perawat 30 tahun, memiliki sifat yang ramah, periang, selalu tersenyum, dan menyapa semua pasiennya. Apakah aspek dasar kualitas pelayanan yang dimiliki oleh perawat tersebut?
 - A. Perhatian
 - B. Kerjasama
 - C. Komunikatif
 - D. Penerimaan
 - E. Tanggung Jawab
2. Kepala ruang sedang melakukan penilaian kepada salah satu staf anggotanya, dengan menggunakan teknik supervisi yang dilakukan dengan menilai pada kegiatan yang dilaksanakan. Apakah teknik yang dilakukan oleh kepala ruang tersebut?
 - A. Tidak langsung
 - B. Observasi
 - C. Langsung
 - D. Subjektif
 - E. Objektif
3. Seorang perawat 38 tahun, melakukan perawatan luka sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang sudah ada. Apakah upaya yang dilakukan perawat tersebut dalam peningkatan mutu pelayanan keperawatan?
 - A. Lisensi
 - B. Efisiensi
 - C. Ketepatan
 - D. Efektivitas
 - E. Standarisasi
4. Seorang perawat profesional, berdasarkan fungsi dependen mempunyai kewenangan untuk memberikan pengobatan kepada pasien sesuai advice dokter, dalam menjalankan fungsi ini perawat harus menggunakan standar prosedur operasional. Apakah prinsip etik yang relevan dengan tindakan perawat tersebut?
 - A. Justice
 - B. Autonomy
 - C. Beneficence
 - D. Accountability
 - E. Nonmaleficiency

5. Salah satu tim pelayanan keperawatan dipimpin oleh ketua tim yang sedang melakukan kegiatan bersama dengan cara mengunjungi pasien satu persatu untuk menyampaikan kondisi pasien, rencana dan tindakan yang dilakukan, serta tindak lanjut perawatan pada shift berikutnya. Kegiatan ini dilakukan dengan tujuan agar terlaksana manajemen dan asuhan keperawatan pasien secara berkesinambungan. Apakah aktivitas manajemen yang dilakukan oleh tim keperawatan tersebut?
- A. Operan
 - B. Pre-Conference
 - C. Post-Conference
 - D. Case-Conference
 - E. Ronde Keperawatan
6. Seorang perawat dinas pagi bertugas di salah satu ruang penyakit bedah sedang merawat seorang pasien pasca operasi laparotomi hari ke3 dengan kondisi terpasang NGT, menggunakan Nasal Canule 2 liter/menit, menggunakan Dower Kateter, tidak mampu melakukan aktivitas sehari hari di kamar mandi, kebutuhan sehari hari dilakukan di tempat tidur, monitor tanda tanda vital tiap 4 jam/hari. Apakah klasifikasi pasien berdasarkan tingkat ketergantungan menurut Orem?
- A. self care/minimal care
 - B. parsial care
 - C. total care
 - D. intensive care
 - E. high care
7. Sebuah ruang rawat anak yang dipimpin oleh seorang kepala ruangan, dibantu oleh tiga orang wakilnya masing masing dinas pagi, dinas siang dan dinas malam. Tiap wakil kepala ruang memiliki stafnya dengan jumlah yang disesuaikan dengan jumlah pasien anak di ruang tersebut dan melakukan diskusi dan kolaborasi dalam pemberian asuhan keperawatannya. Apakah metode penugasan yang dilaksanakan di ruang rawat anak tersebut?
- A. tim
 - B. primer
 - C. modular
 - D. fungsional
 - E. kasus

