

KUMPULAN LATIHAN SOAL UKOM PROFESI NERS



Supriatin, S.Kep., Ners., M.Kep

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes | Dr. Susanti Niman, M.Kep., Sp.Kep.J
 Dhinny Novryanthi, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat | Eka Riyanti, M.Kep, Sp.Kep.Mat
 Ns. Azhar Mu'alim, M.Kep | Ns. Meri Anggryni, S.Kep., M.Kep
 Ns. Nova Fridalni, M. Biomed | Ns. Nurulistyawan Tri P., MNS
 Ns. Sasteri Yuliyanti, M.Kep | Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep
 Ns. Sudirman Efendi, S.Kep., M.Kep | Ns. Tanti Marjiana, S.Kep., M.Kep
 Ns. Yuly Abdi Zainurridha, S.Kep., M.Kep | Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep
 Anida, S.Kep., Ns., M.Sc | Anin Wijayanti, S.Kep., Ns., M.Kes
 Eliza Zihni Zatihulwani, S. Kep., Ns., M. Kep | Estin Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
 Hilda Mazarina Devi S.Kep, Ns, M.Sc | M. Abu, S.Kep., Ners., M.Kep
 Mokh. Sandi Haryanto, S. Kep., Ners., M. Kep | Nining Rusmianingsih, S.Kep., Ners, M.Kep
 Sefrina Rukmawati, S.Kep., Ns., M.Kes | Sunarti, S.Kep., Ns., M.Kes
 Treesia Sujana, S.Kep., Ners., M.Nurs | Widyadari Prasetyaningrum, S.Kep., Ners., M.Kep
 Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep | Leni Tri Wahyuni, S.Kep, M.Biomed
 Novita Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep | Giri Udani, M.Kes

BONUS VOUCHER DISKON BIMBEL SEPANJANG TAHUN

KUMPULAN LATIHAN SOAL UKOM PROFESI NERS

Penulis Utama:

Supriatin, S.Kep., Ners., M.Kep

Penulis:

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes.

Dr. Susanti Niman, M.Kep., Sp.Kep.J

Dhinny Novryanthi, M.Kep.Ns.Sp.Kep.Mat

Eka Riyanti, M.Kep, Sp.Kep.Mat

Ns. Azhar Mu'alim, M.Kep

Ns. Meri Anggryni, S.Kep., M.Kep

Ns. Nova Fridalni, M. Biomed

Ns. Nurulistyawan Tri P., MNS

Ns. Sasteri Yuliyanti, M.Kep

Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep

Ns. Sudirman Efendi, S.Kep., M.Kep

Ns. Tanti Marjiana, S.Kep., M.Kep

Ns. Yuly Abdi Zainurridha, S.Kep., M.Kep.

Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Anida, S.Kep., Ns., M.Sc

Anin Wijayanti, S.Kep., Ns., M.Kes.

Eliza Zihni Zatihulwani, S. Kep., Ns., M. Kep

Estin Yulastuti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Hilda Mazarina Devi S.Kep, Ns, M.Sc

M. Abu, S.Kep., Ners., M.Kep

Mokh. Sandi Haryanto, S. Kep., Ners., M. Kep

Nining Rusmianingsih, S.Kep., Ners, M.Kep.

Sefrina Rukmawati, S.Kep.Ns., M.Kes

Sunarti, S.Kep., Ns., M.Kes

Treesia Sujana, S.Kep., Ners., M.Nurs

Widyadari Prasetyaningrum, S.Kep., Ners., M.Kep

Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep

Leni Tri Wahyuni, S.Kep, M.Biomed

Novita Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep

Giri Udani, M.Kes



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

KUMPULAN LATIHAN SOAL UKOM PROFESI NERS

Penulis Utama:

Supriatin, S.Kep., Ners., M.Kep

Penulis:

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
Dr. Susanti Niman, M.Kep., Sp.Kep.J
Dhinny Novryanthi, M.Kep.Ns.Sp.Kep.Mat
Eka Riyanti, M.Kep, Sp.Kep.Mat
Ns. Azhar Mu'alim, M.Kep
Ns. Meri Anggryni, S.Kep., M.Kep
Ns. Nova Fridalni, M. Biomed
Ns. Nurulistyawan Tri P., MNS
Ns. Sasteri Yuliyanti, M.Kep
Ns. Shofi Khaqul Ilmy, S.Kep., M.Kep
Ns. Sudirman Efendi,S.Kep.,M.Kep
Ns. Tanti Marjiana, S.Kep., M.Kep
Ns. Yuly Abdi Zainurridha, S.Kep., M.Kep.
Abdul Fauzi, S.Kep., Ns., M.Kep.
Anida, S.Kep., Ns., M.Sc
Anin Wijayanti, S.Kep., Ns., M.Kes.
Eliza Zihni Zatihulwani , S. Kep., Ns., M. Kep
Estin Yulastuti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Hilda Mazarina Devi S.Kep, Ns, M.Sc
M. Abu, S.Kep., Ners., M.Kep
Mokh. Sandi Haryanto, S. Kep., Ners., M. Kep
Nining Rusmianingsih, S.Kep., Ners, M.Kep.
Sefrina Rukmawati,S.Kep.Ns.,M.Kes
Sunarti, S.Kep., Ns., M.Kes
Treesia Sujana, S.Kep., Ners., M.Nurs
Widyadari Prasetyaningrum, S.Kep., Ners., M.Kep
Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep
Leni Tri Wahyuni, S.Kep, M.Biomed
Novita Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep
Giri Udani, M.Kes

Desain Cover:

Ivan Zumarano

Tata Letak:

Siti Hartina Fatimah

Achmad Faisal

ISBN: **978-623-8411-14-6**

Cetakan Pertama:

Oktober, 2023

Hak Cipta 2023

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2023

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

PENERBIT:

Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat

Website: www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram: @bimbel.optimal

Tiktok : Bimbel Optimal

PRAKATA

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku **Kumpulan Latihan Soal UKOM Profesi Ners**. Buku ini disajikan untuk membekali mahasiswa perawat dalam menghadapi Ujian Kompetensi. Soal- soal yang ada dalam buku ini disusun berdasarkan blue print soal Uji Kompetensi Nasional Indonesia yang mengacu pada standar profesi perawat Indonesia. Proses pembelajaran untuk mencapai kompetensi dan karakteristik perawat baru lulus yang mencakup area kompetensi, domain kompetensi, bidang keilmuan, proses keperawatan, upaya kesehatan, kebutuhan dasar manusia, dan sistem tubuh manusia.

Soal-soal yang ada pada buku ini disusun dan telah direview oleh pakar di bidangnya, sehingga mahasiswa mendapatkan Kualifikasi Kompeten. Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan. Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat.

Jakarta, Oktober 2023

SAMBUTAN



Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,

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

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

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

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

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

Salam hormat dan sehat selalu untuk kita semua.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Direktur
PT Nuansa Fajar Cemerlang

Rizky Al Gibran
instagram: algibb

DAFTAR ISI

PRAKATA	iv
SAMBUTAN	v
DAFTAR ISI	vi
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH	1
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH	21
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN KOMUNITAS	57
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KOMUNITAS	63
LATIHAN SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN	75
PEMBAHASAN SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN	81
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS	91
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS	103
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN Jiwa	123
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN Jiwa	137
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN ANAK	163
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN ANAK	175
LATIHAN SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	199
PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT	205
SINOPSIS	216



VOUCHER DISKON BIMBEL

Nama :

Kampus :

Nomor Whatsapp :

Doa dan Harapan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

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

**LATIHAN SOAL KEPERAWATAN
MEDIKAL BEDAH**

SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

- 1 Laki-laki, 57 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan gagal ginjal kronis. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sesak napas jika posisi tidur, lemah saat posisi duduk dan sulit bernapas, edema pada kedua tungkai dan JVP (+), HB 7 mg/dL. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Hypervolemia
 - b. Intoleransi aktivitas
 - c. Pola napas tidak efektif
 - d. Hambatan mobilitas fisik
 - e. Gangguan pertukaran gas
- 2 Laki-laki, 65 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan diabetes mellitus karena *general weakness*. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sering merasa haus, dan buang air kecil, cepat lapar dan kadang pusing, mukosa mulut kering, TD, 100/70 mmHg, frekuensi nadi 76x/mnt, Frekuensi napas 24x/mnt, suhu 37.0°C, GDS 345 mg/dL. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Hypovolemia
 - b. Resiko defisit nutrisi
 - c. Resiko hypovolemia
 - d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
 - e. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
- 3 Laki - laki, 55 tahun, dibawa ke IGD dengan diare 7 kali. Hasil pengkajian, pasien mengeluh haus dan jantung berdebar-debar, nadi lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, TD 70/50 mmHg, frekuensi nadi 104x/mnt, frekuensi napas 24x/mnt, suhu 37.6 °C. Apa pemeriksaan penunjang yang tepat pada kasus di atas?
 - a. Kadar leukosit
 - b. Kadar albumin
 - c. Kadar trombosit
 - d. Kadar hematokrit
 - e. Kadar hemoglobin
- 4 Laki-laki, 65 tahun, dirawat di rumah sakit dengan Anemia. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sering pusing, lemah, pucat, akral teraba dingin, turgor kulit tidak elastis, TD: 90/70 mmHg, frekuensi nadi 66x/mnt, frekuensi napas 22x/mnt, suhu 36°C. Apa pemeriksaan tindakan pengkajian lanjutan pada kasus tersebut?
 - a. Berat badan
 - b. Nafsu makan
 - c. Volume cairan
 - d. Kadar hemoglobin
 - e. Capillary refill time
- 5 Laki-laki, 58 tahun, dirawat di ruang perawatan jantung dengan gagal jantung kongestif. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri pada dada kiri dan sesak, lemah, JVP meningkat, TD: 140/90 mmHg, frekuensi nadi 104x/mnt, frekuensi

- napas 32x/mnt, suhu 37°C, hasil EKG ditemukan gambaran Aritmia. Apa penyebab masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Perubahan preload
 - Perubahan afterload
 - Perubahan irama jantung
 - Perubahan tekanan darah
 - Perubahan kontraktilitas jantung
- 6 Laki-laki, 47 tahun, datang ke poliklinik penyakit dalam dengan keluhan diare 7x kali. Hasil pengkajian, pasien mengatakan pernah dirawat dengan keluhan yang sama 3 bulan yang lalu, pucat, mukosa mulut kering, turgor kulit tidak elastis. Apa pengkajian lanjutan yang tepat pada kasus tersebut?
- Akral
 - Turgor kulit
 - Konjungtiva
 - Capillary refill time
 - Frekuensi peristaltik usus
- 7 Laki-laki, 77 tahun, di rawat di bangsal urologi dengan BPH. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sering BAK tapi tidak tuntas, nyeri tekan pada area suprapubik, teraba tegang dan terdapat bunyi pekak. Apa pengkajian yang tepat pada kasus tersebut?
- Enuresis
 - Nokturia
 - Asupan cairan
 - Karakteristik urin
 - Distensi kandung kemih
- 8 Perempuan, 48 tahun, di rawat di ruang perawatan jantung dengan Akut Miokard Infark. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sesak sejak 2 jam sebelum masuk RS, kedua kaki bengkak, merasa lelah, TD 175/90 mmHg, frekuensi nadi 114x/menit, frekuensi napas 34 x/menit dan meningkat saat berbicara, saturasi oksigen 90 %, terdapat gangguan irama jantung, hasil foto thorak terdapat edema Paru dan kardiomegali. Apa masalah keperawatan pada kasus di atas?
- Hipervolemia
 - Intoleransi aktivitas
 - Pola napas tidak efektif
 - Gangguan mobilitas fisik
 - Erfusi jaringan perifer tidak efektif
- 9 Laki-laki, 57 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan gagal ginjal kronis. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sesak napas dan bertambah sesaknya saat tiduran namun saat posisi duduk lebih nyaman, edema pada kedua tungkai, berat badan meningkat 5 kg dalam waktu 4 hari, JVP meningkat, kadar Hb menurun. Apa intervensi keperawatan pada kasus di atas?
- PH meningkat
 - Edema menurun

- c. Tekanan darah meningkat
 - d. Frekuensi napas meningkat
 - e. Tingkat kesadaran meningkat
- 10 Laki – laki, 57 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan gagal ginjal kronis. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sesak napas dan bertambah sesaknya saat tiduran namun saat posisi duduk lebih nyaman, edema pada kedua tungkai, BB meningkat 5 kg dalam waktu 4 hari, JVP meningkat, kadar Hb menurun. Apa intervensi keperawatan pada kasus di atas?
- a. Kataaerisasi urin
 - b. Manajemen nutrisi
 - c. Pemantauan cairan
 - d. Edukasi hemodialisa
 - e. Manajemen elektrolit
- 11 Laki-laki, 58 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan stroke hemoragik. Hasil pengkajian, pasien mengeluh pusing dan nyeri kepala, GCS 13, hemiparese kiri, mobilisasi dibantu, bicara pelo, bibir mencong kiri, TD 170/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 26x/menit, suhu 37,3°C. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
 - b. Resiko gangguan perfusi jaringan serebral
 - c. Gangguan komunikasi verbal
 - d. Gangguan mobilisasi fisik
 - e. Pola napas tidak efektif
- 12 Laki-laki, 66 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam, dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian, klien mengeluh semakin sesak saat dipakai beraktifitas, bengkak kaki, pucat, sianosis, lemah, TD: 180/100 mmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, frekuensi napas 25 x/menit, suhu 37,4°C, CTR 66%. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Intoleransi aktifitas
 - b. Pola napas tidak efektif
 - c. Kelebihan volume cairan
 - d. Penurunan curah jantung
 - e. Gangguan perfusi jaringan
- 13 Laki-laki, 47 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan gagal jantung grade IV. Hasil pengkajian: pasien menurun, kesadaran koma dan mengalami henti jantung, keluarga berharap pasien masih bisa diselamatkan. Perawat berusaha melakukan RJP pada pasien. Apa prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- a. Justice
 - b. Fidelity
 - c. Otonomi
 - d. Beneficience
 - e. Non Maleficience

- 14 Laki-laki, 45 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan TB Paru. Hasil pengkajian, Pasien mengeluh sesak, batuk berdahak, tidak mampu mengeluarkan dahak, lemah, TD 130/80mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 25x/menit, suhu 38°C, PH 7,38, PCO₂ 40mmHg, PO₂ 92 mmHg, HCO₃ 23mEq/dL. Apa pengkajian lanjutan yang tepat pada kasus tersebut tersebut?
- Mengkaji penggunaan pernapasan cuping hidung
 - Mengkaji adanya suara wheezing dan ronchi
 - Mengkaji warna kulit yang pucat
 - Mengkaji indeks masa tubuh
 - Mengkaji pola napas
- 15 Laki-laki, 57 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan sesak napas. Hasil pengkajian, ronchi positif pada kedua lapang paru, gelisah dan lemah, TD 130/90mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 27x/menit, suhu 38°C, PH 7,50, PCO₂ 55mmHg, PO₂ 70 mmHg, HCO₃ 22mEq/dL. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?
- Hipertermia
 - Kelemahan
 - Pola napas tidak efektif
 - Gangguan pertukaran gas
 - Bersihan jalan napas tidak efektif
- 16 Laki-laki, 48 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam hari ke-2 dengan gagal jantung kongestif. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sesak bertambah saat berjalan ke kamar mandi, TD 150/90mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 28x/menit, suhu 37,3°C, Urine 40cc/jam, dan hasil EKG menunjukkan adanya sinus rhythm. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Penurunan curah jantung
 - Intoleransi aktivitas
 - Pola napas tidak efektif
 - Gangguan perfusi jaringan
 - Kelebihan volume cairan
- 17 Perempuan, 47 tahun, dirawat di ruang rawat inap penyakit dalam dengan CKD on HD. Hasil pengkajian: sesak, edema seluruh tubuh, suara rale pada dua lapang paru, TD: 150/90mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 29x/menit, suhu 37,5°C, urin output 500cc/24 jam. Apa intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- Kolaborasi pemberian terapi diuretik
 - badan setiap hari
 - Beri posisi tidur semi fowler
 - Ukur intake output cairan
 - Batasi intake cairan
- 18 Perempuan, 57 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan stroke. Hasil pengkajian, pasien mengeluh lemah bagian kanan, hemiparese kanan, lemah, rentang gerak dibantu, kemerahan daerah tonjolan tulang, TD 158/98 mmHg,

frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,2°C. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Berikan lotion daerah kemerahan
- b. Melakukan massage
- c. Mobilisasi tiap 2 jam
- d. Kompres hangat
- e. Latihan ROM

19 Perempuan, 47 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian: sulit mengeluarkan dahak, batuk, lemah, ronchi pada paru kanan atas, TD 130/80mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 27x/menit, suhu 37,2°C serta mendapatkan terapi oksigen nasal 3 lpm. Apa intervensi keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Kolaborasi Pemberian bronkodilator
- b. Ubah oksigen dengan masker 6 lpm
- c. Lakukan fisioterapi dada
- d. Posisikan semifowler
- e. Ajarkan batuk efektif

20 Laki-laki, 40 tahun, di rawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan batuk berdahak sejak dua bulan yang lalu. Hasil pengkajian, pasien mengatakan diare sejak satu bulan yang lalu, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 27x/menit, suhu 37,5°C. Pasien akan dilakukan pemeriksaan elisa tanpa diberitahu oleh perawat. Apakah prinsip etik keperawatan yang dilanggar pada kasus tersebut?