8. Seorang perawat yang sedang bekerja dinas pagi pada salah satu ruang penyakit dalam, sedang menyusun rencana kerja saat itu setelah mengikuti preconference dan operan shift. Perawat tersebut bekerja dari jam 08.00 WIB sampai dengan jam 14.30 WIB merawat pasien berjumlah 6 orang dengan kategori perawatan minimal care. Apakah jenis perencanaan yang sedang Perawat Pelaksana lakukan?
- A. harian perawat pelaksana
 - B. bulanan kepala ruang
 - C. tahunan kepala ruang
 - D. ketenagaan
 - E. keuangan
9. Seorang perawat pelaksana yang ditugaskan oleh ketua tim untuk memberikan pendidikan kesehatan pada pasien umur 23 tahun pasca tindakan pembedahan appendektomi hari ke 4 dan direncanakan pulang. Apakah yang harus diperhatikan perawat pelaksana tersebut dalam memberikan pendidikan kesehatan pada pasien nya?
- A. Komunikasi
 - B. Penerima pesan
 - C. Pemberi pesan
 - D. Isi pesan
 - E. Komunikasi, penerima pesan, pemberi pesan, isi pesan
10. Seorang perawat pelaksana dinas pagi pada ruang maternitas memberikan asuhan keperawatan persiapan pasien pulang pada Ibu pasca operasi *secar* hari ketiga dengan bayi, anak pertamanya. Ibu pasca persalinan ini belum mampu memberikan ASI pada bayinya dengan alasan belum bisa menyusui bayinya. Apa saja yang harus disampaikan perawat tersebut terhadap Ibu ini?
- A. Kontrol ke poli Kebidanan1 minggu lagi
 - B. Pemberian ASI eksklusif dengan cara menyusui yang benar
 - C. Obat yang diresepkan, diminum secara teratur di rumah
 - D. Intake makanan yang tinggi protein dan sayuran
 - E. Kontrol ke poli, pemberian ASI eksklusif, Obat yang diminum di rumah, intake makanan yang tinggi protein dan sayuran\
11. Seorang perawat ditugaskan di ruang rawat tetapi perawat tersebut tidak merasa cocok karena keinginannya ditugaskan di ruang bedah sesuai

minatnya, perawat tersebut tidak berani menyampaikan usulan kepada atasannya. Apa jenis konflik yang terjadi pada kasus tersebut?

- A. Intrapersoal
- B. Interpersonal
- C. Intergroup
- D. Vertikal
- E. Horizontal

12. Seorang perawat pelaksana bertugas shif pagi di ruangan penyakit bedah, tugas saudara akan dilanjutkan oleh perawat yang bertugas shif sore. Apakah tujuan timbang terima dari perawat shift pagi ke shift sore?

- A. Timbang terima dilaksanakan setiap pergantian shift
- B. Terdokumentasi asuhan keperawatan pasien
- C. Tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya
- D. Menyampaikan kondisi pasien yg kritis
- E. Kedua kelompok yang dinas sudah siap

13. Seorang perawat sedang melaksanakan perawatan pasien luka bakar, saat itu datang ketua tim memberikan arahan dan motivasi agar perawat tersebut melakukan perawatan luka dengan benar sesuai SOP. Apakah kegiatan yang dilakukan oleh ketua tim tersebut?

- A. kolaborasi
- B. Supervisi langsung
- C. Supervisi tidak langsung
- D. Negosiasi
- E. investigasi

14. Perawat pelaksana di ruang penyakit dalam sedang dinas pagi, tugasnya ada yang memberikan obat dengan injeksi, perawat lainnya sedang pasang cairan infus dan perawat lainnya sedang melakukan pengukuran *vital sign*. Apa metoda penugasan di ruangan tersebut?

- A. tim
- B. Kasus
- C. Primer
- D. Fungsional
- E. Modular tim-primer

15. Keselamatan pasien di ruang rawat menjadi salah satu indicator mutu pelayanan keperawatan. Apakah upaya perawat dalam menjamin keselamatan pasien?

- A. Melakukan manajemen nyeri
- B. Mengurangi kejadian pulang paksa
- C. Mencegah terjadinya *Healthcare Associated Infections (HAIs)*
- D. Meningkatkan kemampuan perawatan diri
- E. Memberikan latihan untuk mengurangi kecemasan

PEMBAHASAN SOAL

MANAJEMEN KEPERAWATAN

1. D. Penerimaan

- Sifat yang ramah, periang, selalu tersenyum, dan menyapa semua pasiennya
- A. Perhatian: aspek ini meliputi sikap perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan perlu bersikap sabar, murah hati dalam arti bersedia memberikan bantuan dan pertolongan kepada pasien dengan sukarela tanpa mengharapkan imbalan, memiliki sensitifitas dan peka terhadap setiap perubahan pasien, mau mengerti terhadap kecemasan dan ketakutan pasien
 - B. Kerjasama: aspek ini meliputi sikap perawat yang harus mampu melakukan kerjasama yang baik dengan pasien dan keluarga pasien
 - C. Komunikatif: aspek ini meliputi sikap perawat yang harus bisa melakukan komunikasi yang baik dengan pasien, dan keluarga pasien
 - D. Penerimaan: perawat perlu memiliki minat terhadap orang lain, menerima pasien tanpa membedakan golongan, pangkat, latar belakang sosial ekonomi, dan budaya, sehingga menjadi pribadi yang utuh
 - E. Tanggung Jawab: aspek ini meliputi sikap perawat yang jujur, tekun dalam konsisten serta tepat dalam bertindak

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang aspek-aspek dasar keperawatan.

Referensi:

- Nursalam. 2014. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
- Susanto, W. H. A., Prasetyo, J., Wospakrik, F., Wulandari, D., Beo, Y. A., Lusianah, Surahmat, R., Dewi, S. U., Ixora, Yunike, Solehudin, Pardede, J. A., Tarigan, H. N. B., & Hardiyani, T. (2022). Manajemen keperawatan. PT. Global Eksekutif Teknologi.

2. C. Langsung

Menilai pada kegiatan yang dilaksanakan

- A. Tidak langsung: dilakukan untuk memantau proses pelaksanaan tugas yang dilakukan oleh staf keperawatan yang dijalankan secara global, dilakukan dengan memeriksa laporan tertulis misalnya laporan pasien, dan dokumentasi asuhan keperawatan
- B. Observasi: penilaian sikap yang dilakukan secara berkesinambungan dengan menggunakan indra, baik secara langsung maupun tidak langsung dengan menggunakan instrumen yang berisi sejumlah indikator perilaku yang harus diamati, dan dilakukan secara langsung

- C. Langsung: supervisor akan terlibat langsung di dalam kegiatan supervisi tersebut, agar proses pengarahan dan pemberian petunjuk dapat langsung dipahami oleh supervisee, sehingga pesan atau tujuan dari supervisi tersebut tercapai
- D. Subjektif: penilaian yang dilakukan dengan menggunakan sepenuhnya opini atau pendapat pribadi dari sang penutur
- E. Objektif: penilaian yang dilakukan dengan mempertimbangkan data dan fakta serta sama sekali tidak menggunakan opini atau pendapat pribadi dari sang penutur

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teknik melakukan supervise.

Referensi:

Nursalam. 2014. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika

3. C. Ketepatan

- Melakukan perawatan luka sesuai dengan standar asuhan keperawatan
- A. Lisensi: Suatu dokumen legal yang mengijinkan seorang perawat untuk memberikan pelayanan keperawatan
 - B. Efisiensi: Pemberian pelayanan yang lebih cepat dan memuaskan
 - C. Ketepatan: ketepatan asuhan keperawatan merupakan kompetensi perawat dalam memberikan pelayanan yang berkualitas
 - D. Efektivitas: Pemberian pelayanan untuk mencapai tujuan yang diinginkan
 - E. Standarisasi: Suatu patokan atau pedoman yang digunakan untuk menjadi acuan minimal dalam mencapai keselarasan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang strategi peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

Referensi:

Nursalam. 2014. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika

4. D. Accountability

Mempunyai kewenangan untuk memberikan pengobatan kepada pasien sesuai advice dokter

- A. Justice: tindakan perawat dalam memberikan pelayanan dilarang membedakan antara klien satu dengan klien lainnya
- B. Autonomy: prinsip menghormati otonomi klien, dimana klien dan keluarga bebas dan berhak untuk memilih dan memutuskan apa yang akan dilakukan perawat terhadapnya
- C. Beneficence: setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat harus memiliki manfaat kepada klien maupun keluarga klien
- D. Accountability: Perawat bertanggung jawab mengenai tindakan yang dilakukan terhadap klien maupun keluarga
- E. Nonmaleficiency: tindakan perawat harus sesuai prosedur agar tidak terjadi kesalahan maupun kelalaian yang dapat merugikan klien maupun keluarga

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi:

Nursalam. 2014. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika

5. A. Operan

Menyampaikan kondisi pasien, rencana dan tindakan yang dilakukan, serta tindak lanjut perawatan pada shift berikutnya.