- a. Justice
- b. Fidelity
- c. Otonomi
- d. Beneficience
- e. Non maleficience

21. Laki-laki, 56 tahun, datang ke poliklinik penyakit dalam dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian : batuk disertai mual muntah, cuping hidung (+), oedema (+), TD: 170/100 MMHg, frekuensi nadi 116x/mnt, frekuensi napas 32x/mnt, Suhu 37,3°C, ureum 68mg/dl, kreatinin 7mg/dl, GFR 13 ml/min/1.73m², PH darah 6, PaCO₂ 65mmHg, PaO₂ 70 mmHg dan HCO₃ 15mEq/L. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Risiko Aspirasi
- b. Pola Napas tidak efektif
- c. Gangguan Pertukaran Gas
- d. Gangguan Ventilasi Spontan
- e. Bersihan jalan Napas tidak efektif

22. Perempuan, 63 tahun, datang ke Poliklinik dengan keluhan diare lebih dari 10x /hari sejak 3 hari yang lalu. Hasil pengkajian: turgor kulit kembali dalam 4 detik, mukosa bibir kering, nadi perifer teraba lemah, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 72 x/mnt, suhu 36,5°C. Apa kriteria hasil keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Status Hidrasi membaik
 - b. Eliminasi fekal membaik
 - c. Keseimbangan cairan terpenuhi
 - d. Motilitas gastrointestinal membaik
 - e. Integritas kulit dan jaringan membaik
23. Laki-laki, 60 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan DM tipe 2 sejak 5 tahun yang lalu. Hasil pengkajian: terdapat luka pada bagian bawah kaki berukuran panjang 8 CM, lebar 4 cm dan kedalaman 1,5 CM, permukaan luka berwarna hitam dan kuning. Apa intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Mencuci luka sesering mungkin
 - b. Perawatan luka nekrotik / hitam
 - c. Perawatan luka bakar/trauma termal
 - d. Perawatan luka tekan
 - e. Memberikan antiseptik dan mengganti balutan setiap hari
24. Laki-laki, 85 tahun, dirawat di rumah sakit dengan Kanker Paru. Hasil pengkajian: dokter menyarankan untuk kemoterapi tetapi pasien menolak dan mengajukan pulang paksa. Perawat tidak memaksa pasien untuk tetap menjalani kemoterapi tetapi memberikan informasi mengenai Kemoterapi termasuk periode waktu pemberian, tujuan setiap tahap pelaksanaan, standar prosedur dan efek samping. Selain itu perawat juga menginformasikan cara menangani dan mengatasi efek dari kemoterapi. Perawat menginformasikan dampak yang akan terjadi apabila pasien tidak melakukan kemoterapi. Apa prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- a. Autonomy
 - b. Beneficence
 - c. Justice
 - d. Confidentiality
 - e. Veracity
25. Laki-laki, 40 tahun, diantar keluarganya ke IGD dengan keluhan nyeri luka bakar. Hasil pengkajian : luka bakar derajat II pada seluruh bagian lengan kanan, seluruh area abdomen dan dada, TD 100/ 70mmHg, frekuensi nadi 68x/ menit, frekuensi napas 30x/ menit, suhu 38°C, Berapa persen luas luka bakar pada kasus tersebut?
- a. 9%
 - b. 18%
 - c. 27%
 - d. 36%
 - e. 45%
26. Laki-laki, 60 tahun, dirawat di ruang rawat inap penyakit dalam dengan keluhan sesak. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sesak saat melakukan aktivitas, ADL dibantu keluarga, TD 180/ 100mmHg, frekuensi nadi 112x/menit, frekuensi napas 30x/menit, suhu 36,5°C, SaO₂ 90%, dan hasil EKG ST elevasi di area inferior. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Gangguan sirkulasi spontan

- b. Penurunan curah jantung
 - c. Perkusi perifer tidak efektif
 - d. Risiko gangguan sirkulasi spontan
 - e. Risiko penurunan curah jantung
27. Perempuan, 45 tahun, diantar keluarganya ke poliklinik dengan keluhan utama nyeri kepala. Hasil pengkajian : Ada riwayat Diabetes Melitus type 2 sejak 2 tahun yang lalu, selalu lemas, GDS 375, sehingga dokter mengintruksikan pemberian therapy insulin reguler 8 unit/kg BB dua kali sehari. Bagaimana cara pemberian injeksi insulin yang benar?
- a. Intra cutan
 - b. Sub cutan
 - c. Intra muscular
 - d. Intravena
 - e. Sub lingual
28. Laki-laki, 58 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan *Tuberculosis* paru. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sesak napas dan batuk berat, Istri pasien mengatakan di rumah pasien tinggal bersama dua anaknya yang masih kecil dan saat batuk pasien tidak ditutup mulutnya serta sering membuang dahak sembarangan. Perawat memotivasi pasien untuk membuang ludah di tempat yang telah disediakan, sedapat mungkin menggunakan masker ketika bersama anak-anak dan menutup mulut ketika batuk. Apa prinsip etik yang ditetapkan pada kasus tersebut?
- a. Autonomy
 - b. Beneficence
 - c. Justice
 - d. Confidentiality
 - e. Veracity
29. Perempuan, 27 tahun, dirawat di ruang THT dengan sinusitis. Hasil pengkajian: nyeri kepala dan hidung sejak 2 minggu yang lalu, nyeri meningkat saat menundukkan kepala, skala nyeri 6, hidung tersumbat karena ingus yang kental, susah tidur, BB menurun 2 kg sejak sakit, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 22 x/menit dan suhu 37°C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Nyeri akut
 - b. Defisit nutrisi
 - c. Gangguan pola tidur
 - d. Pola napas tidak efektif
 - e. Bersihan jalan napas tidak efektif
30. Laki-laki, 46 tahun, dirawat di RS dengan dermatitis seboroik. Hasil pengkajian, pasien mengeluh gatal di seluruh badannya, tidak bisa tidur nyenyak karena gatal dan gelisah, terdapat skuama dan krusta kekuningan di kepala, wajah, ketiak, lipat bokong dan paha dan sering menanyakan apa penyakitnya bisa sembuh, TD

- 140/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 24 x/menit, suhu 37°C. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?
- Ansietas
 - Defisit pengetahuan
 - Gangguan pola tidur
 - Gangguan rasa nyaman
 - Kerusakan integritas kulit
31. Laki-laki, 20 tahun, datang ke poliklinik THT dengan keluhan nyeri telinga. Hasil pengkajian, klien mengeluh telinga terasa penuh dan pendengaran berkurang, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 20x/menit dan suhu 37,8°C. Perawat akan melakukan pemeriksaan fisik pada telinga pasien. Apa alat yang tepat digunakan perawat pada kasus tersebut?
- Arloji
 - Otoskop
 - Garputala
 - Hearing aid
 - Audiometri
32. Laki-laki, 26 tahun, datang ke poliklinik THT dengan keluhan nyeri pada telinga. Hasil pengkajian, pasien mengeluh tidak bisa tidur dan pendengarannya berkurang, meringis sambil memegang telinganya, tidak nafsu makan sejak sakit, nyeri skala 5, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 20x/menit dan suhu 37,4°C. Apa masalah keperawatan pada pasien tersebut ?
- Nyeri akut
 - Hipertermia
 - Defisit nutrisi
 - Resiko infeksi
 - Gangguan komunikasi verbal
33. Laki-laki, 25 tahun, datang ke poliklinik THT dengan keluhan telinga kiri sering berdenging dan pendengarannya berkurang. Hasil pengkajian, Pasien mengatakan selalu membersihkan telinganya dengan menggunakan batang korek api, liang telinga penuh serumen dan kemerahan. Apa intervensi keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Lakukan irigasi telinga
 - Hindari paparan suara keras
 - Periksa fungsi pendengaran
 - Monitor tanda-tanda infeksi
 - Bersihkan serumen dengan kapas yang lembut
34. Perempuan, 59 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan post operasi katarak hari ke-2. Hasil pengkajian: area sekitar mata masih bengkak dan pasien merasa tidak nyaman, tidak terdapat tanda infeksi pada mata. Pasien direncanakan pulang hari ini. Perawat telah menyiapkan obat pasien untuk dibawa pulang. Apa edukasi yang tepat pada kasus tersebut?
- Lakukan kompres dingin

- b. Lakukan aktifitas yang ringan
 - c. Tidur dengan posisi telentang
 - d. Lindungi mata dari air saat mandi
 - e. Gunakan menggunakan pelindung mata
35. Laki-laki, 55 tahun, datang ke poliklinik mata dengan keluhan mata nyeri karena masuk serpihan kayu 2 jam yang lalu. Hasil pengkajian: sclera hiperemis, air mata banyak keluar, mata perih saat dibuka dan terasa terhalang sesuatu. Pasien sudah berusaha mengeluarkan serpihan kayu namun rasa nyeri pada mata tidak berkurang. Apa tindakan keperawatan yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Beri obat tetes mata
 - b. Kurangi paparan cahaya
 - c. Tutup mata dengan kassa
 - d. Cuci mata dengan air mengalir
 - e. Irigasi mata dengan cairan NaCl
36. Perempuan, 35 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan *sindrom Cushing*. Hasil pengkajian: rambut tipis dan mudah rontok, terdapat banyak hematoma dan ekimosis pada tangan dan kaki serta adanya luka lecet pada kaki, BB meningkat 5 kg dalam 1 bulan terakhir, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit dan suhu 37°C. Pasien sedang mengonsumsi obat kortikosteroid sejak 6 bulan yang lalu tanpa resep dokter. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Defisit pengetahuan
 - b. Gangguan citra tubuh
 - c. Resiko berat badan lebih
 - d. Gangguan integritas kulit
 - e. Manajemen kesehatan tidak efektif
37. Laki-laki, 56 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan sirosis hepatitis. Hasil pengkajian, pasien mengatakan perut semakin membuncit, terasa meregang dan sakit yang menjalar ke bagian pinggang, lemas, mual dan nafsu makan menurun, mata dan kulit terlihat berwarna kuning, pitting edema +++, urine seperti teh pekat, dan BAB berwarna kehitaman seperti aspal. Perawat akan memberikan nutrisi pada pasien. Apa intervensi keperawatan pada kasus tersebut ?
- a. Berikan makan tinggi serat.
 - b. Sajikan makanan dengan suhu hangat
 - c. Berikan makan melalui selang nasogastrik
 - d. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 - e. Tambahkan suplemen makanan untuk nafsu makan
38. Laki-laki, 56 tahun, dirawat di RS dengan diagnosis sirosis hepatitis. Hasil pengkajian: pasien mengeluh perut semakin membuncit, terasa meregang dan sakit yang menjalar ke bagian pinggang, lemas, mual dan nafsu makan menurun, BB turun 10 kg sejak sakit, mata dan kulit terlihat berwarna kuning, urine seperti teh pekat, dan BAB berwarna kehitaman seperti aspal. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?

- a. Nausea
 - b. Keletihan
 - c. Nyeri kronis
 - d. Defisit nutrisi
 - e. Hipervolemia
39. Laki-laki, 56 tahun, di rawat di ruang rawat inap interna dengan keluhan nyeri perut. Hasil pengkajian, pasien mengatakan tanpa disadari sudah buang air sebelum sampai ke toilet, tidak mau makan dan minum, klien dipapah ketika ke kamar mandi, BAB > 3 kali, skala nyeri 3, pasien terpasang popok, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, suhu 37,8°C, frekuensi napas 19x/Menit. Apa masalah keperawatan prioritas pada pasien tersebut?
- a. Nyeri akut
 - b. Defisit nutrisi
 - c. Defisit volume cairan
 - d. Inkontinensia fekal
 - e. Intoleransi aktifitas
40. Perempuan, 47 tahun, dirawat di Ruang Interna dengan keluhan sesak. Hasil pengkajian: *wheezing* pada kedua ruang paru, napas cuping hidung, bernapas melalui mulut, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 108 x/menit, frekuensi napas 27x/menit, suhu 37,5°C. Pasien rencana akan diberikan terapi oksigenasi 3 liter/menit. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut adalah?
- a. Memberikan posisi Supinasi
 - b. Posisi semi Fowler
 - c. Meningkatkan terapi oksigenasi menjadi 5 lt/menit
 - d. Mengajarkan teknik batuk efektif
 - e. Memberikan latihan ROM
41. Perempuan, 43 tahun, dirawat di ruang Interna dengan Pneumonia. Hasil pengkajian, pasien mengeluh batuk berdahak dan susah dikeluarkan, dispneu(+), lendir (+) TD 120/70 mmHg, frekuensi napas 27x/menit, frekuensi nadi 88 x/menit, suhu 37,6°C, terpasang oksigen dengan nasal canule 4 liter/menit. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Latihan batuk efektif
 - b. Pemantauan respirasi
 - c. Memberikan posisi semi Fowler
 - d. Memberikan posisi supinasi
 - e. Melakukan suction
42. Laki-laki, 38 tahun, datang ke poliklinik dengan keluhan demam mengigil. Hasil pengkajian, pasien mengatakan suhu tubuhnya meningkat disore hari sejak beberapa hari yang lalu, kadang sesak, tidak nafsu makan dan tidak mau minum, nafsu makan menurun, tampak lemas dan gelisah, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 108x/menit, suhu 38,8°C, frekuensi napas 22x/menit dan hasil widal test 1/320. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Defisit nutrisi

- b. Kekurangan volume cairan
 - c. Intoleransi aktivitas
 - d. Hipertermia
 - e. Pola napas tidak efektif
43. Laki-laki, 29 tahun, di rawat di *Infection Center* dengan keluhan susah bernapas. Hasil pengkajian: Batuk berdahak (+), Pasien sudah diposisikan semi fowler, SO_2 (90 %), *Wheezing* (+), TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, frekuensi napas 28x/menit, suhu 37,8°C. Apa Intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Fisioterapi dada
 - b. Latihan teknik batuk efektif
 - c. Manajemen isolasi
 - d. Kolaborasi terapi oksigen (SO_2 : 90 %, PCO_2 :48 mmHg)
 - e. Kolaborasi untuk pemberian obat inhalasi
44. Perempuan, 59 tahun, di rawat di *Infection Center* dengan keluhan sulit bernapas. Hasil pengkajian: batuk berdahak (+), *Wheezing* (+), Ronchi (+), TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 110 / menit, frekuensi napas 28x/menit, suhu 37,8°C, AGD PCO_2 54 mmHg, PO_2 115 mmHg, SO_2 95%. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - b. Gangguan pertukaran gas
 - c. Pola napas tidak efektif
 - d. Gangguan ventilasi spontan
 - e. Resiko gangguan pertukaran gas
45. Perempuan, 47 tahun, dirawat di perawatan interna dengan keluhan nyeri perut. Hasil pengkajian: nyeri skala 6 seperti tertusuk-tusuk, lemas, mual, muntah 2 kali, lemah, berkeringat dan terpasang terapi parenteral 20 TPM, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 24x/menit suhu 37,5°C. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Defisit nutrisi
 - b. Defisit volume cairan
 - c. Intoleransi aktivitas
 - d. Hipertermi
 - e. Nyeri akut
46. Laki-laki, 56 tahun, dirawat di Ruang Penyakit Dalam dengan keluhan nyeri pada bagian kuadran kiri atas perut. Hasil pengkajian: skala nyeri 5/10 seperti teriris-iris, tampak mual, lemah, terpasang terapi parenteral 20 TPM, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 108x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,9°C. Apa Intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Mengajarkan teknik relaksasi
 - b. Kolaborasi pemberian obat analgesik
 - c. Perawatan kenyamanan
 - d. Manajemen energi
 - e. Manajemen Mood

47. Perempuan, 39 tahun, dirawat di ruang Isolasi dengan keluhan sesak. Hasil pengkajian : pasien mengeluh nyeri dada, nyeri skala 4/10, batuk berlendir susah di keluarkan, *Wheezing* (+), TD 140/90 MmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, frekuensi napas 26x/menit, dan suhu 37,8°C . Apa Intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- Ajarkan Teknik relaksasi
 - Latihan batuk efektif
 - Pemantauan respirasi
 - Pemberian terapi oksigen
 - Pemberian obat inhalasi
48. Perempuan, 55 tahun, dirawat di ruang interna dengan keluhan nyeri kepala. Hasil pengkajian: bicara pero, wajah asimetris , ekstremitas sinistra atas dan bawah tidak dapat digerakan, terdapat nyeri kepala dengan skala 4, TD 190/90mmHg, frekuensi nadi 58 x/ menit, suhu 37,8°C, frekuensi napas 30 x/menit. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial
 - Risiko disfungsi neurovascular perifer
 - Gangguan mobilitas fisik
 - Intoleransi Aktivitas
 - Disrefleksia otonom
49. Laki-laki, 18 tahun, dirawat di ruang bedah pascaoperasi dengan luka debridement femur dextra tertutup hari kedua. Hasil pengkajian: pasien mengeluh nyeri kesemutan, terasa baal, luka debridement terpasang backslap dan dibalut dengan elastis verban, CRT jari kaki kanan lebih dari dua detik, nadi dorsalis pedis teraba lemah, TD 110/70mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 37,5 °C. Apa intervensi keperawatan prioritas pada kasus tersebut?
- Melakukan pijatan pada jari
 - Memberikan kompres hangat
 - Melonggarkan ikatan bidai
 - Mempersiapkan pembedahan
 - Meninggikan kaki yang fraktur
50. Perempuan, 31 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam hari ke 4 dengan pansitopenia. Hasil pengkajian: telah diberikan transfusi darah sebanyak 3 kantong darah karena nilai Hb sebelumnya 6 mg/dl, Hb mengalami kenaikan menjadi 9,8 mg/dl TD 100/70mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37 °C, pasien diijinkan pulang besok. Apa *discharge planning* pasien pulang pada kasus tersebut ?
- Informasi jenis diet
 - Pembatasan aktivitas
 - Penjadwalan kunjungan ulang
 - Pemeriksaan kadar Hb secara teratur
 - Peningkatan peran keluarga

51. Laki-laki, 56 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan nyeri dada hingga ke punggung sejak 1 jam yang lalu. Hasil pengkajian: pasien memegang dadanya, ekspresi wajah kesakitan, keluar keringat dingin, gelisah, akral dingin, nadi teraba lemah, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 75x/menit, frekuensi napas 26x/menit, suhu 36°C, dan ST elevasi. Apa masalah keperawatan yang terjadi pada klien?
- Gangguan rasa nyaman (nyeri)
 - Gangguan perfusi jaringan
 - Gangguan pertukaran gas
 - Penurunan curah jantung
 - Kecemasan
52. Laki-laki, 50 tahun, di rawat di ruang rawat dengan keluhan kepala pusing dan berat. Hasil pengkajian, pasien mengatakan terasa mau pingsan, penglihatan kabur, mual dan muntah, ada riwayat keluarga dengan hipertensi, pasien tidak pernah menderita penyakit berat yang mengharuskan rawat inap, TD 180/100 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 37°C. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?
- Nyeri akut
 - Gangguan kebutuhan nutrisi
 - Gangguan istirahat tidur
 - Kurang pengetahuan
 - Gangguan aktivitas
53. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan keluhan kepala pusing dan berat. Hasil pengkajian, klien mengatakan terasa mau pingsan, penglihatan kabur, mual dan muntah, TD 190/100 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 37°C. Apa rencana tindakan perawatan pada kasus tersebut ?
- Melatih klien melakukan aktivitas sehari-hari
 - Penurunan tekanan darah dengan obat-obatan
 - Mempertahankan tekanan darah normal
 - Memenuhi kebutuhan nutrisi
 - Istirahat fisik secara total
54. Perempuan, 48 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan keluhan kepala terasa berat setelah mengikuti acara tujuh belasan. Hasil pengkajian: Perawat telah mengistirahatkan klien, memberikan diet rendah garam yang telah disediakan, menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalium, TD 180/100 mmHg, frekuensi nadi 120x/menit, frekuensi napas 28x/menit, suhu 37°C. Apa rasional diet rendah garam yang diterapkan pada klien ?
- Garam merangsang konstiksi vaskular
 - Garam dapat meningkatkan volume cairan intravaskular
 - Garam dapat merangsang pengeluaran hormon vaskular
 - Garam dapat meningkatkan ekskresi cairan intravaskular
 - Garam dapat viskositas cairan intravaskular

55. Perempuan, 35 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan anemia defisiensi besi. Hasil pengkajian, Pasien mengeluh lemah, letih, lesu, lelah, (terutama saat beraktivitas), mata berkunang-kunang, telinga berdenging dan pusing, TD 120/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 37°C, Hb 8 mg/dl. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut ?
- Intoleransi aktivitas
 - Perubahan perfusi jaringan
 - Resiko tinggi kerusakan integritas kulit
 - Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan
 - Kurang pengetahuan tentang prognosis penyakit
56. Perempuan, 28 tahun, datang ke poliklinik umum dengan keluhan nyeri perut dan didiagnosis medis dengan gastritis kronik. Hasil pengkajian, pasien mengatakan menstruasi terakhir 10 hari yang lalu, palpasi abdomen tegang dan nyeri tekan epigastrik dan hipokondriak kiri, menyeringai, skala nyeri 7-8, wajah pucat, berkeringat, akral hangat, ada riwayat penyakit dahulu didapatkan pernah 2x masuk RS dengan gejala yang sama, pasien sering mengalami nyeri perut ketika menstruasi dan selalu mengonsumsi obat penghilang nyeri sejak umur 12 tahun, TD 100/90 mmHg, frekuensi nadi 76x/menit, suhu 37,4 °C, frekuensi napas 18x/menit. Apa penyebab nyeri pada pasien tersebut ?
- Menstruasi
 - Tekanan darah yang cenderung rendah
 - Iritasi mukosa lambung
 - Kelanjutan dari MRS yang lalu
 - Abdomen tegang
57. Laki-laki, 60 tahun, di rawat di ruang rawat inap dengan katarak. Hasil pengkajian: pasien akan dijadwalkan pembedahan lensa mata, dirawat dikelas 3 bersama 7 pasien lainnya dengan berbagai fasilitas yang ada, jarak tempat tidur dan kamar mandi yaitu sekitar 8 meter. Apa tujuan keperawatan prioritas pada kasus tersebut ?
- Cemas akibat bedah tidak terjadi
 - Resiko cedera tidak terjadi
 - Kemampuan gerak terjaga
 - Kebutuhan informasi terpenuhi
 - Kebutuhan kebersihan diri terpenuhi
58. Perempuan, 27 tahun, dirawat di ruang penyakit saraf dengan keluhan pusing. Hasil pengkajian, pasien mengeluh mengantuk serta pusing, dapat menjawab saat dipanggil nama, didapatkan luka di kepala dan tidak berdarah lagi karena sudah ditutup, GCS 12, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,7°C. Apa intervensi keperawatan yang utama pada kasus tersebut ?
- Meninggikan daerah kepala
 - Perawatan luka berkala
 - Membatasi gerakan pasien