- A. Operan: tindakan komunikasi yang dilakukan oleh staf pada setiap pergantian dinas, dengan memberikan informasi mengenai kondisi pasien sebelum memulai perawatan
- B. Pre-conference: diskusi tentang aspek klinik sebelum melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien
- C. Post-conference: diskusi tentang aspek klinik sesudah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.
- D. Case-conference: pertemuan antara beberapa profesi untuk membicarakan satu kasus dalam kaitannya dalam penanganan/pemecahan masalah klien
- E. Ronde keperawatan: suatu tindakan yang dilakukan oleh perawat yang juga melibatkan klien untuk mendiskusikan dan melakukan asuhan keperawatan serta perlu juga melibatkan semua anggota tim

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang keterampilan khusus dalam manajemen keperawatan.

Referensi:

Nursalam. 2014. Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika

6. B. Parsial care

Monitor tanda vital tiap 4 jam/hari

- A. Self care/minimal care apabila pasien sudah dapat ke kamar mandi untuk kegiatan pemenuhan kebutuhan sehari hari
- B. Parsial care apabila pasien dalam kondisi hemodinamik cukup stabil dengan monitor tanda vital tiap 4 jam
- C. Total care apabila pasien membutuhkan perawat untuk seluruh kegiatan pemenuhan kebutuhan sehari hari
- D. Intensive care apabila pasien dalam kondisi hemodinamik tidak stabil, monitor tanda vital tiap + 1 jam
- E. High care sama dengan intensive care

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang klasifikasi pasien berdasarkan tingkat ketergantungan.

Referensi:

Manajemen Keperawatan, Suatu Pendekatan Sistem. Gillies. WB Saunders. 2016

7. A. Tim

Masing-masing ketua tim memiliki anggota tim yang dipimpinnya

- A. Tim; pembagian kerja yang dilakukan dengan bertanggung jawab penuh pada pasien kelolaan nya dan tetap adanya kolaborasi dan diskusi dengan ketua tim nya
- B. Primer; perawat melakukan asuhan keperawatan selama 24jam/hari
- C. Modular; sekelompok perawat merawat sekelompok pasien dengan berbagai jenjang kompetensi dengan arahan perawat profesional
- D. Fungsional; perawat bekerja sesuai dengan fungsinya, misalnya perawat ganti balutan, perawat bertugas menyuntik dst
- E. Kasus; sesuai dengan kasus, misal perawat penanganan covid 19 dst nya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali metode penugasan.

Referensi:

Hariyati Sri, Tutik. (2014) Perencanaan, Pengembangan dan Utilisasi Tenaga Keperawatan. Jakarta, PT Raja Grafindo Persada.

8. A. Harian perawat pelaksana

Bekerja dinas pagi sedang menyusun rencana kerja saat itu.

- A. Perawat pelaksana membuat perencanaan diri dalam mengatur asuhan keperawatan secara komprehensif untuk semua pasien kelolaannya.
- B. Perencanaan bulanan kepala ruang dilakukan oleh kepala ruang/unit terutama jumlah tenaga perawat yang bekerja
- C. Perencanaan tahunan berhubungan dengan peningkatan mutu asuhan keperawatan dengan merencanakan kegiatan dalam 1 tahun dilihat dari semua aspek pelayanan keperawatan, dipimpin oleh kepala ruang dengan kerjasama dengan kepala seksi keperawatan dan kepala bidang keperawatan
- D. Perencanaan ketenagaan, meliputi jumlah tenaga dst
- E. Perencanaan keuangan berhubungan dengan cash flow dst

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep perencanaan dalam manajemen keperawatan.