- d. Mengobservasi skor GCS
 - e. Mengobservasi perdarahan
59. Perempuan, 40 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan osteoporosis. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri saat menggerakkan bokongnya, ada riwayat patah tulang karena jatuh, rutin minum susu, TD 120/85 mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 19x/menit, suhu 36°C. Apa fokus pengkajian untuk melengkapi data pada kasus tersebut?.
- a. Pola makan
 - b. Riwayat aktifitas
 - c. Riwayat merokok
 - d. Status menstruasi
 - e. Riwayat pekerjaan
60. Perempuan, 37 tahun, datang ke poliklinik mata dengan keluhan penglihatan kabur, dan melihat lingkaran cahaya di sekitar nyala lampu. Hasil pengkajian : pernah infeksi mata sebelumnya, mata tampak memerah, bola mata terasa keras, TD 131/81 mmHg, frekuensi nadi 81x/menit, frekuensi napas 20x/menit dan suhu 37°C. Apa pemeriksaan yang tepat dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?.
- a. Visus
 - b. Tonometri
 - c. Gonioskopi
 - d. Funduskopi
 - e. Lapang pandang
61. Laki-laki, 20 tahun, datang ke poliklinik Penyakit Dalam dengan TBC untuk kontrol setelah 2 minggu minum OAT (Obat anti TBC). Hasil pengkajian, pasien mengatakan batuk mulai berkurang, tetapi warna urinenya berubah menjadi orange, sehingga pasien ragu untuk melanjutkan pengobatannya, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 22 x/menit, suhu 36,8°C. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut ?
- a. Menganjurkan banyak minum
 - b. Menjelaskan efek samping obat
 - c. Menganjurkan berhenti minum obat
 - d. Melakukan kolaborasi pemeriksaan urine
 - e. Menganjurkan pasien untuk konsultasi ke dokter
62. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan stroke. Hasil pengkajian: GCS 5, ekstremitas sebelah kanan tidak dapat digerakkan, kekuatan otot 0, TD 170/100 mmHg, frekuensi nadi 100 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37°C. Perawat akan melakukan tindakan mencegah terjadinya hipotrofi otot. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Memiringkan pasien ke kiri atau ke kanan tiap 2 jam
 - b. Memasase kaki dan tangan pasien dengan lotion.
 - c. Memandikan pasien dengan air hangat.
 - d. Melakukan latihan rentang gerak pasif.
 - e. Memberikan obat pelemas otot

63. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan sirosis hepatis. Hasil pengkajian, pasien mengeluh perut semakin membuncit, napas semakin sesak, mual, tidak nafsu makan, sulit BAB dan BAK, asites (++) , sulit menggerakkan badan, pitting edema +++, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi napas 24 x/menit, suhu 37,5°C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus diatas?
- Pola napas tidak efektif.
 - Intoleransi aktifitas.
 - Hipervolemia.
 - Defisit nutrisi
 - Nausea
64. Perempuan, 46 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan kolelitiasis. Hasil pengkajian, pasien mengatakan mual dan muntah, perut terasa kembung, berwarna hijau pekat, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37°C. Program pengobatan dari dokter pasien akan dipasang NGT. Perawat melakukan pemasangan NGT dan telah mengukur panjang selang NGT. Apa langkah selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?.
- Memberi jelly pelumas.
 - Membersihkan lubang hidung.
 - Meletakkan handuk dibawah kepala pasien.
 - Mengatur kepala pasien dengan posisi ekstensi.
 - Memasukkan selang NGT ke salah satu lubang hidung.
65. Perempuan, 28 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan DHF. Hasil pengkajian, pasien mengeluh lemas, sakit kepala, demam dan muntah-muntah, mata cekung, akral dingin, TD 90/80 mmHg, frekuensi nadi 120x/menit, cepat dan halus, frekuensi napas 24x/menit, suhu 39°C, Hb 11gr/dL, leukosit 13.500/mm³, trombosit 95.000/mm³ dan Ht 45%. Apa tindakan kolaborasi pada kasus tersebut?.
- Pemberian oksigen
 - Pemasangan infus
 - Pemasangan NGT.
 - Pemberian antipiretik
 - Pemberian antiemetik
66. Laki-laki, 41 tahun, dirawat di ruang isolasi penyakit dalam dengan TB Aktif . Hasil pengkajian : sulit tidur karena batuk berdahak, berkeringat dingin, badan lemah dan tidak nafsu makan, ronchi pada kedua paru-paru, TD 135/79 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 25x/menit, suhu 37°C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Bersihkan jalan napas tidak efektif.
 - Pola napas tidak efektif.
 - Gangguan pola tidur.
 - Resiko defisit nutrisi.
 - Intoleransi aktivitas

67. Laki-laki, 21 tahun dirawat di ruang rawat inap dengan ensefalitis. Hasil pengkajian, keluarga mengatakan pasien awalnya mengalami flu, demam tinggi dan mengalami kejang-kejang, pasien tampak bingung, wajah tidak simetris, bicara pelo, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 98 x/menit, frekuensi napas 24 x/menit dan suhu 39,4°C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Risiko jatuh
 - Hipertemia.
 - Gangguan rasa nyaman.
 - Gangguan komunikasi verbal.
 - Risiko perfusi serebral tidak efektif.
68. Perempuan, 47 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan Kolesistitis. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri pada area ulu hati menjalar ke tulang scapula kanan, nafsu makan menurun, kadang merasa mual dan lemah, pucat, gelisah. TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 97 x/menit, frekuensi napas 19 x/menit dan suhu 38°C. Apa Masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Nyeri Akut
 - Risiko infeksi
 - Intoleransi aktifitas
 - Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh
 - Kurang Pengetahuan tentang penyakit, diet dan perawatannya
69. Laki-laki, 66 tahun, dirawat di ruang interna dengan keluhan lumpuh pada ekstremitas kiri sejak 5 hari sebelum masuk rumah sakit. Hasil pengkajian: pasien tampak lemah, kekuatan otot 0 pada ekstremitas kiri, tampak kemerahan pada area punggung pasien dan tanda-tanda adanya luka, permukaan kulit selalu lembab karena rembesan dari popok pasien. Pasien dalam posisi supinasi. Apa tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pada kasus tersebut?
- Mengkaji kondisi luka
 - Melatih range of motion
 - Melakukan masase punggung
 - Mengganti popok pasien setiap 2 jam
 - Merubah posisi miring kiri dan kanan secara berkala
70. Perempuan, 32 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian, pasien mengeluh pusing, batuk berlendir, bunyi napas ronchi, TD: 100/70mmHg, frekuensi nadi 82x/menit, frekuensi napas 32x/menit, suhu 36.8°C. Pasien akan dilakukan pemasangan oksigen. Perawat telah menjelaskan tujuan tindakan dan menghubungkan selang dengan *humidifier*. Apa tindakan perawat selanjutnya pada kasus tersebut?
- Memasukkan kanul ke hidung
 - Melakukan fiksasi selang nasal kanul
 - Mendekatkan alat oksigen dan humidifier
 - Mengecek oksigen mengalir ke nasal kanul
 - Mengatur kecepatan oksigen sesuai kebutuhan

71. Laki-laki, 25 tahun, dirawat di ruang bedah dengan pascaoperasi operasi fraktur femur hari ke empat. Hasil pengkajian, Pasien mengeluh nyeri pada luka jahitan, luka kemerahan, terdapat pus dan sedikit berbau, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi 24x/menit, suhu 37,6°C. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Lakukan perawatan luka
 - Monitor tanda – tanda vital
 - Berikan posisi yang nyaman
 - Berikan teknik relaksasi atau distraksi nyeri
 - Mengevaluasi kondisi luka dan menghilangkan baunya
72. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di ruang unit stroke dengan stroke ringan. Hasil pengkajian: tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran, pasien membuka mata dengan rangsangan nyeri, mengerang saat diberikan rangsangan nyeri dan Gerakan ekstensi yang abnormal. Berapa nilai GCS verbal pada kasus tersebut ?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
73. Laki-laki, 18 tahun, dirawat di ruang ortopedic dengan fraktur tibia dextra 1/3 distal. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri, sulit tidur, sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun (2), Gerakan terbatas, wajah tampak meringis, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi 24x/menit, suhu 36.7°C. Apa luaran utama pada kasus tersebut?
- Nyeri menurun
 - Mobilitas Fisik meningkat
 - Toleransi aktivitas meningkat
 - Pola tidur membaik
 - Kekuatan otot meningkat
74. Laki-laki, 28 tahun, dirawat di ruang bangsal dengan infeksi saluran kemih. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sulit buang air kecil, tampak meringis, teraba distensi dan terdengar dullness pada hasil perkusi kandung kemih. Pasien akan dilakukan pemasangan kateter urine. Perawat telah menjelaskan tujuan tindakan dan melakukan dan melakukan tindakan pemasangan kateter dengan benar. Apa prinsip etik yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- Justice
 - Confidential
 - Beneficence
 - Akuntabilitas
 - Non malficience
75. Perempuan, 53 tahun, di bawa ke UGD dengan keluhan sesak napas. Hasil pengkajian, pasien mengeluh cepat lelah saat beraktivitas, lemah, ada riwayat penyakit jantung sejak 2 tahun lalu, TD 170/100 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit,

frekuensi napas 26 x/menit., hasil ECG terdapat tanda-tanda aritmia. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?

- a. Hipervolemia
- b. Intoleransi aktivitas
- c. Pola napas tidak efektif
- d. Gangguan mobilitas fisik
- e. Penurunan curah jantung

76. Laki-laki, 49 tahun, di rawat di rumah sakit dengan gangrene diabetik. Hasil pengkajian: luka tampak kehitaman, terdapat pus dan berbau, GDS 350 mg/dl. Saat ini perawat sedang melakukan tindakan debridement. Apa tujuan tindakan dilakukan pada kasus tersebut?

- a. Mengatasi nyeri
- b. Menghilangkan bau
- c. Membersihkan luka
- d. Mengangkat jaringan mati
- e. Mempercepat proses epitalisasi

77. Laki-laki, 60 tahun, di rawat di rumah sakit dengan BPH. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sulit buang air kecil sejak 3 hari yang lalu, teraba distensi dan nyeri tekan pada kandung kemih. Perawat akan melakukan tindakan pemasangan kateter dan telah memasukkan aquades dengan spuit pada balon kateter. Apa tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?

- a. Mencuci tangan
- b. Beri jeli pada selang kateter
- c. Masukkan aquades dengan spuit
- d. Fiksasi pada paha bagian dalam
- e. Menarik selang kateter sampai benar-benar berada pada batas yang ditentukan.

**PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN
MEDIKAL BEDAH**

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

1. A. Hipervolemia

Gagal ginjal kronik

Pada dasarnya dalam menentukan pilihan jawaban dari 1 kasus pada soal UKOM harus memiliki keterkaitan dengan keluhan yang dialami oleh pasien sehingga menjadi bahan pertimbangan bagi peserta UKOM

- a. Hypervolemia merupakan kejadian pasien mengalami kelebihan cairan disebabkan karna kondisi gagal ginjal atau karena ada masalah di jantung. Kejadian ini ditandai dengan adanya edema pada seluruh tubuh atau pada tungkai, peningkatan JVP dan penurunan HB. Penentuan 1 diagnosis minimal 80% tanda dan gejala dialami oleh pasien yang ditandai dengan klinik yang berkaitan dengan masalah keperawatan pasien.
- b. Intoleransi aktivitas merupakan kejadian seseorang tidak dapat memaksakan untuk melakukan aktivitas karna adanya pada pernapasan, jantung atau karena mengalami kelemahan
- c. Pola napas tidak efektif artinya seseorang mengalami perubahan kebiasaan bernapas. Hal ini bisa berhubungan dengan frekuensi napasnya, posisinya Ketika bernapas dan cara bernapas.
- d. Hambatan mobilitas fisik yaitu suatu kondisi seseorang tidak dapat beraktivitas karena adanya hambatan seperti karna sesak, fraktur atau karena lemah dan tidak bertenaga.
- e. Gangguan pertukaran gas yaitu suatu kondisi terjadinya penurunan kadar oksigen dalam darah akibat terjadinya sesak atau gangguan pernapasan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala gagal ginjal kronis.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

2. D. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

DM

- a. Hypovolemia: mewakili keluhan pasien yang sering haus dan sering buang air kecil
- b. Resiko deficit nutrisi karena pasien sering merasa lapar dan mukosa mulut tampak kering
- c. Resiko hypovolemia karena pasien sering haus dan sering buang air kecil
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah karena terjadi peningkatan GDS dan mewakili disertai tanda dan gejala subjektif yang mendukung penegakkan diagnosis
- e. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah hanya ditandai dengan adanya keluhan subjektif atau adanya faktor resiko.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala DM.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .

3. D. Kadar hematokrit

Diare

Dari kasus di atas itu mengarah pada masalah keperawatan hipovolemia, maka pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan adalah kadar hematokrit, sebagai tanda mayor dari masalah hipovolemia.

- a. Kadar leukosit : bukan tanda mayor dan minor
- b. Kadar albumin : bukan tanda mayor dan minor
- c. Kadar trombosit : bukan tanda mayor dan minor
- d. **Kadar hematokrit : tanda mayor dari masalah keperawatan tersebut**
- e. Kadar hemoglobin : bukan tanda mayor dan minor

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala diare.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .

4. E. Capillary refile time

Anemia

Dari kasus di atas itu mengarah pada masalah perfusi perfier tidak efektif.

- a. Berat badan : bukan tanda mayor dan minor
- b. Nafsu makan : bukan tanda mayor dan minor
- c. Volume cairan : bukan tanda mayor dan minor
- d. Kadar hemoglobin : bukan tanda mayor dan minor
- e. Capillary refile time : tanda mayor dari diagnosis tersebut

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala diare.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .

5. C. Perubahan irama jantung

Gagal jantung kongestif

Dari kasus di atas itu mengarah pada masalah keperawatan penurunan curah jantung.

- a. Perubahan preload : tanda mayornya : lelah, edema, distensi vena jugularis, CVP meningkat, hepatomegali
- b. Perubahan afterload : tanda mayor : dispneaa, tekanan darah menurun, nadi perifer terasa lemah, CRT > 3 detik, oliguri, warna kulit pucat
- c. Perubahan irama jantung : tanda mayor sesuai dengan kasus di atas

- d. Perubahan tekanan darah : tidak merupakan etiologi dari penurunan curah jantung
- e. Perubahan tekanan darah : tidak merupakan etiologi dari penurunan curah jantung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala Gagal jantung congestif.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

6. E. Frekuensi peristaltik usus

Gastritis

Masalah keperawatan pada kasus di atas adalah diare

- a. Akral : bukan merupakan tanda mayor dan minor diare
- b. Turgor kulit : bukan merupakan tanda mayor dan minor diare
- c. Konjungtiva : bukan merupakan tanda mayor dan minor diare
- d. Capillary refill time : bukan merupakan tanda mayor dan minor diare
- e. Frekuensi peristaltik usus : merupakan tanda minor diare

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala diare.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

7. E. Distensi kandung kemih

BPH

Masalah keperawatan pada kasus di atas adalah retensi urin.

- a. Enuresis : tanda mayor inkontinensia urin reflek
- b. Nokturia : tanda mayor inkontinensia urin reflek
- c. Asupan cairan : tanda mayor kesiapan peningkatan eliminasi urin
- d. Karakteristik urin : tanda mayor kesiapan peningkatan eliminasi urin
- e. Distensi kandung kemih : tanda mayor retensi urin

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala retensi urin.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

8. B. Intoleransi aktivitas

Akut miokard infark

- a. Hipervolemia : peningkatan volume cairan intravaskuler, interstitial, dan atau intraseluler. Tanda mayor subyektif : ortopnea, dispnea, PND,

Objektif : edema anasarka / edema perifer, berat Badan meningkat dalam waktu singkat, JVP atau CVP meningkat, reflek hepatojugular meningkat

- b. Intoleransi aktivitas : penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat ditandai dengan tanda kasus di atas
- c. pola napas tidak efektif : inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat ditandai dengan tanda mayor : dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal gangguan mobilitas fisik
- d. Gangguan mobilitas fisik : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri yang ditandai dengan tanda mayor : dengan keluhan sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun
- e. perfusi jaringan perifer tidak efektif : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh yang ditandai dengan tanda mayor : pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala AMI.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

9. B. Edema menurun Gagal ginjal kronik

- a. PH meningkat : kriteria hasil keseimbangan asam basa
- b. Edema menurun : kriteria hasil keseimbangan cairan
- c. Tekanan darah meningkat : bukan KH keseimbangan cairan
- d. Frekuensi napas meningkat : bukan KH keseimbangan cairan
- e. Tingkat kesadaran meningkat : kriteria hasil keseimbangan asam basa

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala gagal ginjal kronis.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .

10. C. Pemantauan cairan Gagal ginjal kronik

- a. Kataaerisasi urin : intervensi pendukung
- b. Manajemen nutrisi: intervensi pendukung
- c. Pemantauan cairan: intervensi utama
- d. Edukasi hemodialisa : intervensi pendukung
- e. Manajemen elektrolit : intervensi pendukung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala gagal ginjal krinis

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .

**11. A. Penurunan kapasitas adaptif intracranial
Stroke hemoragik, TD 170/90**

- a. TD naik ditunjang adanya keluhan pusing dan nyeri sebagai manifestasi penurunan aliran darah ke otak
- b. Bukan resiko karena kejadian actual yang dicari
- c. Gangguan komunikasi verbal bukan prioritas
- d. Gangguan mobilitas fisik bukan prioritas
- e. Tidak ada masalah pola napas tidak efektif

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manifestasi klinis agar bisa menentukan masalah keperawatan.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders Elseiver

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

**12. D. Penurunan curah jantung
TD meningkat, nadi meningkat, CTR 66%.**

- a. Intoleransi aktifitas bukan prioritas
- b. Data mayor: sesak, edema, TD meningkat, sianosis, CTR meningkat >50%. Data tersebut menunjukkan ketidakmampuan jantung dalam memompa darah, kemungkinan akibat pembesaran jantung (CTR 66%) sebagai kompensasi nadi meningkat.
- c. Kelebihan volume cairan hanya ditunjang dari edema
- d. Penurunan curah jantung bukan prioritas
- e. Gangguan perfusi jaringan ditunjukkan dengan pucat dan lemah bukan prioritas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data-data yang mendukung untuk masalah penurunan curah jantung.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders

Elsevier

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

13. D. Beneficence

Perawatan berusaha melakukan RJP pada pasien

- a. Justice artinya adil
- b. Fidelity artinya menepati janji
- c. Otonomi artinya menghargai hak pasien
- d. Beneficence berbuat baik karena perawat masih berusaha melakukan tindakan RJP untuk menyelamatkan pasien
- e. Non maleficence artinya tidak melakukan perbuatan yang merugikan pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang legal etik dalam keperawatan.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

14. B. Mengkaji adanya suara wheezing dan ronchi

- a. Mengkaji penggunaan pernapasan cuping hidung lebih mendukung untuk masalah gangguan pertukaran gas
- b. Data pendukung utama batuk dan tidak mampu mengeluarkan dahak. Dugaan masalah keperawatan utama adalah bersihan jalan napas tidak efektif. Sehingga perlu pengkajian lebih Lanjut mengenai adanya suara tambahan seperti wheezing atau ronchi
- c. Mengkaji warna kulit yang pucat lebih mendukung untuk masalah gangguan pertukaran gas
- d. Mengkaji indeks masa tubuh lebih ke masalah nutrisi
- e. Mengkaji pola napas masih secara umum

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian pada sistem pernapasan.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). ***Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes***. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders Elseiver

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

15. D Gangguan pertukaran gas

Sesak napas, abnormalitas gas darah

- a. Hipertermia bukan prioritas masalah
- b. Kelemahan bukan masalah utama
- c. Pola napas tidak efektif, data mayor yang muncul tidak memenuhi
- d. Data-data yang disajikan pada kasus tersebut didominasi oleh data yang terkait dengan abnormalitas Analisa gas darah. Ini menunjukkan adanya gangguan pertukaran gas akibat kerusakan alveoli dengan kapiler
- e. Tidak ada data mayor yang kuat untuk mendukung masalah bersihan jalan napas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Analisa Gas darah/ data-data pendukung AGD.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). ***Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes***. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders Elseiver

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

16. A. Penurunan curah jantung

Pasien dengan keluhan sesak, hasil EKG menunjukkan adanya sinus rhythm. (soal kurang lengkap manifestasi klinisnya)

- a. Penurunan curah jantung, karena pasien sesak dan ada hasil EKG
- b. Kelemahan bukan masalah utama
- c. Pola napas tidak efektif, data mayor yang muncul tidak memenuhi
- d. Data-data yang disajikan pada kasus tersebut didominasi oleh data yang terkait dengan abnormalitas Analisa gas darah. Ini menunjukkan adanya gangguan pertukaran gas akibat kerusakan alveoli dengan kapiler
- e. Tidak ada data mayor yang kuat untuk mendukung masalah kelebihan

volume cairan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manifestasi klinis yang muncul di kasus.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders Elseiver

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

17. E. Batasi intake cairan

Pasien tampak sesak, edema seluruh tubuh.

- a. Kolaborasi pemberian terapi diuretic bukan intervensi utama yang tepat pada kasus diatas
- b. Timbang berat badan setiap hari bukan intervensi utama yang tepat pada kasus diatas
- c. Beri posisi tidur semi fowler bukan intervensi utama yang tepat pada kasus diatas
- d. Ukur intake output cairan bukan intervensi utama yang tepat pada kasus diatas
- e. Batasi intake cairan merupakan intervensi yang tepat pada kasus melihat gejala yang muncul utamanya yaitu sesak dan edema seluruh tubuh

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi untuk kasus Chronic Kidney Disease dengan atau tanpa tindakan hemodialisis.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders Elseiver

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

18. C. Mobilisasi tiap 2 jam

Pasien dengan keluhan lemah bagian kanan, hemiparese kanan, tampak lemah, rentang gerak dibantu.

- a. Berikan lotion daerah kemerahan bukan tindakan utama yang tepat

pada kasus tersebut

- b. Melakukan massage bukan tindakan utama yang tepat pada kasus tersebut
- c. Mobilisasi tiap 2 jam merupakan tindakan yang tepat melihat data yang muncul antara lain pasien dengan keluhan lemah bagian kanan, hemiparese kanan, tampak lemah, rentang gerak dibantu.
- d. Kompres hangat bukan tindakan utama yang tepat pada kasus tersebut
- e. Latihan ROM bukan tindakan utama yang tepat pada kasus tersebut

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi apa saja yang harus dilakukan untuk kasus stroke.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders Elseiver

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

19. E. Ajarkan batuk efektif

Sesak napas, ronchi pada paru kanan atas, sulit mengeluarkan dahak, batuk.

- a. Kolaborasi pemberian bronkodilator merupakan tindakan kolaborasi dengan dokter dan bukan intervensi yang utama dari kasus diatas
- b. Ubah oksigen dengan masker 6 lpm bukan intervensi yang tepat dari kasus diatas
- c. Lakukan fisioterapi kurang tepat karena pasien ada kesulitan mengeluarkan dahak
- d. Posisikan semifowler bukan intervensi yang tepat dari kasus diatas
- e. Ajarkan batuk efektif tepat dilakukan sebagai tindakan mandiri perawat karena pasien ada ronchi dan tidak dapat mengeluarkan dahak

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi apa saja yang dapat dilakukan pada gangguan sistem pernapasan.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders Elseiver.

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

20. C. Otonomi

Pasien akan dilakukan pemeriksaan elisa tanpa diberitahu oleh perawat.

- a. Justice artinya adil
- b. Fidelity artinya menepati janji
- c. Otonomi artinya menghargai hak pasien
- d. Beneficence artinya berbuat baik
- e. Non maleficence artinya tidak melakukan perbuatan yang merugikan pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang legal etik dalam keperawatan.

Referensi: Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medikal surgical nursing clinical management for positive outcomes*. 8th edition. St. Louis, Missouri: Saunders Elseiver

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

21. C. Gangguan Pertukaran Gas

PH darah : 6, PaCO₂: 65mmHg; PaO₂ :70 mmHg dan HCO₃ : 15mEq/L sesak napas dan hasil Lab =PH darah : 6, PaCO₂: 65mmHg; PaO₂ :70 mmHg dan HCO₃ : 15mEq/L.

- a. Tidak menjadi prioritas karena tidak teridentifikasi adanya secret/spasme jalan napas
- b. Hasil analisa gas darah menunjukkan adanya asidosis metabolik yang apabila tidak segera ditangani dapat mengarah kepada Syok
- c. PaCO₂ tidak meningkat dan hasil AGD lain tidak mengarah pada asidosis respiratori (DO mengarah pada gangguan ginjal bukan paru)
- d. DO mengarah pada gangguan ginjal bukan paru dan adanya gangguan pada gas darah
- e. Tidak ada data penurunan kesadaran pasien dan indikasi kelebihan sekresi gastrointestinal

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gejala tanda mayor sebagai penentu utama prioritas diagnosis.

Referensi: Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.)*. DPP PPNI .

22. A. Status Hidrasi membaik

Kali per hari, BAK sedikit dan jarang, TD rendah, Nadi teraba lemah.

- a. Luaran untuk diagnosis keperawatan Hipovolemia yang mengarah kepada kondisi syok hypovolemia yang mengancam nyawa(diagnosis prioritas)
- b. Tidak menjadi luaran utama karena Dx Diare bukan prioritas
- c. Tidak menjadi luaran utama karena Dx Disfungsi Motilitas Gastrointestinal bukan prioritas
- b. Tidak menjadi luaran utama karena Dx Risiko keseimbangan cairan bukan prioritas
- c. Tidak menjadi luaran utama karena Dx gangguan integritaskulit dan jaringan bukan prioritas

23. B. Perawatan luka nekrotik / hitam

Permukaan luka berwarna hitam dan kuning.

- a. Apabila hanya dicuci tetapi jaringan nekrotik tidak dibuang, maka tidak ada granulasi
- b. Balutan biasa yang diganti tiap hari mudah basah dan meningkatkan risiko infeksi
- c. Pada perawatan luka nekrotik, jaringan mati akan disingkirkan dan jaringan yang terinfeksi akan diberi antibiotik
- d. DO tidak mengarah pada diagnosis luka bakar/trauma thermal
- e. DO tidak mengarah pada diagnosis luka tekan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali cara menganalisa Data dan menetapkan intervensi yang tepat sesuai luaran yang ditetapkan.

Referensi: Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.

24. A. Autonomy

Perawat tidak memaksa pasien untuk tetap menjalani kemoterapi tetapi memberikan informasi mengenai penyakit.

- a. Keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan membuat keputusan sendiri
- b. Melakukan tindakan yang mencegah kesalahan dan meningkatkan kebaikan bagi orang lain
- c. Adil kepada orang lain dan sesama
- d. Prinsip kerahasiaan
- e. Prinsip kejujuran

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali cara menganalisa Data dan menetapkan intervensi yang tepat sesuai luaran yang ditetapkan.

Referensi: Potter & Perry (Edisi terjemahan). (2020). *Dasar Dasar Keperawatan*. Elsevier

25. C. 27%

Seluruh bagian lengan kanan dan di seluruh area abdomen dan dada.

Menggunakan rule of 9 maka seluruh bagian lengan kanan 9%, seluruh area abdomen 9% dan dada 9% maka jumlah seluruh nya 27%

- a. Salah karena bukan 27%
- b. Salah karena bukan 27%
- c. Benar karena 27%
- d. Salah karena bukan 27%
- e. Salah karena bukan 27%

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali cara menganalisa Data dan menetapkan intervensi yang tepat sesuai luaran yang ditetapkan.

Referensi: Brunner&Suddarth. (2017). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

26. B. Penurunan curah jantung

Hasil EKG: ST elevasi di area inferior, selalu merasa lelah.

- a. Data Mayor gangguan sirkulasi spontan adalah pasien tidak berespon, pada kasus ini pasien masih dengan keluhan (berkomunikasi)
- b. Penurunan curah jantung terlihat dengan adanya perubahan irama dan frekuensi jantung (ST elevasi dan Nadi tachycardia: 112x/mnt) . perubahan preload terlihat dengan adanya kelelahan (tidak sampainya oksigen dan nutrisi ke perifer)
- c. Dibandingkan dengan penurunan curah jantung yang lebih mengancam nyawa, maka Dx perfusi perifer tidak efektif tidak menjadi prioritas Dx.
- d. Dx Risiko tidak menjadi prioritas apabila masih ada Dx Aktual.
- e. Dx Risiko tidak menjadi prioritas apabila masih ada Dx Aktual.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali cara menganalisa Data dan menetapkan intervensi yang tepat sesuai luaran yang ditetapkan.

Referensi: Brunner&Suddarth. (2017). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

27. B. Sub cutan

Therapy insulin regular

- a. Injeksi intra cutan diberikan hanya dibawah epidermis dan obat tidak akan diserap dalam sirkulasi pembuluh darah. Biasanya hanya untuk uji alergi atau penapisan tuberculosi.
- b. insulin reguler diberikan secara sub cutan agar penyerapan nya lebih lambat dan konsisten ; sesuai dengan target pemberian Insulin rutin

- c. Injeksi Intra Muscular ke lapisan otot menyebabkan reaksi obat menjadi lambat dan biasanya untuk obat yang diberikan secara berkala.
- d. Injeksi intra vena lebih cepat diserap oleh tubuh dan memberikan reaksi cepat, dimana hal tersebut bukan target pemberian insulin
- e. Sub lingual adalah metoda pemberian obat oral yang diberikan di bawah lidah bukan injeksi.

Mahasiswa diharapkan secara teliti melihat pertanyaan sehingga dapat dengan mudah mengeliminasi pilihan E.

Referensi: Nettina, Sandra (2014). Lippincot: Manual of nursing practice : Lippincot Williams & Wilkins

28. B. Beneficence

Do no harm

- a. Keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan membuat keputusan sendiri
- b. Melakukan tindakan yang mencegah kesalahan dan meningkatkan kebaikan bagi orang lain
- c. Adil kepada orang lain dan sesama
- d. Prinsip kerahasiaan
- e. Prinsip kejujuran

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali cara menganalisa Data dan mangkaji dengan tepat.

Referensi: Potter & Perry. (2020). Dasar dasar Keperawatan. Elesivier

29. A. Nyeri akut

Masalah keperawatan, sinusitis

- a. Nyeri akut
Terdapat data yang cukup untuk masalah keperawatan ini yaitu keluhan nyeri kepala dan hidung sejak 2 minggu yang lalu, nyeri meningkat jika menundukkan kepala dan skala nyeri 6.
- b. Data tidak cukup untuk menegakkan masalah keperawatan ini, hanya ada satu data yaitu BB menurun 2 kg sejak sakit tanpa adanya BB sebelumnya sehingga tidak dapat dihitung % penurunan BB.
- c. Data tidak cukup untuk menegakkan masalah keperawatan ini, hanya ada satu data yaitu susah tidur yang disebabkan oleh hidung tersumbat yang bukan merupakan faktor eksternal sesuai dengan definisi diagnosis keperawatan ini.
- d. Data tidak cukup untuk menegakkan masalah keperawatan ini, hanya ada data hidung tersumbat oleh sekret dan belum terdapat peningkatan frekuensi pernapasan dan data lain yang mendukung.

- e. Data tidak cukup untuk menegakkan masalah keperawatan ini, hanya ada data hidung tersumbat oleh sekret dan belum terdapat peningkatan frekuensi pernapasan dan data lain yang mendukung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang aspek sinusitis.

Referensi: Haryono, R; Utami, Maria Putri Sari. 2018. Keperawatan Medikal Bedah 2. Yogyakarta : Pustaka Baru Press

30. D. Gangguan rasa nyaman

Masalah keperawatan, dermatitis seboroik.

- a. Data tidak cukup untuk menegakkan masalah keperawatan ini, hanya ada satu data yaitu pasien sering menanyakan tentang penyakitnya sedangkan gelisah yang muncul karena adanya rasa gatal pada tubuh pasien.
- b. Sudah ada data mayor untuk diagnosis keperawatan ini yaitu pasien sering menanyakan tentang penyakitnya namun diagnosis keperawatan ini bukan menjadi prioritas dibandingkan dengan gangguan rasa nyaman yang dialami pasien.
- c. Data tidak cukup untuk menegakkan masalah keperawatan ini, hanya ada satu data yaitu tidak bisa tidur nyenyak karena gatal yang bukan merupakan faktor eksternal sesuai dengan definisi diagnosis keperawatan ini.
- d. Diagnosis keperawatan ini sangat tepat untuk diangkat karena terdapat data yang mendukung yaitu merasa gatal di seluruh tubuh, tidak bisa tidur nyenyak dan gelisah karena gatal. Masalah ini harus diatasi terlebih dahulu agar pasien bisa tenang dan tidur sehingga tidak memperburuk kondisi kesehatannya.
- e. Terdapat data yang cukup untuk masalah keperawatan ini yaitu terdapatnya skuama dan krusta pada beberapa bagian tubuh pasien, namun masalah ini bukan prioritas utama dibandingkan gangguan rasa nyaman yang dialami pasien yang menjadi keluhan utama dan sudah mengganggu kebutuhan tidur pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang aspek dermatitis seboroik.

Puspasari, Scholastica Fina A. 2018. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Integumen. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

31. B. Otoskop

Nyeri pada telinga, pemeriksaan fisik.

- a. Arloji
Alat ini digunakan untuk menilai kemampuan mendengar pasien dan bukan untuk pemeriksaan keadaan pada telinga
- b. Otoskop

Alat ini adalah alat yang dibutuhkan perawat untuk melihat kondisi telinga bagian dalam pasien.

c. Garputala

Alat ini digunakan untuk menilai kemampuan mendengar pasien dan bukan untuk pemeriksaan keadaan pada telinga

d. Hearing aid

Alat ini digunakan untuk membantu kemampuan mendengar pasien dan bukan untuk pemeriksaan keadaan pada telinga

e. Audiometri

Alat ini digunakan untuk mengetahui fungsi mendengar pasien dan bukan untuk pemeriksaan keadaan pada telinga

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan fisik pada telinga.

Referensi: Sudrajad H, Nurcahyo VE, Kandhi PW, et al. 2018. Buku Pedoman Keterampilan Klinis : Pemeriksaan THT. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

32. A. Nyeri akut

Masalah keperawatan, nyeri telinga, keluar cairan berwarna kuning.

a. Nyeri akut

Masalah keperawatan ini dapat ditegakkan karena terdapat data yang mendukung yaitu keluhan nyeri dari pasien dengan skala 5 dan tampak meringis memegang telinganya.

b. Hipertermia

Masalah keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena data yang ada hanya pasien dengan keluhan demam tetapi pemeriksaan suhu tubuh masih normal.

c. Defisit nutrisi

Masalah keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena data yang ada hanya tidak nafsu makan sejak sakit dan tidak ada penjelasan tentang perubahan berat badan pasien.

d. Resiko infeksi

Masalah keperawatan ini tidak dapat ditegakkan karena pasien kemungkinan mengalami infeksi pada telinga yang ditandai dengan keluarnya cairan berbau dan berwarna kuning dari telinganya.

e. Gangguan komunikasi verbal

Masalah keperawatan belum bisa diangkat karena data yang ada baru tentang keluhan pasien bahwa pendengarannya berkurang dan data pemeriksaan penunjang lainnya belum ada.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep Otitis Media.

Referensi: Nugraha, Dwi Antara. 2018. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pendengaran. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

33. A. Lakukan irigasi telinga**Telinga penuh serumen, intervensi keperawatan.**

- a. Lakukan irigasi telinga
Intervensi merupakan tindakan yang tepat karena keadaan telinga yang penuh dengan serumen dan sudah menimbulkan keluhan telinga berdenging serta berkurangnya pendengaran pasien. Irigasi telinga dapat membersihkan telinga dari serumen dan pendengaran pasien akan kembali setelah serumen keluar dari liang telinga pasien.
- b. Hindari paparan suara keras
Intervensi ini dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan pendengaran tetapi bukan tindakan yang tepat pada pasien dengan penumpukan serumen di telinga.
- c. Periksa fungsi pendengaran
Intervensi ini dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan pendengaran tetapi bukan tindakan yang tepat karena penyebab berkurangnya pendengaran adalah penumpukan serumen di liang telinga yang menghambat hantaran suara.
- d. Monitor tanda-tanda infeksi
Intervensi ini dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan pendengaran tetapi bukan tindakan yang tepat.
- e. Bersihkan serumen dengan kapas yang lembut
Intervensi ini dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan telinga pasien namun tidak dapat mengeluarkan serumen yang telah menumpuk.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep Otitis Media.

Referensi: Nugraha, Dwi Antara. 2018. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pendengaran. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

34. A. Lakukan kompres dingin**Post operasi katarak, mata sembab.**

- a. Lakukan kompres dingin
Tindakan kompres dingin menggunakan kantung berisi es pada area sekitar mata adalah tindakan yang tepat untuk mengurangi sembab di sekitar mata dan rasa tidak nyaman setelah operasi katarak.
- b. Tidur dengan posisi telentang
Tindakan ini boleh dilakukan pasien tetapi tidak bisa mengurangi sembab dan rasa tidak nyaman di area sekitar mata pasien
- c. Lakukan aktifitas yang ringan
Tindakan ini boleh dilakukan pasien tetapi tidak bisa mengurangi sembab dan rasa tidak nyaman di area sekitar mata pasien.
- d. Lindungi mata dari air saat mandi
Tindakan ini boleh dilakukan pasien tetapi tidak bisa mengurangi sembab dan rasa tidak nyaman di area sekitar mata pasien.
- e. Gunakan menggunakan pelindung mata

Tindakan ini boleh dilakukan pasien tetapi tidak bisa mengurangi sembab dan rasa tidak nyaman di area sekitar mata pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep katarak.