Referensi:

Hariyati Sri, Tutik. (2014) Perencanaan, Pengembangan dan Utilisasi Tenaga Keperawatan. Jakarta, PT Raja Grafindo Persada

9. E. Komunikasi, penerima pesan, pemberi pesan, isi pesan

Pendidikan Kesehatan

Dalam memberikan pendidikan kesehatan harus memperhatikan beberapa hal

- A. Komunikasi; cara berbicara
- B. Penerima pesan; kesiapan penerima pesan
- C. Pemberi pesan; persiapan pemberi pesan
- D. Isi pesan; materi yang memungkinkan dapat diterima oleh penerima pesan
- E. Jadi jawabannya, semua item dari A sampai dengan D

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip pendidikan Kesehatan.

Referensi:

Manajemen Keperawatan, Suatu Pendekatan Sistem. Gillies. WB Saunders. 2016

10.E. Kontrol ke poli, pemberian ASI eksklusif, Obat yang diminum di rumah, intake makanan yang tinggi protein dan sayuran

Persiapan pasien pulang (discharge planning)

Asuhan keperawatan pada pasien yang direncanakan pulang (Discharge Planning) harus meliputi

- A. Jadwal kontrol
- B. Persiapan perawatan pasien di rumah
- C. Terapi yang dilanjutkan di rumah
- D. Peningkatan kesehatan di rumah
- E. Jadwal kontrol, obat, perawatan pasien di rumah

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perencanaan pasien pulang.

Referensi:

Hariyati Sri, Tutik. (2014) Perencanaan, Pengembangan dan Utilisasi Tenaga Keperawatan. Jakarta, PT Raja Grafindo Persada

11.A. Intrapersonal

perawat tersebut tidak berani menyampaikan usulan kepada atasannya

- A. Konflik yang terjadi pada individu sendiri
- B. Terjadi antara dua orang atau lebih dimana nilai, tujuan dan keyakinan berbeda
- C. Konflik intergroup terjadi antara dua atau lebih kelompok, departemen, atau organisasi
- D. Terjadi antara atasan dan bawahan
- E. Terjadi antara staf dengan posisi dan kedudukan yang sama

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jenis konflik.

Referensi:

Nursalam (2014), Manajemen Keperawatan, Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional, Jakarta: Salemba Medika

12.C. Tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya

Tugas saudara akan dilanjutkan oleh perawat yang bertugas shift sore.

- A. Bukan tujuan tapi jadual kegiatan
- B. Tujuan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
- C. Merupakan Tujuan Timbang terima pasien pada setiap shift
- D. Bukan tujuan timbang terima
- E. Merupakan keterangan kesiapan dari kelompok

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang teori timbang terima.

Referensi:

- Nursalam (2014), Manajemen keperawatan, aplikasi dalam praktik keperawatan professional, Jakarta: Medika salemba
Simora, Raymond H, (2012), buku ajar manajemen keperawatan, Jakarta: EGC

13.B. Supervisi langsung

Memberikan arahan dan motivasi agar perawat tersebut melakukan perawatan luka dengan benar sesuai SOP

- A. Kerjasama
- B. supervisi langsung, dengan cara memberi arahan langsung dan motivasi
- C. Supervisi yang dilaksanakan melalui laporan tertulis
- D. komunikasi antara dua pihak menemukan posisi yg saling bersesuaian
- E. proses penyelidikan yg dilakukan seseorang.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang supervisi.

Referensi:

- Nursalam (2014), Manajemen Keperawatan, Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional, Jakarta: Salemba Medika

14.D. Fungsional

Perawat pelaksana tugasnya ada yang memberikan obat dengan injeksi, perawat lainnya sedang pasang cairan infus dan perawat lainnya sedang melakukan pengukuran vital sign

- A. pengorganisasian pelayanan keperawatan oleh sekelompok perawat dan sekelompok pasien, dipimpin oleh perawat berijazah dan berpengalaman
- B. metode asuhan keperawatan dg menugaskan setiap perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien saat dinas yg diterapkan satu perawat satu pasien
- C. metode asuhan keperawatan dimana perawat professional bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan kep pasien selama 24 jam
- D. metode fungsional yaitu pengorganisasian tugas pelayanan keperawatan yang didasarkan kepada pembagian tugas menurut jenis pekerjaan yang dilakukan.