Referensi: Haryono, R; Utami, Maria Putri Sari. 2018. Keperawatan Medikal Bedah 2. Yogyakarta : Pustaka Baru Press

35. E. Irigasi mata dengan cairan NaCl

Apa tindakan keperawatan pertama yang tepat dilakukan pada pasien trauma mata.

- a. Beri obat tetes mata
Tindakan ini tidak bisa mengeluarkan benda asing yang ada pada mata karena jumlah cairannya yang sedikit.
- b. Kurangi paparan cahaya
Tindakan ini dapat mengurangi rasa perih namun tidak bisa membantu mengeluarkan benda asing pada mata.
- c. Tutup mata dengan kassa
Tindakan ini dapat mengurangi rasa perih namun tidak bisa membantu mengeluarkan benda asing pada mata.
- d. Cuci mata dengan air mengalir
Tindakan ini bisa mengeluarkan benda asing tetapi kurang efektif dibandingkan dengan irigasi mata dengan cairan NaCl.
- e. Irigasi mata dengan cairan NaCl
Tindakan ini sangat tepat dilakukan untuk mengeluarkan benda asing pada mata.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep trauma mata.

Referensi: Conrad DR. Ocular Trauma: Principles and Practice, Ferenc Kuhn, Dante J. Pieramici. Thieme (2002). Canadian Journal of Ophthalmology. 2004;39(7):802.
Roth FS, Koshy JC, Goldberg JS, Soparkar CNS. Pearls of orbital trauma management. Semin Plast Surg. 2010;24(4):398-410.
Dhillon, J., 2021. Approach to: Ocular trauma. McGill Journal of Medicine, 19(1).
Shapiro, M., 2003. Ocular Trauma: principles and practice,. Survey of Ophthalmology, 48(5), p.567.

36. D. Gangguan integritas kulit

Masalah keperawatan, sindrom Cushing

- a. Defisit pengetahuan
Masalah keperawatan ini belum bisa diangkat karena tidak ada data yang mendukung, adanya penggunaan obat tanpa resep dokter tidak cukup kuat untuk menegaskan masalah keperawatan ini.
- b. Gangguan citra tubuh

Masalah keperawatan ini belum bisa diangkat karena tidak ada data yang mendukung, adanya data rambut yang mudah rontok dan tipis serta memar di tubuh pasien belum cukup untuk menegaskan masalah keperawatan ini tanpa adanya data keluhan pasien tentang bentuk tubuhnya yang berubah.

c. Risiko berat badan lebih

Masalah keperawatan ini belum bisa diangkat karena data kenaikan berat badan pada pasien bukanlah karena asupan nutrisi yang berlebih tetapi karena pengaruh obat pada distribusi lemak dan retensi cairan.

d. Gangguan integritas kulit

Masalah keperawatan ini tepat untuk ditegakan sebagai masalah utama karena adanya data yang mendukung yaitu terdapat hematoma dan ekimosis pada tangan dan kaki serta luka lecet pada kaki pasien.

e. Manajemen kesehatan tidak efektif

Masalah keperawatan ini belum bisa ditegakkan karena belum cukup data yang mendukungnya yaitu tidak adanya keluhan pasien tentang kesulitan dalam menjalani pengobatannya yang membuat pasien mengkonsumsi obat tanpa resep dokter.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kasus sindrom Cushing

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

**37. D. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
Intervensi keperawatan, nutrisi pasien sirosis hepatis.**

a. Berikan makan mengandung lemak.

Intervensi ini bukan yang utama. Lemak sebaiknya dibatasi pada pasien sirosis hepatis, lemak yang disarankan adalah lemak baik. Berikan makan mengandung lemak tidak menjelaskan jenis lemak yang diberikan.

b. Sajikan makanan dengan suhu hangat

Intervensi keperawatan ini bukan yang utama. Makanan yang disajikan hangat dapat membantu pasien untuk meningkatkan nafsu makan, selain kondisi makanan yang hangat, komposisi makanan yang diberikan lebih penting untuk diperhatikan.

c. Berikan makan melalui selang nasogastrik

Intervensi keperawatan ini bukan yang utama. Pemberian makanan melalui selang nasogastrik tidak diperlukan pada kondisi pasien ini karena masih sadar.

d. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Intervensi keperawatan ini adalah yang utama Makanan tinggi kalori dan tinggi protein sangat dibutuhkan pada pasien sirosis hepatis, energi yang tinggi dan kandungan protein yang tinggi bisa membantu pembentukan protein dan mengurangi penumpukan cairan karena hipotalbunemia.

e. Tambahkan suplemen makanan untuk nafsu makan

Intervensi keperawatan ini bukan yang utama. Pemberian suplemen penambah nafsu makan bisa diberikan namun harus disesuaikan dengan kondisi pasien, terkait pengaruh obat terhadap hepar.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep sirosis hepatitis.

Referensi: <https://mediaperawat.id/asuhan-keperawatan-defisit-nutrisi-d-0019>
Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata KM, Setiati S. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ke 5. Jakarta: Internal Publishing; 2009. 668-673

38. D. Defisit nutrisi

Masalah keperawatan, sirosis hepatis.

- a. Nausea
Masalah keperawatan ini belum bisa ditegakan, perlu data tambahan.
- b. Keletihan
Masalah keperawatan ini belum bisa ditegakan, perlu data tambahan
- c. Nyeri kronis
Masalah keperawatan ini belum bisa ditegakan, perlu data tambahan
- d. Defisit nutrisi
Masalah keperawatan ini dapat ditegakkan karena data pendukungnya ada tidak nafsu makan, mual dan penurunan berat badan.
- e. Hipervolemia
Masalah keperawatan ini belum bisa ditegakan, perlu data tambahan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep sirosis hepatitis.

Referensi: <https://mediaperawat.id/asuhan-keperawatan-defisit-nutrisi-d-0019>
Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata KM, Setiati S. Buku ajar ilmu penyakit dalam. Edisi ke 5. Jakarta: Internal Publishing; 2009. 668-673

39. D. Inkontinensia fekal

Pasien dengan keluhan tanpa disadari sudah buang air sebelum sampai ke toilet.

- a. Nyeri akut (skala nyeri ringan)
- b. Defisit nutrisi (data tidak mendukung hanya ada DS : tidak nafsu makan)
- c. Defisit volume cairan (data tidak mendukung hanya ada DS: tidak mau minum)
- d. **Inkontinensia fekal (DS: tanpa disadari sudah buang air sebelum sampai ke toilet, dan DO : BAB> 3 kali)**
- e. Intoleransi aktivitas (data tidak mendukung hanya ada DO: Tampak klien dipapah ke kamar mandi)

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

40. B. Posisi semi Fowler**Napas cuping hidung, bernapas melalui mulut, P: 27x/menit.**

- a. Memberikan posisi Supinasi (tidak dianjurkan pada pasien sesak)
- b. Posisi semi Fowler (posisi ideal untuk membuka ruang paru sebelum diberikan therapy oksigen)
- c. Terapi oksigenasi (tindakan kolaborasi)
- d. Mengajarkan teknik batuk efektif (tidak ada data batuk)
- e. Memberikan latihan ROM (tidak ada indikasi)

Referensi: Suddarth & Brunner. 2021. Textbook of Medikal Surgical Nursing 15th edition. Wolters Kluwer.

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

41. A. Latihan batuk efektif**Batuk berdahak dan susah dikeluarkan.**

- a. Latihan batuk efektif (Intervensi prioritas pada Dx Bersihan jalan napas tidak efektif)
- b. Pemantauan respirasi (intervensi tambahan pada Dx Bersihan jalan napas tidak efektif)
- c. Memberikan posisi semi Fowler (sudah terpasang oksigen)
- d. Memberikan posisi supinasi (tidak disarankan pada pasien sesak)
- e. Melakukan suction (tidak ada indikasi karena pasien sadar)

Referensi: Suddarth & Brunner. 2021. Textbook of Medikal Surgical Nursing 15th edition. Wolters Kluwer.

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

42. D. Hipertermia**Suhu: 38,8°C, widal test 1/320.**

- a. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Data pendukung kurang hanya DS: tidak mau makan dan nafsu makan menurun)
- b. Kekurangan volume cairan (Data pendukung kurang hanya DS: tidak mau minum)
- c. Intoleransi aktivitas cairan (Data pendukung kurang hanya DO : lemas)
- d. Hipertermia (DO mayor sesuai DX Hipertermia : suhu 38,8°C)
- e. Pola napas tidak efektif (Data pendukung kurang hanya DS: kadang sesak dan P dalam batasan normal)

Referensi: Suddarth & Brunner. 2021. Textbook of Medikal Surgical Nursing 15th edition. Wolters Kluwer.

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

**43. D. Kolaborasi terapi oksigen (SO₂: 90 %, PCO₂ :48 mmHg)
SPO₂ (90 %), P: 28x/menit.**

- a. Fisioterapi dada (Bukan intervensi utama pd Dx. Gangguan pertukaran gas)
- b. Latihan teknik batuk efektif (Bukan intervensi utama pd Dx. Gangguan pertukaran gas)
- c. Manajemen isolasi (Bukan intervensi utama pd Dx. Gangguan pertukaran gas)
- d. Kolaborasi terapi oksigen (intervensi utama Dx: Gangguan pertukaran gas , DO : SO₂: 90 %, PCO₂ 48 mmHg)
- e. Kolaborasi untuk pemberian obat inhalasi (Bukan intervensi utama pd Dx. Gangguan pertukaran gas)

Referensi: Suddarth & Brunner. 2021. Textbook of Medikal Surgical Nursing 15th edition. Wolters Kluwer.

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

**44. B. Gangguan pertukaran gas
*Whezing (+), Ronchi (+) , AGD : PCO₂: 54 Mmhg, PO₂: 115 mmhG, SO₂ 95%.***

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif (DO: data AGD lebih mengarah pada DX prioritas Gangguan pertukaran gas)
- b. Gangguan pertukaran gas (DO : *Whezing (+), Ronchi (+) , AGD : PCO₂: 54 Mmhg, PO₂: 115 mmhG, SO₂ 95%*, merupakan data mayor Dx gangguan pertukaran gas)
- c. Pola napas tidak efektif (DO: data AGD lebih mengarah pada DX prioritas Gangguan pertukaran gas)
- d. Gangguan ventilasi spontan (DO: data AGD lebih mengarah pada DX prioritas Gangguan pertukaran gas)
- e. Resiko gangguan pertukaran gas (sudah terjadi aktual)

Referensi: Suddarth & Brunner. 2021. Textbook of Medikal Surgical Nursing 15th edition. Wolters Kluwer.

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

**45. E. Nyeri akut
Nyeri skala 6 seperti tertusuk-tusuk.**

- a. Nutrisi kurang dari kebutuhan (Data kurang mendukung hanya ada DO: mual, muntah 2 kali)
- b. Defisit volume cairan (Data kurang mendukung hanya ada DO: muntah 2 kali)
- c. Intoleransi aktivitas ((Data kurang mendukung hanya ada DO: lemas)
- d. Hipertermi (suhu masih Normal)

- e. Nyeri akut (Nyeri skala 6 seperti tertusuk-tusuk)

Referensi: Suddarth & Brunner. 2021. Textbook of Medikal Surgical Nursing 15th edition. Wolters Kluwer

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

46. A. Mengajarkan teknik relaksasi
Skala nyeri 5/10 seperti teriris-iris.

- a. Mengajarkan teknik relaksasi (merupakan salah satu intervensi pendukung Dx Nyeri akut yang dilakukan secara mandiri)
- b. Kolaborasi pemberian obat analgesik (intervensi pendukung Dx Nyeri akut tetapi bukan mandiri)
- c. Perawatan kenyamanan (merupakan intervensi pendukung DX. Nyeri Kronis)
- d. Manajemen energi (data tidak mendukung pada Dx Intoleransi aktifitas)
- e. Manajemen Mood (merupakan intervensi pendukung DX. Nyeri Kronis)

Referensi: Suddarth & Brunner. 2021. Textbook of Medikal Surgical Nursing 15th edition. Wolters Kluwer

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

47. B. Latihan batuk efektif
Batuk berlendir dan susah di keluarkan.

- a. Ajarkan Teknik relaksasi (intervensi untuk Dx Nyeri akut tetapi data kurang mendukung)
- b. Ajarkan batuk efektif (Merupakan intervensi utama Dx Bersihan jalan napas tidak efektif)
- c. Pemantauan respirasi (Merupakan intervensi utama Dx Gangguan Pertukaran Gas)
- d. Pemberian terapi oksigen (Merupakan intervensi utama Dx Gangguan Pertukaran Gas)
- e. Pemberian obat inhalasi (Merupakan intervensi utama Dx Gangguan Pertukaran Gas)

Referensi: Suddarth & Brunner. 2021. Textbook of Medikal Surgical Nursing 15th edition. Wolters Kluwer

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

48. A. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial
Keluhan nyeri kepala, bicara pero, wajah asimetris, ekstremitas sinistra atas dan bawah tidak dapat digerakan, TD 190/90mmHg, N:58 x/ menit, P: 30x/menit.

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (DO: TD meningkat, Bradikardia, Pola napas ireguler dan refleks neurologis terganggu)
- b. Risiko disfungsi neurovascular perifer (DO merupakan data minor dan kurang mendukung)
- c. Gangguan mobilitas fisik (DO merupakan data minor dan kurang mendukung)
- d. Intoleransi Aktivitas (DO merupakan data minor dan kurang mendukung)
- e. Disrefleksia otonom (DO merupakan data minor dan kurang mendukung)

Referensi: Suddarth & Brunner. 2021. Textbook of Medikal Surgical Nursing 15th edition. Wolters Kluwer.

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

49. C. Melonggarkan ikatan bidai

Terasa baal serta nadi dorsalis pedis terasa lemah.

- a. tidak bisa mengatasi keluhan kesemutan
- b. kompres hangat untuk meringankan peradangan/demam
- c. mengatasi keluhan nyeri kesemutan
- d. jauh dari jawaban
- e. hanya mengurangi keluhan sementara

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hasil pengkajian.

Referensi: Kneale, Julia D., at.al. Alih bahasa Yudha, Egi dkk (2008). Keperawatan Orto-pedik & Trauma. EGC. Jakarta.

50. B. Pembatasan aktivitas

Hb mengalami kenaikan.

- a. tidak perlu diet, butuh banyak asupan nutrisi
- b. dapat menaikkan Hb
- c. tidak dapat menaikkan Hb
- d. tidak perlu, cukup sekali dirumah sakit
- e. tidak menaikkan Hb

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hasil pengkajian.

Referensi: Brunner & Suddarth (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. EGC: Jakarta.

51. D. Penurunan curah jantung

ST elevasi.

- a. melihat dari hasil pengkajian, tidak hanya dari tanda/gejala

- b. tidak ada kerusakan jaringan
- c. tidak ada pemeriksaan Gas Analisa Darah, keluhan sesak
- d. ada hasil pemeriksaan penunjang ST elevasi sebagai data mayor
- e. pasien tidak ada tanda cemas/khawatir

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hasil pengkajian.

Referensi: Brunner & Suddarth (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. EGC: Jakarta.

52. A. Nyeri akut

Keluhan kepala terasa pusing dan berat.

- a. jelas karena muncul dikeluhan
- b. tidak ada hubungannya dengan keluhan
- c. tidak prioritas
- d. tidak prioritas
- e. tidak prioritas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang keluhan/DS.

Referensi: Brunner & Suddarth (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. EGC: Jakarta.

53. B. Penurunan tekanan darah dengan obat-obatan

Keluhan kepala terasa pusing dan berat TD: 190/100 mmHg.

- a. tidak berhubungan dan berbahaya
- b. menurunkan tekanan darah dan menghilangkan keluhan
- c. akan lama meringankan keluhan
- d. tidak berhubungan
- e. kurang berhubungan dan lama

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hasil pengkajian.

Referensi: Brunner & Suddarth (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. EGC: Jakarta.

54. B. Garam dapat meningkatkan volume cairan intravaskular

Memberikan diet rendah garam.

- a. tidak merangsang konstiksi vaskular
- b. meningkatkan volume cairan intravaskular
- c. tidak dapat merangsang pengeluaran hormon vaskular
- d. tidak dapat meningkatkan ekskresi cairan intravaskular
- e. tidak dapat viskositas cairan intravaskular

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rasional.

Referensi: Brunner & Suddarth (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. EGC: Jakarta.

55. A. Intoleransi aktivitas

Hasil pemeriksaan laboratorium: didapatkan Hb 8 mg/dl (dibawah normal).

- a. karena Hb dibawah normal
- b. tidak ada tanda dan gejala kea rah perfusi jaringan
- c. tidak merusak kulit
- d. tidak mual dan muntah
- e. tidak prioritas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data mayor intoleransi aktifitas di SDKI.

Brunner & Suddarth (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. EGC: Jakarta.

56. C. Iritasi mukosa lambung

Riwayat penyakit dahulu : dia pernah 2 kali masuk rumah sakit dengan gejala yang sama.

- a. menstruasi tidak sampai ke gastritis/radang lambung
- b. tidak ada hubungan tekanan darah rendah dengan nyeri tekan epigastrik
- c. dari tanda dan gejala serta diagnosis medis
- d. buka penyebab buka penyebab tapi merupakan gejala

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian/Riwayat pasien.

Referensi: Brunner & Suddarth (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. EGC: Jakarta.

57. B. Resiko cedera tidak terjadi

Jarak tempat tidur dan kamar mandi yaitu sekitar 8 meter (tidak jauh).

- a. tidak ada tanda-tanda cemas
- b. Jarak tempat tidur dan kamar mandi yaitu sekitar 8 meter.
- c. disoal tidak menyinggung tentang pergerakan
- d. disoal tidak menyinggung tentang informasi
- e. disoal tidak menyinggung tentang personal hygiene pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hasil pengkajian.

Referensi: Brunner & Suddarth (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. EGC. Jakarta. Unit 14 Sensorineural.

58. A. Meninggikan daerah kepala**Pusing dan luka di kepala.**

- a. ada tanda-tanda pusing dan luka di kepala
- b. tidak bisa menghilangkan gejala pasien
- c. disoal tidak menyinggung tentang mobilitas fisik
- d. tidak bisa menghilangkan gejala pasien
- e. tidak ada perdarahan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala pasien.

Referensi: Brunner & Suddarth (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. EGC: Jakarta.

59. D. Status menstruasi**Osteoporosis, pengkajian.**

- a. Pola makan (data pola makan sudah ada pada soal yaitu rutin minum susu)
- b. Riwayat aktifitas (aktifitas tidak ada kaitan sebagai penyebab terjadinya osteoporosis)
- c. Riwayat merokok (merokok juga tidak berkaitan langsung dengan kejadian osteoporosis pada perempuan)
- d. Status menstruasi (pasien yang tidak menstruasi atau menopause akan mudah mengalami osteoporosis karena tidak adanya hormone estrogen sehingga perlu ditanyakan ke pasien untuk memudahkan dalam pengobatan selanjutnya)
- e. Riwayat pekerjaan (pekerjaan tidak ada kaitan secara langsung terhadap kejadian osteoporosis)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang osteoporosis.

Referensi: Black, Joyce M ; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

60. E. Lapang pandang**Pemeriksaan mata, penglihatan.**

- a. Visus (pemeriksaan ini hanya untuk mengetahui gangguan refraksi dan kurang efektif untuk mendeteksi penyakit glaucoma)
- b. Tonometri (pemeriksaan ini sangat tepat untuk pemeriksaan glaucoma namun tidak bisa dilakukan oleh perawat)
- c. Gonioskopi (pemeriksaan untuk melihat sudut drainase cairan bola mata, pemeriksaan dilakukan untuk pasien glaucoma dan dilakukan oleh dokter)
- d. Funduskopi (pemeriksaan untuk melihat saraf mata dan dilakukan oleh dokter)

- e. Lapang pandang (pemeriksaan yang bisa menilai penglihatan tepi pasien yang diduga glaucoma dan bisa dilakukan oleh perawat)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang glaucoma.

Referensi: Black, Joyce M ; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

61. B. Menjelaskan efek samping obat OAT, minum obat.

- a. Menganjurkan banyak minum (dapat membantu mengurangi warna orange pada urin namun tidak menambah pengetahuan pasien tentang efek samping OAT))
- b. Menjelaskan efek samping obat (sangat tepat untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang perubahan warna urine setelah minum OAT adalah efek samping yang tidak perlu dkuatirkan)
- c. Menganjurkan berhenti minum obat (perubahan warna urine pada program terapi TBC bukan merupakan efek samping yang berbahaya sehingga pengobatan tidak harus dihentikan, tetapi bila perlu dikonsulkan kedokter)
- d. Melakukan kolaborasi pemeriksaan urine (perubahan warna urine setelah minum OAT tidak disebabkan adanya darah dalam urine, tetapi pengaruh warna oleh obat sehingga bila diperlukan pemeriksaan urine di laboratorium)
- e. Menganjurkan pasien untuk konsultasi ke dokter (perubahan warna urine merupakan salah satu efek samping obat yang sering terjadi pada pasien yang meminum OAT dan perawat sebaiknya sudah tahu tentang ini dan bisa menjelaskan ke pasien tanpa harus meminta pasien ke dokter.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang TB Paru.

Referensi: Black, Joyce M ; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

62. D. Melakukan latihan rentang gerak pasif. Stroke, hipotropi otot.

- a. Memiringkan pasien ke kiri atau ke kanan tiap 2 jam (tindakan ini lebih efektif untuk mencegah terjadinya luka tekan dibandingkan hipotropi otot)
- b. Mengoles kaki dan tangan pasien dengan lotion. (tindakan ini hanya memberikan kelembaban pada kulit dan tidak dapat untuk mencegah terjadinya hipotropi otot)
- c. Memandikan pasien dengan air hangat (tindakan ini dapat meningkatkan sirkulasi darah karena dilatasi pembuluh darah namun tidak mencegah terjadinya hipotropi otot)

- d. Melakukan latihan rentang gerak pasif. (menggerakkan tangan dan kaki secara pasif dapat melatih otot-otot untuk tetap bergerak dan dapat mencegah terjadinya hipotropi otot)
- e. Memberikan obat pelemas otot (tindakan ini tidak diperlukan untuk pasien dengan kekuatan otot 0 karena tidak ada terjadi ketegangan pada otot)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang stroke dan ROM pasif.

Referensi: Black, Joyce M; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

63. C. Hipervolemia.

Sirosis hepatis, edema.

- a. Pola napas tidak efektif. (data belum cukup untuk menegaskan masalah utama ini, karena kesulitan bernapas akibat dari desakkan cairan dalam rongga abdomen /asites)
- b. Intoleransi aktifitas. (data belum cukup untuk menegaskan masalah ini, tidak ditemukan adanya gangguan ADL)
- c. Hipervolemia. (data sudah cukup mendukung untuk menegaskan masalah keperawatan utama pada kelebihan cairan karena pasien ada edema pitting (+++) dan asites)
- d. Defisit nutrisi (data belum cukup untuk menegaskan masalah ini seperti adanya penurunan BB dan berapa banyak porsi makan yang dihabiskan oleh pasien)
- e. Nausea (data belum cukup untuk menegaskan masalah ini)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang sirosis hepatis dan proses keperawatan.

Referensi: Black, Joyce M ; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

64. A. Memberi jelly pelumas.

Kolelitiasis, NGT.

- a. Memberi jelly pelumas. (berdasarkan SOP pemasangan NGT, tindakan ini dilakukan setelah mengukur panjang selang)
- b. Membersihkan lubang hidung. (berdasarkan SOP pemasangan NGT, tindakan ini dilakukan sebelum mengukur panjang selang)
- c. Meletakkan handuk dibawah kepala pasien. (berdasarkan SOP pemasangan NGT, tindakan ini dilakukan sebelum mengukur panjang selang)
- d. Mengatur kepala pasien dengan posisi ekstensi. (berdasarkan SOP pemasangan NGT, tindakan ini dilakukan sebelum mengukur panjang selang)

- e. Memasukkan selang NGT ke salah satu lubang hidung (berdasarkan SOP pemasangan NGT, tindakan ini dilakukan setelah jelly dioleskan)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Prosedur pemasangan NGT.

Referensi: Black, Joyce M ; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

65. B. Pemasangan infus DHF

- a. Pemberian oksigen (oksigenasi pada pasien belum menunjukkan gangguan kebutuhan oksigen)
- b. Pemasangan infus (tindakan sangat penting dilakukan dengan segera karena kondisi cairan tubuh pasien sudah sangat terganggu dilihat dari TTV dan nilai trombosit dan Ht)
- c. Pemasangan NGT. (tindakan ini belum diperlukan oleh pasien)
- d. Pemberian antipiretik. (pemberian obat demam diperlukan pasien tetapi bukan tindakan prioritas)
- e. Pemberian antiemetik (pemberian obat mual diperlukan pasien tetapi bukan tindakan prioritas)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penyakit DHF.

Referensi: Black, Joyce M ; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

66. A. Bersihan jalan napas tidak efektif. TB aktif, batuk berdarah.

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif (masalah keperawatan ini sangat tepat untuk diangkat karena data yang sudah cukup yaitu pasien mengalami batuk berdarah dan terdengar ronchi pada paru-paru)
- b. Pola napas tidak efektif (data untuk mengangkat masalah ini belum mencukupi)
- c. Gangguan pola tidur (data untuk mengangkat masalah ini belum mencukupi).
- d. Resiko defisit nutrisi. (data untuk mengangkat masalah ini belum mencukupi)
- e. Intoleransi aktivitas (data untuk mengangkat masalah ini belum mencukupi)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang TB Paru.

Referensi: Black, Joyce M ; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

67. E. Risiko perfusi serebral tidak efektif.**Masalah keperawatan utama pada pasien ensefalitis.**

- a. Risiko jatuh (data untuk mengangkat masalah ini belum mencukupi)
- b. Hipertemia. (data untuk mengangkat masalah ini sudah mencukupi namun bukan prioritas)
- c. Gangguan rasa nyaman. (data untuk mengangkat masalah ini belum mencukupi)
- d. Gangguan komunikasi verbal. (data untuk mengangkat masalah ini belum mencukupi)
- e. Risiko perfusi serebral tidak efektif. (data untuk mengangkat masalah mencukupi ditandai adanya gangguan sirkulasi pada cerebral yang mengakibatkan gangguan neurologis seperti kejang-kejang, bicara pelo dan wajah tidak simetris)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang encephalitis.

Referensi: Black, Joyce M ; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

68. A. Nyeri Akut**Kolelitiasis, Nyeri.**

- a. Nyeri Akut (Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien Kolesistitis adalah nyeri hebat pada abdomen kuadran kanan atas yang menjalar ke punggung atau bahu kanan.
- b. Risiko infeksi dapat terjadi apabila duktus sistikus tersumbat oleh batu empedu, kandung empedu akan mengalami distensi dan akhirnya infeksi
- c. Intoleransi aktifitas. Pada sebagian pasien rasa nyeri bukan bersifat kolik melainkan persisten sehingga untuk aktifitas pasien masih dapat dilakukan.
- d. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari kebutuhan tubuh dapat terjadi diakibatkan oleh rasa nyeri ini biasanya disertai mual dan muntah dan bertambah hebat pada makan makanan dengan porsi besar
- e. Kurang Pengetahuan tentang penyakit, diet dan perawatannya biasanya timbul karena ketidakpahaman pasien tentang penyakit yang sedang diderita

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pasien kolelitiasis.

Referensi: Black, Joyce M ; Hawk, Jane H. 2014. Keperawatan Medikal Bedah. Elsevier. Singapura

69. E. Merubah posisi miring kiri dan kanan secara berkala**Belum ada kata kunci yang diberikan oleh penulis**

- a. Mengkaji kondisi luka pasien merupakan tindakan yang dilakukan kepada pasien dengan masalah kelemahan otot sebagai bentuk tindakan awal dalam mendeteksi tanda dekubitus
- b. Melatih range of motion adalah memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi, mengurangi rasa nyeri, mengembalikan kemampuan klien menggerakkan otot melancarkan peredaran darah.
- c. Masase punggung Salah satu teknik memberikan tindakan masase pada punggung dengan usapan secara perlahan
- d. Mengganti popok pasien adalah satu tindakan untuk mencegah terjadinya dekubitus. Namun tindakan ini bukan merupakan tindakan utama yang dilakukan untuk mencegah terjadinya dekubitus
- e. Posisi miring kanan dan miring kiri merupakan posisi yang diberikan pada pasien tirah baring untuk mengurangi tekanan yang terlalu lama dan gaya gesekan pada kulit. selain itu, tindakan ini dilakukan untuk mencegah terbentuknya luka tekan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pencegahan decubitus.

Referensi: Ernawati, N. (2021). Buku Ajar Metodologi Keperawatan Teori Dan Aplikasi Kasus Asuhan Keperawatan. Literasi Nusantara.

Hidayati, R. (2016). Praktik Laboratorium Keperawatan Jilid 2. Penerbit: PT. Gelora Aksara Pratama.

Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(2), 739–751.

Mendri, N. K., & Prayogi, A. S. (2017). Etika Profesi dan Hukum Keperawatan.

PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar diagnosis keperawatan indonesia.

70. D. Mengecek oksigen mengalir ke nasal kanul SPO pemasangan oksigen

- a. Memasukkan kanul di dalam hidung yaitu tindakan pemberian oksigen pada pasien yang dilakukan setelah melakukan pengecekan pada selang bahwa tidak ada kebocoran pada selang oksigen
- b. Melakukan fiksasi selang nasal kanul dilakukan setelah tindakan memasang kanul pada hidung selesai dilakukan.
- c. Mendekarkan oksigen dan humidifier dilakukan Ketika melakukan persiapan alat.
- d. Mengecek oksigen mengalir ke nasal dilakukan setelah menghubungkan selang oksigen ke humidifier
- e. Mengatur kecepatan oksigen dilakukan setelah melakukan fiksasi pada selang oksigen.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Standar Prosedur Operasional Pemasangan Oksigen.

Referensi: Ernawati, N. (2021). Buku Ajar Metodologi Keperawatan Teori Dan Aplikasi Kasus Asuhan Keperawatan. Literasi Nusantara.

Hidayati, R. (2016). Praktik Laboratorium Keperawatan Jilid 2. Penerbit: PT. Gelora Aksara Pratama.

Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(2), 739–751.

Mendri, N. K., & Prayogi, A. S. (2017). Etika Profesi dan Hukum Keperawatan.

PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar diagnosis keperawatan indonesia.

71. A. Lakukan perawatan luka Stroke, pencegahan dekubitus

- Bila mendapat kasus pasien yang memiliki luka dan terdapat pus maka tindakan yang paling utama adalah memberikan perawatan luka agar pasien dapat merasa nyaman dan terhindar dari keluhan nyeri
- Bila pada kasus sudah menunjukkan TTV pasien, maka tindakan ini tidak perlu dilakukan Kembali.
- Memberikan posisi yang nyama adalah salah satu tindakan untuk membantu mengurangi keluhan pasien dan meningkatkan kenyamanan pasien. Namun, pada kasus di atas, hal ini dilakukan bila pasien telah diberikan perawatan luka.
- Teknik relaksasi merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengurangi rasa sakit yang dialami oleh pasien.
- Mengevaluasi kondisi luka dilakukan sebelum dan setelah perawatan luka.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang indikator perawatan luka.

Referensi: Ernawati, N. (2021). Buku Ajar Metodologi Keperawatan Teori Dan Aplikasi Kasus Asuhan Keperawatan. Literasi Nusantara.

Hidayati, R. (2016). Praktik Laboratorium Keperawatan Jilid 2. Penerbit: PT. Gelora Aksara Pratama.

Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(2), 739–751.

Mendri, N. K., & Prayogi, A. S. (2017). Etika Profesi dan Hukum Keperawatan.

PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar diagnosis keperawatan indonesia.

72. B. 2 Glow Coma Scale

- Nilai 1:** *No response* (pasien tidak memberikan respons verbal terhadap rangsangan apapun).
- Nilai 2:** *Sounds* (pasien hanya dapat mengeluarkan suara yang tidak dapat dipahami).
- Nilai 3:** *Words* (pasien memberikan respons tidak sesuai dengan instruksi atau pertanyaan).

- d. **Nilai 4: *Confused*** (pasien bingung atau disorientasi (tidak mengetahui waktu atau tempat mereka berada saat itu, bahkan kadang tak mengenali identitas diri sendiri), namun masih bisa menjawab pertanyaan).
- e. **Nilai 5: *Oriented*** (pasien sadar dan merespons pertanyaan dengan benar).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang nilai GCS.

Referensi: Ernawati, N. (2021). Buku Ajar Metodologi Keperawatan Teori Dan Aplikasi Kasus Asuhan Keperawatan. Literasi Nusantara.

Hidayati, R. (2016). Praktik Laboratorium Keperawatan Jilid 2. Penerbit: PT. Gelora Aksara Pratama.

Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(2), 739–751.

Mendri, N. K., & Prayogi, A. S. (2017). Etika Profesi dan Hukum Keperawatan.

PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar diagnosis keperawatan indonesia.

73. B. Mobilitas Fisik meningkat Fraktur

- a. Pilihan nyeri dikarenakan pada kasus ada nyeri yang dirasakan oleh pasien
- b. Mobilitas fisik meningkat: pilihan ini dimunculkan pada opsi jawaban karena pada kasus terdapat keluhan sulit menggerakkan bagian ekstremitas, penurunan kekuatan otot dan Gerakan terbatas. Pada kondisi keluhan pasien menunjang diagnosis gangguan mobilitas fisik sehingga luaran yang harus dicapai yaitu peningkatan mobilitas fisik.
- c. Toleransi aktivitas meningkat: yang menunjang opsi ini karena adanya keterbatasan aktivitas pasien.
- d. Pola tidur membaik: pada kasus terdapat keluhan pasien sulit tidur namun, kondisi ini tidak kuat untuk menegakkan masalah keperawatan yang harus ditangani.
- e. Kekuatan otot meningkat: hal menunjang karena pada kasus pasien mengalami penurunan kekuatan otot. Namun hal ini disebabkan karena adanya fraktur yang dialami oleh pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang luaran utama pada kasus fraktur.

Referensi: Ernawati, N. (2021). Buku Ajar Metodologi Keperawatan Teori Dan Aplikasi Kasus Asuhan Keperawatan. Literasi Nusantara.

Hidayati, R. (2016). Praktik Laboratorium Keperawatan Jilid 2. Penerbit: PT. Gelora Aksara Pratama.

Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(2), 739–751.

Mendri, N. K., & Prayogi, A. S. (2017). Etika Profesi dan Hukum Keperawatan.

PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar diagnosis keperawatan indonesia.

74. C. Beneficence**Etika keperawatan**

- a. Justice: berlaku adil
- b. Confidential: Bersifat rahasia
- c. Beneficence: Berbuat Baik
- d. Akuntabilitas: Akuntabilitas
- e. Non malficience: Tidak merugikan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Bakri, M. H. (2017) Manajemen Keperawatan konsep dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

75. B. Intoleransi aktivitas

- a. Hypervolemia: peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan intraseluler
- b. Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
- c. Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat
- d. Keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas, dampak gangguan mobilisasi pada pasien stroke yaitu seperti disfungsi neurologi berupa kelemahan pada anggota gerak.
- e. Penurunan curah jantung merupakan suatu keadaan dimana terjadi ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang syarat penentuan diagnosis keperawatan.

Referensi: Ernawati, N. (2021). Buku Ajar Metodologi Keperawatan Teori Dan Aplikasi Kasus Asuhan Keperawatan. Literasi Nusantara.

Hidayati, R. (2016). Praktik Laboratorium Keperawatan Jilid 2. Penerbit: PT. Gelora Aksara Pratama.

Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(2), 739–751.

Mendri, N. K., & Prayogi, A. S. (2017). Etika Profesi dan Hukum Keperawatan.

PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar diagnosis keperawatan indonesia.

76. D. Mengangkat jaringan mati**SPO perawatan luka.**

- a. Mengatasi nyeri
Tujuan mengatasi nyeri dikarena

- b. Menghilangkan bau: karena di kasus terdapat bau pada luka pasien. Namun, kondisi ini dapat teratasi Ketika luka pasien sembuh.
- c. Membersihkan luka: tindakan membersihkan luka sangat penting untuk pasien yang gangrene, namun hal ini tidak akan memberikan solusi bila jaringan mati pada luka tidak diangkat atau bersihkan
- d. Mengangkat jaringan mati: jaringan mati merupakan salah satu hal yang memperburuk luka pasien, sehingga ini harus dibersihkan supaya tidak membuat luka tambah parah.
- e. Mempercepat proses epitalisasi: proses epitalisasi dapat terbentuk dengan baik Ketika jaringan mati pada luka sudah dibersihkan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur perawatan luka.

Referensi: Ernawati, N. (2021). Buku Ajar Metodologi Keperawatan Teori Dan Aplikasi Kasus Asuhan Keperawatan. Literasi Nusantara.

Hidayati, R. (2016). Praktik Laboratorium Keperawatan Jilid 2. Penerbit: PT. Gelora Aksara Pratama.

Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(2), 739–751.

Mendri, N. K., & Prayogi, A. S. (2017). Etika Profesi dan Hukum Keperawatan.

PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar diagnosis keperawatan indonesia.

77. E. Menarik selang kateter sampai benar-benar berada pada batas yang ditentukan.

BPH, SPO pemasangan kateter.

- a. Mencuci tangan adalah tindakan yang wajib dilakukan sebelum melakukan tindakan keperawatan.
- b. Memberikan jeli pada selang kateter dilakukan sebelum memasukkan selang kateter ke uretra.
- c. Memasukkan aquades dengan spuit dilakukan bilamana akan mengembangkan balon kateter.
- d. Fiksasi selang kateter dilakukan Ketika sudah dipastikan bahwa balon kateter mengembang dengan sempurna.
- e. Menarik selang kateter dilakukan Ketika balon kateter telah diisi dengan aquades.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prosedur perawatan luka.

Referensi: Ernawati, N. (2021). Buku Ajar Metodologi Keperawatan Teori Dan Aplikasi Kasus Asuhan Keperawatan. Literasi Nusantara.

Hidayati, R. (2016). Praktik Laboratorium Keperawatan Jilid 2. Penerbit: PT. Gelora Aksara Pratama.

Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. Jurnal Keperawatan Silampari, 3(2), 739–751.

Mendri, N. K., & Prayogi, A. S. (2017). Etika Profesi dan Hukum Keperawatan.

PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar diagnosis keperawatan indonesia.