- E. pemberian asuhan keperawatan pada sekelompok pasien oleh sekelompok perawat dengan berbagai jenjang kompetensi dibawah arahan perawat profesional

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang metoda asuhan keperawatan.

Referensi:

Nursalam (2014), Manajemen Keperawatan, Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional, Jakarta: Salemba Medika

Simungkalit, Crishartanto (2018), Manajemen Keperawatan, Yogyakarta: Deepublish

15.C. Mencegah terjadinya Healthcare Associated Infections (HALs)

Keselamatan pasien di ruang rawat

- A. manajemen nyeri merupakan salah satu intervensi kep dg cara mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yg berkaitan dg kerusakan jaringan atau fungsional
- B. mengurangi agar pasien tidak pulang paksa
- C. mencegah terjadinya Healthcare Associated Infections (HALs) adalah mencegah terjadinya infeksi yang terjadi pada setiap pasien yang sedang dalam proses asuhan keperawatan yang hrs dilakukan oleh perawat utk meningkatkan mutu pelayanan kep al. cuci tangan, jaga kebersihan lingkungan RS, gunakan alat sesuai prosedur, tempatkan pasien beresiko di ruang isolasi, gunakan alat pelindung diri (APD)
- D. merupakan kebutuhan self-care pasien
- E. Kebutuhan psikologis pasien selama dirawat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang keselamatan pasien dalam manajemen mutu perawatan.

Referensi:

Nursalam (2014), Manajemen Keperawatan, Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Professional, Jakarta: Salemba Medika

Simungkalit, Crishartanto (2018), Manajemen Keperawatan, Yogyakarta: Deepublish

DAFTAR PUSTAKA

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

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

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.

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

Hidayat, Aziz Alimul A (2012), Pengantar Ilmu Keperawatan Anak, Jakarta: Salemba Medika

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

Kelompok Kerja Gagal Jantung dan kardiometabolik. Perhimpunan dokter Kardiovaskuler Indonesia.2020 Pedoman Tatalaksana Gagal jantung. Edisi Kedua.

Kemenkes RI. (2022). Buku Kurikulum Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan

Kemenkes RI. (2022). Modul Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS). Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan

Kementerian kesehatan RI-Badan PPSDM Kesehatan Pusdiklat Aparatur-2015. Standar Kurikulum Pelatihan Emergency Nursing-Intermediat Level

Lillard P.P. & Lynn Lillard, 2012, Montessori: Mendididik anak sejak lahir, Pustaka Pelajar, Jakarta.

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

Ngastiyah, 2014, Perawatan Anak Sakit, Jakarta: EGC

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

PPNI, T. P. S. D. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Cetakan II.(Dewan Pengurus PPNI (ed.)). Dewan Pengurus PPNI.

PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: PPNI.

Ridha (2014) Buku Ajar Keperawatan Anak, Cetakan I, Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Setiawan, dkk (2014), Keperawatan anak & Tumbuh Kembang, Yogyakarta: Nuha Medika

Soetjiningsih. 2014. Tumbuh Kembang Anak. Edisi II. Jakarta, EGC.

Sutini (2018), Modul Ajar Konsep Keperawatan Anak, Jakarta: AIPVIKI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

Wong. 2016. Essentials of Pediatric Nursing. St. Louis, Mosby

Yupi Supartini, 2004, Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak, EGC, Jakarta

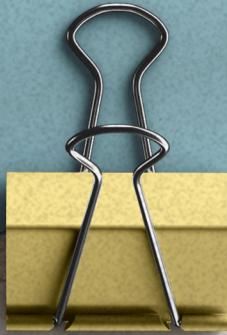
SINOPSIS

"**Latihan Soal Uji Kompetensi DIII Keperawatan dan Pembahasan**" hadir sebagai panduan komprehensif untuk membantu para calon perawat dalam menghadapi uji kompetensi DIII keperawatan. Buku ini menekankan pada konsep-kunci dan aplikasi praktis sehingga menjadi media yang tak ternilai untuk mempersiapkan diri menghadapi uji kompetensi.