**LATIHAN SOAL KEPERAWATAN
KOMUNITAS**

SOAL KEPERAWATAN KOMUNITAS

- 1 Hasil pengkajian di sebuah Sekolah Dasar menemukan sebanyak 34% siswa suka jajan sembarangan, tidak mencuci tangan setelah jadwal istirahat dan banyak sampah pada laci meja. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Defisit kesehatan komunitas
 - b. Koping komunitas tidak efektif
 - c. Manajemen kesehatan tidak efektif
 - d. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
 - e. Perilaku kesehatan cenderung beresiko
- 2 Perawat melakukan pengkajian di rumah penderita DM. Sebelum selesai melakukan pengkajian perawat mengatakan akan mengajarkan Klien senam kaki DM, namun pada kunjungan selanjutnya perawat tidak mengajarkannya. Apa prinsip etik yang dilanggar oleh perawat?
 - a. *Justice*
 - b. *Fidelity*
 - c. *Veracity*
 - d. *Accountability*
 - e. *Non maleficence*
- 3 Perawat sedang melakukan perawatan *homecare* pada sebuah rumah. Saat ini perawat sedang melakukan perawatan luka pada klien yang mengalami DM. Setelah melakukan irigasi pada luka, perawat selanjutnya membersihkan luka dengan kassa secara sirkuler. Apa prinsip etik yang diterapkan oleh perawat?
 - a. *Veracity*
 - b. *Autonomi*
 - c. *Beneficience*
 - d. *Accountability*
 - e. *Non maleficence*
- 4 Hasil wawancara antara praktikan mahasiswa dengan perawat penanggung jawab wilayah binaan didapatkan data 25% masyarakat mengalami Rheumatoid arthritis, dan hanya 45% diantaranya yang rutin mengikuti kegiatan posbindu. Apa jenis data yang sedang dikaji oleh mahasiswa?
 - a. Statistik vital
 - b. Inti komunitas
 - c. Persepsi perawat
 - d. Pelayanan kesehatan
 - e. Subsistem komunitas
- 5 Sebuah desa terdapat peningkatan kejadian ISPA yang sampai saat ini belum ada solusi untuk mengatasinya. Perawat bersama anggota masyarakat melakukan identifikasi isu masalah, membuat intervensi, implementasi serta pengembangan jaringan kesehatan untuk mengatasi kasus tersebut. Apa kriteria hasil dari tindakan ini?

- a. Pencapaian pengendalian kesehatan
 - b. Kemampuan peningkatan kesehatan
 - c. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat
 - d. Ketersediaan program promosi kesehatan
 - e. Mampu melakukan tindakan untuk mengurangi faktor risiko
- 6 Perawat melakukan kunjungan rumah penderita DM. Klien adalah seorang wanita (47 tahun) dengan ulkus diabetikum pada kaki sebelah kanan. Saat ini, perawat sedang melakukan perawatan ulkus diabetikum. Apa peran perawat tersebut?
- a. Konselor
 - b. Edukator
 - c. Advokator
 - d. Kolaborator
 - e. Pelaksana Asuhan Keperawatan
- 7 Perawat melakukan penyuluhan kesehatan tentang diet DM dan demonstrasi senam kaki diabetik pada kelompok penderita DM. Kegiatan ini bertujuan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut akibat penyakit DM. Apa level pencegahan tersebut?
- a. Primer
 - b. Sekunder
 - c. Tersier
 - d. Tindakan kuratif
 - e. Pendidikan Kesehatan
- 8 Data Puskesmas menunjukkan sebanyak 75% lansia menderita Gout Arthritis. Perawat merencanakan melakukan penyuluhan kesehatan tentang diet Gout Arthritis. Apa diet yang harus dilakukan oleh penderita pada kasus tersebut?
- a. Diet rendah purin
 - b. Tempe, kol, bayam
 - c. Singkong, jagung, sagu
 - d. Kacang-kacangan seperti produk kedelai, kacang tanah, kacang hijau, dan melinjo
 - e. Diet rendah garam
- 9 Hasil pengkajian remaja suatu wilayah didapatkan sebanyak 65% dari 300 remaja kurang produktif dalam memanfaatkan waktu luang, 50% remaja merokok, 35% remaja pernah mengonsumsi alkohol, 45% bermain *game online* dan hanya 15% saja remaja yang terlibat dalam kegiatan keagamaan dan karang taruna. Apa masalah keperawatan tersebut?
- a. Defisit kesehatan komunitas
 - b. Koping komunitas tidak efektif
 - c. Manajemen kesehatan tidak efektif
 - d. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif
 - e. Perilaku kesehatan cenderung beresiko

10. Hasil pengkajian pada kelompok lansia ditemukan sebanyak 35% lansia memiliki kebiasaan suka mengonsumsi makanan bersantan, 55% merebus sayur sampai terlalu matang, serta 35% suka makan jeroan dan emping. Perawat bermaksud memberikan penyuluhan kesehatan pada kelompok tersebut. Apa topik pendidikan kesehatan yang tepat?
- Diet bagi lansia
 - Cara makan yang sehat
 - Makanan sehat bagi lansia
 - Jenis makanan gizi seimbang
 - Cara pengolahan makanan yang sehat
11. Hasil pengkajian perawat komunitas didapatkan 1 bulan terakhir kejadian Covid-19 mencapai 15 orang, 40% dengan keluhan batuk, pilek, demam, 10% mengatakan tidak dapat mengecap rasa. Perawat bermaksud melakukan kunjungan rumah untuk melakukan pencegahan Sekunder di masyarakat. Tindakan apa yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- Rehabilitasi klien
 - Promosi kesehatan
 - Proteksi kesehatan
 - Pendidikan Kesehatan
 - Screening* anggota keluarga
12. Perawat komunitas melakukan pemeriksaan kesehatan di sebuah Posyandu hasilnya 24 ibu hamil mengalami Status Gizi Kurang. Mereka mengaku belum pernah mengonsumsi tablet Fe selama kehamilan dan 17 diantaranya memiliki Hb rendah. Perawat akan menerapkan peran sebagai *Caregiver* untuk pemecahan masalah tersebut. Tindakan apa yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- Penkes Nutrisi ibu hamil
 - Anjuran untuk ANC Berkala
 - Membuka konsultasi kehamilan
 - Monitor status gizi ibu hamil secara berkala
 - Memberikan PMT dan tablet Fe pada ibu hamil
13. Perawat telah melakukan implementasi pada 24 ibu hamil yang mengalami status gizi kurang pada sebuah desa, dan saat ini hanya tersisa 8 ibu hamil masih berada pada masalah tersebut. Perawat akan menerapkan pencegahan Tersier pada ibu yang telah mengalami peningkatan gizi. Tindakan apa yang tepat dilakukan pada kasus tersebut?
- Rehabilitasi klien
 - Proteksi kesehatan
 - Promosi kesehatan
 - Pemberian PMT dan Fe
 - Screening* anggota keluarga
14. Perawat Puskesmas akan menyusun program kesehatan bagi lansia. Sebelum menentukan program tersebut, perawat membutuhkan data terkait partisipasi

- lansia di Posyandu dan masalah kesehatan yang dialami lansia di wilayah kerjanya. Apa metode pengkajian yang tepat digunakan pada kasus tersebut?
- Interview*
 - Archival Data*
 - Wishield Survey*
 - Study Literature*
 - Participant Observation*
15. Perawat komunitas akan melakukan pengkajian di sebuah desa dengan berkeliling desa dan memotret untuk menggambarkan kondisi lingkungan dan aktivitas masyarakat secara visual. Apa metode pengkajian yang digunakan oleh perawat pada kasus tersebut?
- Interview*
 - Archival Data*
 - Wishield Survey*
 - Study Literature*
 - Participant Observation*
16. Perawat Puskesmas melakukan pengkajian di sebuah desa, hasilnya terjadi peningkatan kasus Covid-19 sebesar 30%. Saat ini terdapat 5 warga yang dirawat di Rumah Sakit dengan diagnosis Covid-19. Selain itu, terdapat 12 KK yang menjalani isolasi mandiri dan 8 KK mengaku memiliki tanda dan gejala mirip Covid 19 seperti: batuk, pilek, demam dan kehilangan indra perasa. Apa Diagnosis keperawatan komunitas yang tepat pada kasus tersebut?
- Defisiensi kesehatan komunitas
 - Ketidakefektifan perilaku kesehatan
 - Perilaku kesehatan cenderung beresiko
 - Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
 - Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan
17. Perawat Komunitas melakukan pengkajian di sebuah desa dan menghimbau agar masyarakat memakai masker terutama saat berada diluar rumah meskipun belum ada warga yang mengalami Covid-19. Hasil pengkajian sebanyak 34% warga masih enggan memakai masker karena merasa pengab, dan merasa masih sehat. 25% masyarakat masih sering berkerumun dan 55% warga menolak Screening / PCR. Apa diagnosis keperawatan komunitas pada kasus tersebut?
- Defisiensi kesehatan
 - Penurunan derajat kesehatan
 - Perilaku kesehatan cenderung berisiko
 - Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
 - Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan
18. Perawat Puskesmas melakukan pengkajian di sebuah desa, hasilnya ditemukan peningkatan TB-Paru sebesar 12 kasus. warga merasakan adanya gejala penyakit seperti batuk lama dan berdahak. 43% KK memiliki kebiasaan tidak membuka jendela sehingga rumah pencahayaan gelap dan ventilasi kurang. Data lain

menunjukkan sebanyak 12% penderita mengalami putus obat. Apa diagnosis keperawatan komunitas yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Defisiensi kesehatan
- b. Penurunan derajat kesehatan
- c. Perilaku kesehatan cenderung berisiko
- d. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
- e. Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan

19. Perawat Puskesmas akan melakukan penkes tentang HIV-AIDS dengan menggunakan media Video. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan edukasi agar masyarakat terhindar dari penularan HIV-AIDS. Perawat akan menerapkan prinsip *Confidentiality* dalam kegiatan tersebut. Apa bentuk kegiatan yang tepat dilakukan perawat pada kasus tersebut?

- a. Menampilkan video apa adanya
- b. Tetap menampilkan video secara utuh untuk edukasi
- c. Tidak menyebut nama dan menyamarkan wajah dalam video
- d. Tidak membedakan hak penderita HIV-AIDS dimasyarakat
- e. Menyajikan video karena dianggap tidak merugikan pasien HIV-AIDS

20. Perawat Puskesmas akan membuat rekapitulasi laporan hasil *screening* penularan HIV-AIDS pada wilayah kerjanya. Pada saat rekapitulasi data, perawat masih menampilkan nama-nama penderita HIV-AIDS dan alamat untuk identitas klien. Apa prinsip etik yang dilanggar oleh perawat pada kasus tersebut?

- a. *Fidelity*
- b. *Justice*
- c. *Beneficence*
- d. *Confidentiality*
- e. *Non-maleficence*

**PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN
KOMUNITAS**

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN KOMUNITAS

1. E. Perilaku kesehatan cenderung beresiko

- **34% siswa suka jajan sembarangan**
- **Tidak mencuci tangan setelah jadwal istirahat**
- **Banyak sampah pada laci meja**

Perilaku Kesehatan Cenderung Beresiko merupakan hambatan kemampuan dalam mengubah gaya hidup/ perilaku untuk memperbaiki status kesehatan. Pada kasus perilaku cenderung beresiko ditandai dengan banyaknya anak yang jajan sembarangan, tidak mencuci tangan setelah jam istirahat serta banyak sampah pada laci namun belum terjadi masalah kesehatan. Hal ini menjadikan permasalahan tersebut berada pada posisi perilaku kesehatan cenderung beresiko.

- a. *Defisit komunitas* tidak tepat karena pada kasus tidak menjelaskan terjadinya banyak masalah kesehatan / sudah terjadi lebih dari satu masalah kesehatan
- b. *Koping komunitas tidak efektif* tidak tepat karena pada kasus belum terjadinya masalah dan tidak dijelaskan mekanisme koping yang sudah dilakukan.
- c. *Manajemen kesehatan tidak efektif* tidak tepat karena karena tidak ada data pendukung seperti: klien mengalami kesulitan dalam pengobatan
- d. *Pemeliharaan kesehatan tidak efektif* tidak tepat karena tidak ada data yang menunjukkan adanya gejala penyakit / adanya masalah kesehatan yang dialami oleh siswa.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep diagnosis keperawatan komunitas. Pelajari tentang definisi dan bukti penunjang diagnosis.

Referensi: Effendi, F. & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas (Teori dan Praktek Keperawatan)*. Jakarta: Salemba Medika.

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

2. B. Fidelity

- **Perawat melakukan pengkajian di rumah penderita DM**
- **Perawat mengatakan akan mengajarkan senam kaki DM namun pada kunjungan selanjutnya tidak mengajarkannya**

Menurut data diatas prinsip etik yang dilanggar oleh perawat adalah "*fidelity*". *Fidelity* adalah prinsip yang menekankan pada kesetiaan pada komitmen yang dibuat, menepati janji, menyimpan rahasia, caring terhadap kline / keluarga. Perawat telah berjanji untuk melatih senam DM namun diingkari merupakan bukti bahwa perawat telah mengingkari komitmen dengan klien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik.

Clemen-Stone, S., McGuire, S.L., Eigsti, D.G. (2002). *Comprehensive Community Health Nursing: Family, Aggregates, and Community Practice*. St. Louis: Mosby.

3. D. *Accountability*

- **Perawat melakukan homecare dengan perawatan luka**
- **Perawat melakukan irigasi luka dengan kassa secara sirkuler**

Accountability merupakan aspek legal perawat untuk bertanggung jawab secara profesional dan legal terhadap jenis dan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Pada kasus aspek ini ditunjukkan dengan perilaku perawat yang melakukan pemberian asuhan keperawatan melalui tindakan perawatan luka.

Opsi *veracity* **Tidak Tepat** karena prinsip ini perawat harus menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif.

Opsi *autonomi* **Tidak Tepat** karena dalam prinsip ini perawat harus menghargai pendapat dan hak pasien.

Opsi *beneficence* **Tidak Tepat** karena prinsip etik ketika perawat harus berbuat baik dan melakukan tindakan untuk kebaikan pasien.

Opsi *non maleficence* **Tidak Tepat** karena prinsip ini menjelaskan bahwa segala tindakan yang dilakukan pada klien tidak menimbulkan bahaya baik fisik ataupun psikologis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik.

Referensi: Clemen-Stone, S., McGuire, S.L., Eigsti, D.G. (2002). *Comprehensive Community Health Nursing: Family, Aggregates, and Community Practice*. St. Louis: Mosby.

4. C. Persepsi perawat

- **Hasil wawancara antara praktikan mahasiswa dengan perawat PJ wilayah binaan**
- **25% masyarakat mengalami Rheumatoid arthritis, dan**
- **Hanya 45% diantaranya yang rutin mengikuti kegiatan posbindu**

Data persepsi perawat merupakan pernyataan umum tentang kondisi kesehatan dari masyarakat, dapat berupa masalah potensial yang dapat diidentifikasi dan apa yang menjadi kekuatan dari kondisi kesehatan masyarakat tersebut.

Opsi lain:

- a. *data statistik vital* tidak tepat karena pada data statistik vital data yang dijabarkan adalah angka kelahiran atau kematian
- b. *data inti komunitas* tidak tepat karena tidak disebutkan data tentang sejarah, demografi, statistik vital maupun agama di dalam soal
- c. *data pelayanan kesehatan* tidak tepat karena pada data pelayanan kesehatan yang dikaji adalah jenis pelayanan kesehatan yang ada di wilayah seperti Rumah sakit, puskesmas dll
- d. *data subsistem komunitas* tidak tepat karena tidak ada data terkait lingkungan fisik, pelayanan kesehatan, ekonomi, politik dll

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data pengkajian dalam komunitas.

Referensi: Effendi, F. & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas (Teori dan Praktek Keperawatan)*. Jakarta: Salemba Medika.

5. D. Ketersediaan program Promosi Kesehatan

- Terdapat peningkatan kejadian ISPA yang sampai saat ini belum ada solusi mengatasi masalah
- Perawat bersama anggota masyarakat melakukan identifikasi masalah, membuat intervensi, melakukan implementasi serta melakukan pengembangan jaringan agar masalah ini teratasi.

Dx dari kasus diatas adalah *defisit kesehatan komunitas* dimana terdapat masalah kesehatan atau faktor resiko yang mengganggu kesejahteraan pada suatu kelompok.

Dari intervensi yang dibuat diharapkan terciptanya peningkatan status kesehatan komunitas, dengan beberapa kriteria hasil:

- a. Tersedianya program promosi kesehatan meningkat
- b. Tersedia program proteksi kesehatan meningkat
- c. Partisipasi dlm program kes juga meningkat
- d. Keikutsertaan dalam asuransi/jaminan kes meningkat
- e. Kepatuhan thd standar kesehatan lingkungan meningkat
- f. Pemantauan standar kesehatan komunitas meningkat

Kesimpulan

Yang merupakan kriteria hasil dari intervensi adalah **"ketersediaan program promosi"**

Kalau opsi lain:

- *Mampu melakukan tindakan untuk mengurangi resiko* tidak tepat karena merupakan salah satu kriteria hasil untuk manajemen kesehatan tidak efektif
- *Pencapaian pengendalian kesehatan* tidak tepat karena merupakan salah satu kriteria hasil untuk kesiapan peningkatan manajemen kesehatan
- *Menunjukkan pemahaman perilaku sehat* tidak tepat karena merupakan salah satu kriteria hasil untuk pemeliharaan kesehatan tidak efektif

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis dan renpra keperawatan komunitas.

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

6. E. Pelaksana Asuhan Keperawatan

- Perawat melakukan kunjungan rumah penderita DM.
- Terdapat ulkus diabetikum pada kaki sebelah kanan.
- Perawat melakukan perawatan ulkus diabetikum

Berdasarkan kata kunci maka jawaban yang tepat adalah pelaksana asuhan keperawatan karena memberikan pelayanan secara langsung kepada komunitas sesuai dengan kebutuhan komunitas atau keluarga

Kalau opsi lain:

- *Konselor* tidak tepat karena perawat konselor membutuhkan keterampilan khusus, yakni perawat tersebut haruslah orang yang lebih memahami (expert) di bidang keahliannya, dapat dipercaya untuk membantu komunitas atau keluarga dan mengembangkan coping yang konstruktif dalam penyelesaian masalah
- *Edukator* tidak tepat karena menuntut perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik di rumah, puskesmas, dan pusat pelayanan kesehatan lain secara terorganisir dalam rangka menanamkan perilaku sehat, sehingga terjadi perubahan perilaku seperti yang diharapkan dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal.
- *Advokator* tidak tepat karena peran advocator adalah pembela hak-hak klien termasuk didalamnya peningkatan apa yang terbaik untuk klien, memastikan kebutuhan klien terpenuhi, dan melindungi hak-hak klien.
- *Kolaborator* tidak tepat karena kolaborator ini sama dengan case manager yang menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep peran perawat komunitas.

Referensi: Clemen-Stone, S., McGuire, S.L., Eigsti, D.G. (2002). *Comprehensive Community Health Nursing: Family, Aggregates, and Community Practice*. St. Louis: Mosby.

7. C. Tersier

- **Perawat melakukan penyuluhan kesehatan tentang diet DM dan demonstrasi senam kaki diabetic**
- **Tujuan penyuluhan untuk mencegah komplikasi**

Berdasarkan kata kunci maka upaya pencegahan kesehatan yang dilakukan oleh perawat adalah pencegahan tersier

Menurut Leavel dan Clark, Tingkat pencegahan dalam keperawatan komunitas dapat dilakukan pada tahap sebelum terjadinya penyakit (*prepathogenesis phase*) dan pada tahap terjadinya penyakit (*pathogenesis phase*).

- 1 (*Prepathogenesis phase*) pada tahap ini dapat digunakan melalui kegiatan *primer prevention* atau pencegahan primer, yang ditujukan bagi orang-orang yang termasuk kelompok resiko tinggi yang belum menderita tetapi berpotensi untuk menderita, contoh: memberikan promosi kesehatan.
- 2 (*Pathogenesis phase*) pada tahap ini dilakukan dengan dua kegiatan pencegahan, yakni pencegahan sekunder dan pencegahan tersier.
 - a. Pencegahan sekunder adalah pencegahan terhadap masyarakat yang masih sedang sakit dengan tujuan untuk mencegah dan

- menghambat timbulnya penyulit, misal: penemuan kasus secara dini, pemeriksaan kesehatan, skrining, dan pengobatan yang adekuat
- Pencegahan tersier adalah pencegahan terhadap masyarakat yang telah sembuh serta mengalami kecacatan, tujuannya untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut dan merehabilitasi pasien sedini mungkin sebelum kecacatan tersebut menetap.