Buku ini terstruktur dengan rapi berdasarkan berbagai aspek kritis dalam praktik keperawatan. Setiap bagian fokus pada area keperawatan yang berbeda dan menyajikan serangkaian soal uji kompetensi yang relevan dengan topiknya, diikuti oleh pembahasan lengkap yang dapat memberikan pemahaman mendalam dan memastikan bahwa pembaca tidak hanya tahu jawabannya tetapi juga mengerti konsep membuat buku ini berbeda dengan buku yang lain.

Dengan menggunakan buku ini, pembaca akan merasakan peningkatan signifikan dalam kepercayaan diri mereka saat menghadapi uji kompetensi keperawatan. Setiap latihan soal dan pembahasannya membawa pembaca lebih dekat menuju kesuksesan dan "Kompeten".

"Latihan Soal Uji Kompetensi DIII Keperawatan dan Pembahasan" bukan hanya sekedar buku, tetapi sahabat yang setia bagi calon perawat dalam meniti karir keperawatan.

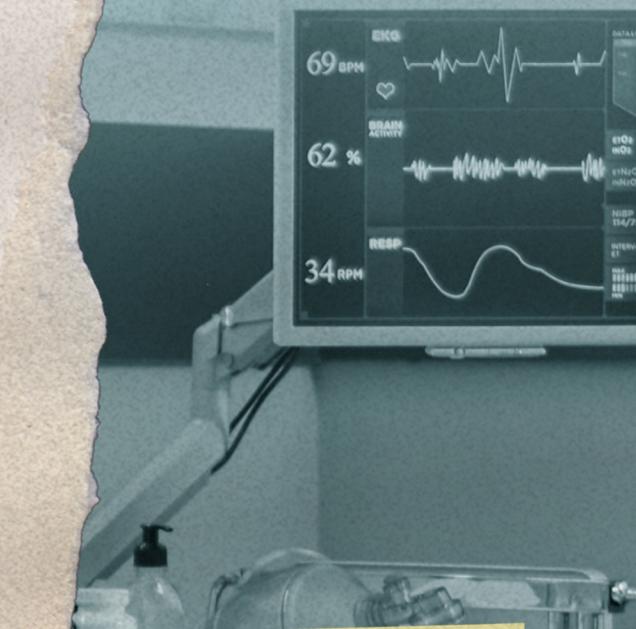


"Latihan Soal Uji Kompetensi DIII Keperawatan dan Pembahasan" hadir sebagai panduan komprehensif untuk membantu para calon perawat dalam menghadapi uji kompetensi DIII keperawatan. Buku ini menekankan pada konsep-konsep kunci dan aplikasi praktis sehingga menjadi media yang tak ternilai untuk mempersiapkan diri menghadapi uji kompetensi.

Buku ini terstruktur dengan rapi berdasarkan berbagai aspek kritis dalam praktik keperawatan. Setiap bagian fokus pada area keperawatan yang berbeda dan menyajikan serangkaian soal uji kompetensi yang relevan dengan topiknya, diikuti oleh pembahasan lengkap yang dapat memberikan pemahaman mendalam dan memastikan bahwa pembaca tidak hanya tahu jawabannya tetapi juga mengerti konsep membuat buku ini berbeda dengan buku yang lain.

Dengan menggunakan buku ini, pembaca akan merasakan peningkatan signifikan dalam kepercayaan diri mereka saat menghadapi uji kompetensi keperawatan. Setiap latihan soal dan pembahasannya membawa pembaca lebih dekat menuju kesuksesan dan "Kompeten".

"Latihan Soal Uji Kompetensi DIII Keperawatan dan Pembahasan" bukan hanya sekedar buku, tetapi sahabat yang setia bagi calon perawat dalam meniti karir 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