Opsi lain:

- Primer* tidak tepat karena pencegahan primer untuk kelompok yang sehat, dan beresiko mengalami sakit. Sedangkan pada kasus sudah terjadi sakit
- sekunder* tidak tepat karena dalam kasus tidak menyebutkan tindakan pengobatan pada pasien
- tindakan kuratif* tidak tepat karena dalam kasus perawat melakukan pendidikan kesehatan bukan tindakan pengobatan
- pendidikan kesehatan* tidak tepat karena penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku ke perilakuhidup sehat. Pemberian pendidikan kesehatan pada kasus diatas mengarah pada penkes untuk pasien yang sudah mengalami sakit

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tingkatan pencegahan dalam keperawatan komunitas.

Referensi: Effendi, F. & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas (Teori dan Praktek Keperawatan)*. Jakarta: Salemba Medika.

8. A. Diet rendah purin

Data 75% lansia di desa Jaya menderita Gout Arthritis. Perawat merencanakan akan melakukan penyuluhan tentang diet untuk penderita Gout Arthritis.

Jenis makanan kaya purin adalah makanan yang bersumber dari protein hewani, contoh: daging sapi, kambing, seafood, dll, Berdasarkan kata kunci maka diet yang harus dilakukan adalah diet rendah purin

Opsi lain:

- diet rendah garam* tidak tepat karena diet jenis ini lebih tepat untuk penderita hipertensi dan stroke
- diet rendah lemak* tidak tepat karena diet jenis ini lebih tepat untuk penderita hipertensi dan stroke
- singkong, jagung, sagu* tidak tepat karena merupakan makanan yang mengandung karbohidrat
- kacang-kacangan seperti produk kedelai, kacang tanah, kacang hijau, melinjo* tidak tepat karena makanan yang mengandung purin tinggi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep gout arthritis.

Referensi: Effendi, F. & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas (Teori dan Praktek Keperawatan)*. Jakarta: Salemba Medika.

9. E. Perilaku kesehatan cenderung beresiko

Banyak data tentang kesehatan remaja seperti 65% remaja kurang produktif dalam memanfaatkan waktu luang, 50% remaja merokok, 35% remaja pernah mengonsumsi alkohol, 45% bermain *game online* dan hanya 15% saja remaja yang terlibat dalam kegiatan keagamaan dan karang taruna.

Berdasarkan kata kunci maka diagnosis yang tepat adalah perilaku kesehatan cenderung beresiko

Perilaku kesehatan cenderung beresiko merupakan hambatan kemampuan dalam mengubah gaya hidup atau perilaku untuk memperbaiki status kesehatan. Penyebabnya kurang terpapar informasi, ketidakadekuatan dukungan sosial, self efficacy yang rendah, stressor berlebihan, pemilihan gaya hidup yang tidak sehat, misal: merokok, konsumsi alkohol berlebihan.

Opsi lain:

- 1 *Defisit kesehatan komunitas* tidak tepat karena pada masalah ini terdapat masalah kesehatan atau faktor resiko yang dapat mengganggu kesejahteraan pada suatu kelompok yang disebabkan karena adanya hambatan akses ke pemberi pelayanan, keterbatasan sumber daya, program tidak mengatasi seluruh masalah kesehatan komunitas. Sedangkan pada soal fokusnya pada perilaku yang dapat menyebabkan perubahan status kesehatan.
- 2 *Koping komunitas tidak efektif* tidak tepat karena koping komunitas tidak efektif adalah pola adaptasi aktivitas komunitas dan penyelesaian masalah yang tidak memuaskan untuk memenuhi tuntutan atau kebutuhan masyarakat. Pada soal fokusnya pada perilaku yang dapat menyebabkan perubahan status kesehatan.
- 3 *Manajemen kesehatan tidak efektif* tidak tepat karena masalah ini adalah pola pengaturan dan pengintegrasian penanganan masalah kesehatan kedalam kebiasaan hidup sehari-hari tidak memuaskan untuk mencapai status yang diharapkan. Manajemen kesehatan tidak efektif ditandai dengan mengungkapkan kesulitan menjalani program, gagal menerapkan program perawatan. Sedangkan pada soal fokusnya pada perilaku yang dapat menyebabkan perubahan status kesehatan.
- 4 *Pemeliharaan kesehatan tidak efektif* tidak tepat karena masalah ini adalah ketidakmampuan mengidentifikasi, mengelola dan atau menemukan bantuan untuk mempertahankan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan tidak efektif ditandai dengan gejala dan tanda mayor, seperti: kurang menunjukkan pemahaman tentang perilaku sehat, tidak mampu menjalankan perilaku sehat. Tanda gejala minor seperti: memiliki riwayat perilaku mencari bantuan kesehatan yang kurang. Sedangkan pada soal fokusnya pada perilaku yang dapat menyebabkan perubahan status kesehatan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep *community diagnosis*.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnosis. Jakarta: DPP PPNI.

10. C. Makanan sehat bagi lansia

Sebanyak 35% lansia memiliki kebiasaan suka mengonsumsi makanan bersantan, 55% merebus sayur sampai terlalu matang, serta 35% suka makan jeroan dan emping.

Berdasarkan kata kunci diketahui bahwa sekelompok keluarga memiliki kebiasaan pola hidup tidak sehat terutama dalam hal pemenuhan makanan yang sehat bagi keluarganya. Agar makanan dapat berfungsi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan tubuh tentu makanan tersebut harus memenuhi gizi seimbang, diolah dengan cara yang tepat agar nutrisi yang terkandung di dalam makanan tersebut tidak hilang.

Berdasarkan data tersebut maka topik pendidikan kesehatan yang tepat diberikan adalah makanan sehat bagi keluarga.

Opsi lain:

- 1 *Diet bagi lansia* tidak tepat karena pada kasus yang mengalami masalah bukan spesifik pada lansia namun seluruh anggota keluarga
- 2 *Cara makan yang sehat* tidak tepat karena pada kasus tidak terdapat masalah dalam hal cara makan.
- 3 *Jenis makanan gizi seimbang* tidak tepat karena mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang saja jika cara mengolah makanannya tidak tepat.
- 4 *Cara pengolahan makanan yang sehat* tidak tepat karena pada kasus yang bermasalah bukan hanya pada cara pengolahan makanan saja melainkan terdapat masalah suka mengonsumsi makanan yang berlebihan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep promosi kesehatan dalam komunitas.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnosis. Jakarta: DPP PPNI.

11. E. Screening anggota keluarga

Terdapat 15 orang positif covid-19 dan 40% warga mengalami gejala covid-19. Perawat akan melakukan homevisit untuk melaksanakan pencegahan sekunder.

Level Pencegahan ada 3

1. Pencegahan Primer: Sebelum ada Stresor / Masalah. Tindakannya berupa upaya preventif dengan Promosi kesehatan dan Proteksi Kesehatan
2. Pencegahan Sekunder: Saat ada stressor / masalah. Tindakannya berupa *screening* / deteksi dini, pemeriksaan kesehatan, pengobatan, perawatan dan pencegahan kecacatan.
Pencegahan Tersier: Setelah ada stressor / masalah. Tindakannya berupa pendidikan kesehatan dan rehabilitasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang level pencegahan masalah dalam keperawatan komunitas.

Referensi: Dermawan, D. 2012. Buku Ajar Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Gosyen Publishing
Effendy, N. 2015. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

12. E. Memberikan PMT dan tablet Fe pada ibu hamil

24 ibu hamil mengalami Status Gizi Kurang. belum pernah mengkonsumsi tablet Fe selama kehamilan dan 17 diantaranya memiliki Hb rendah. Perawat akan menerapkan peran sebagai *Caregiver* untuk pemecahan masalah.

Caregiver adalah peran sebagai pemberi layanan Kesehatan. Pada kasus masalah yang muncul adalah 24 ibu hamil memiliki masalah gizi kurang dan 17% diantaranya memiliki Hb rendah. Data lain disebutkan bahwa ibu hamil belum pernah mendapatkan tablet Fe selama kehamilan yang mungkin menjadi salah satu faktor terjadinya masalah

Peran pemberi layanan yang dapat diterapkan oleh perawat komunitas adalah dengan memberikan makanan pendamping (PMT ibu hamil) dan pembagian tablet Fe.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep jenis-jenis peran perawat komunitas.

Referensi: Dermawan, D. 2012. Buku Ajar Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Gosyen Publishing
Ayu, K. 2013. Asuhan Keperawatan Komunitas. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

13. A. Rehabilitasi Klien

Pencegahan Tersier, telah selesai dari masalah Gizi kurang (pendidikan agar mencegah gizi kurang terjadi kembali).

Level Pencegahan ada 3

1. Pencegahan Primer: Sebelum ada Stresor / Masalah. Tindakannya berupa Promosi kesehatan dan Proteksi Kesehatan
2. Pencegahan Sekunder: Saat ada stressor / masalah. Tindakannya berupa screening / deteksi dini, pemeriksaan kesehatan, pengobatan, perawatan dan pencegahan kecacatan.
3. Pencegahan Tersier: Setelah ada stressor / masalah. Tindakannya berupa pendidikan kesehatan dan rehabilitasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang level pencegahan masalah.
Referensi: Dermawan, D. 2012. Buku Ajar Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Gosyen Publishing
Effendy, N. 2015. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

14. B. Archival Data

Perawat Puskesmas membutuhkan data terkait partisipasi lansia di posyandu dan data masalah kesehatan lansia.

Archival Data adalah metode pengambilan data melalui pengumpulan data sekunder berupa rekapitulasi data / kasus / laporan audit dari instansi tertentu. Pada kasus ini, *archival data* ditunjukkan dengan data keaktifan lansia di Posyandu dan data masalah kesehatan lansia.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Teknik / metode pengumpulan data dalam keperawatan komunitas

Referensi: Dermawan, D. 2012. Buku Ajar Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Gosyen Publishing

Effendy, N. 2015. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Ayu, K. 2013. Asuhan Keperawatan Komunitas. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

15. C. Winshield Survei

Pengkajian di sebuah desa dengan berkeliling desa dan memotret untuk menggambarkan kondisi lingkungan dan aktivitas masyarakat secara visual.

Winshield survey sering merupakan metode pengumpulan data dengan cara mensurvey atau berkeliling dan melakukan pemotretan terhadap wilayah desa, aktivitas masyarakat, fasilitas umum dan lainnya dengan tujuan untuk memberikan gambaran awal secara riil melalui gambar / visual.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Teknik / metode pengumpulan data dalam keperawatan komunitas.

Referensi: Dermawan, D. 2012. Buku Ajar Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Gosyen Publishing

Effendy, N. 2015. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Ayu, K. 2013. Asuhan Keperawatan Komunitas. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

16. A. Defisiensi Kesehatan komunitas

Hasil pengkajian terdapat lebih dari 1 masalah aktual. 30% peningkatan Covid-19, 12 KK menjalani isolasi mandiri dan 8 KK memiliki gejala Covid-19.

Defisiensi Kesehatan komunitas ditandai dengan adanya lebih dari 1 masalah Kesehatan yang bersifat aktual. Pada kasus ditunjukkan ada 5 warga yang dirawat di Rumah Sakit dengan diagnosis Covid-19, 12 KK yang menjalani isolasi mandiri dan 8 KK mengaku memiliki tanda dan gejala mirip Covid seperti: batuk, pilek, demam dan kehilangan indra perasa.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan komunitas

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

17. C. Perilaku kesehatan cenderung berisiko

Belum ada masalah Covid-19, sebanyak 34% warga masih enggan memakai masker karena merasa pengab, dan merasa masih sehat. 25% masyarakat masih sering berkerumun dan 55% warga menolak *Screening* / PCR

Perilaku kesehatan cenderung berisiko ditandai dengan adanya perilaku maladaptif oleh warga, namun belum terjadi masalah kesehatan. Perilaku ini ditunjukkan dengan adanya masyarakat yang menolak screening, masih berkerumun, tidak mau memakai masker serta mengaku masih sehat. Pada kasus juga tidak disebutkan adanya kasus Covid-19 sehingga masalah kesehatan dianggap belum terjadi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan komunitas.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

18. A. Defisiensi Kesehatan

Terdapat lebih dari 1 masalah yang bersifat aktual. 12 kasus TB, warga memiliki gejala TB, 43% KK tidak membuka jendela, dan 12% penderita putus obat.

Defisiensi Kesehatan komunitas ditandai dengan adanya lebih dari 1 masalah Kesehatan yang bersifat aktual. Pada kasus perawat menggambarkan kondisi aktual yang dirasakan langsung oleh seluruh masyarakat sehingga akan berdampak pada komunitas secara keseluruhan dengan adanya kasus TB paru dan lebih dari separo warga bergejala TB-paru.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan komunitas.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

19. C. Tidak menyebut nama dan menyamarkan wajah dalam video

Perawat melakukan penkes tentang HIV-AIDS dengan menggunakan media video dan menerapkan prinsip *confidentiality* pada saat pemutaran video.

Confidentiality adalah salah satu aspek legal perawat dimana perawat berupaya untuk menjaga kerahasiaan / privasi termasuk kerahasiaan identitas klien dan keluarga. Prinsip ini bertujuan untuk melindungi hak-hak klien sebagai responden / subjek.

Tindakan tidak menyebutkan nama atau menyamarkan wajah penderita HIV-AIDS pada video merupakan bukti bahwa perawat menjaga privasi klien yang merupakan wujud dari pelaksanaan aspek etik perawat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik dan legal perawat.

Referensi: Dermawan, D. 2012. Buku Ajar Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Gosyen Publishing

Effendy, N. 2015. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

20. D. *Confidentiality*

Perawat masih menampilkan nama-nama penderita HIV-AIDS dan alamat untuk identitas klien.

Confidentiality (kerahasiaan) Menjaga informasi pribadi pasien, dokumentasi terkait klien hanya bisa digunakan untuk kepentingan pengobatan, diskusi tentang klien diluar area pelayanan kesehatan harus di hindari.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang 8 prinsip etik dan legal.

Referensi: Dermawan, D. 2012. Buku Ajar Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Gosyen Publishing

Effendy, N. 2015. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

LATIHAN SOAL
MANAJEMEN KEPERAWATAN

SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN

1. Perawat dinas siang melakukan komunikasi dengan dokter penanggungjawab pasien melalui telepon. Perawat menyampaikan bahwa pasien dengan keluhan nyeri hebat di area abdomen dan nyeri tersebut hilang timbul. Perawat juga menyampaikan hasil pemeriksaan penunjang berupa USG. Apa tahapan komunikasi SBAR yang tergambar pada kasus tersebut?
 - a. *Situation*
 - b. *Assessment*
 - c. *Background*
 - d. *Identification*
 - e. *Recommendation*
2. Kepada klien kelolaan, tindakan keperawatan yang diberikan adalah pemberian obat dengan injeksi, pasang cairan infus, dan mengobservasi balance cairan ketat. Apa kategori tingkat ketergantungan klien pada kasus tersebut?
 - a. *Intermediate care*
 - b. *Minimal care*
 - c. *Parsial care*
 - d. *Self care*
 - e. *Total care.*
3. Seorang keluarga pasien melapor pada perawat bahwa cairan infusnya sudah habis. Namun karena perawat sedang mengerjakan sesuatu dia menyuruh keluarga pasien tersebut menunggu saja di kamar. Sekitar 30 menit ditunggu perawat belum datang, akhirnya disusul kembali. Ternyata perawat tersebut lupa. Saat di lihat ternyata cairan sudah habis dan udara sudah masuk ke pembuluh darah pasien. Apa prinsip etik yang dilanggar oleh perawat tersebut?
 - a. *Justice*
 - b. *Fidelity*
 - c. *Autonomy*
 - d. *Beneficience*
 - e. *Non Maleficience*
4. Pada saat pengkajian diruang rawat inap penyakit dalam di rumah sakit ditemukan data, kepala ruangan sangat dominan dalam setiap pengambilan keputusan dan setiap kebijakan, peraturan, dan prosedur diruangan berdasarkan dari idenya sendiri. Apa gaya kepemimpinan yang diterapkan oleh kepala ruangan tersebut?
 - a. *Transformasional*
 - b. *Demokratic*
 - c. *Laisess faire*
 - d. Partisipatif
 - e. *Autokratic*
5. Perawat primer di ruang bangsal penyakit dalam mendapatkan tugas dari kepala ruangan dalam mengelola penyakit yang ada diruangan tersebut. Perawat primer

- memberikan delegasi kepada perawat pelaksana dalam melaksanakan salah satu tindakan keperawatannya. Apa prinsip etik yang dilakukan oleh perawat primer tersebut ?
- Justice*
 - Fidelity*
 - Autonomy*
 - Beneficience*
 - Non Maleficience*
6. Pada satu ruang rawat, kepala ruangan mengelompokkan perawat menjadi 3 group dimana setiap group terdiri atas perawat setingkat sarjana keperawatan, dan level pendidikan perawat yang lebih rendah yang bekerja bersama. Apa metode asuhan keperawatan yang dilakukan pada ruangan tersebut ?
- Case management*
 - Fungsional
 - Primer
 - Kasus
 - Tim
7. Seorang kepala ruangan B di RS. A melakukan diskusi tentang aspek klinik sesudah operan dan sebelum melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien diruangan tersebut. Berdasarkan kasus, apa nama kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruangan?
- Supervisi
 - Conference*
 - Pre conference*
 - Post conference*
 - Studi pendahuluan
8. Perawat mengikuti kegiatan pre konferens untuk membahas pasien kelolaan. Perawat mendapatkan data bahwa pasien masuk pada kategori minimal care. Kemudian perawat melakukan pengkajian lebih lanjut pada pasien tersebut. Apa tindakan selanjutnya pada kasus tersebut ?
- Mempelajari prosedur perawatan
 - Melakukan tindakan keperawatan
 - Menentukan masalah keperawatan pasien
 - Berkonsultasi dengan dokter penanggung jawab
 - Melaporkan hasil pengkajian kepada kepala ruang
9. Perawat yang bertugas di ruang penyakit dalam ditunjuk oleh kepala ruang untuk mengikuti pelatihan. Penunjukkan tersebut berdasarkan kualifikasi yang disyaratkan pada pelatihan. Pada waktu yang sama, perawat berencana cuti untuk menghadiri kegiatan keluarga. Apa tindakan selanjutnya dari perawat tersebut?
- Menyampaikan rencana cuti
 - Mencari perawat lain sebagai pengganti
 - Menjelaskan pentingnya kegiatan keluarga
 - Meminta ditugaskan pelatihan di lain waktu

- e. Mengikuti kegiatan pelatihan sesuai yang ditentukan
10. Perawat dinas pagi melakukan asuhan keperawatan pada pasien kelolaannya. Selama 3 hari perawatan, masalah pasien belum dapat teratasi dengan baik. Perawat berkonsultasi dengan ka Tim untuk berkolaborasi dengan berbagai profesi melakukan evaluasi dan perencanaan tindak lanjut sehingga didapatkan solusi untuk masalah pasien. Apa jenis kegiatan yang diusulkan pada kasus tersebut?
- Supervise
 - Konferens
 - Discharge planning
 - Ronde keperawatan
 - Diskusi refleksi kasus
11. Laki-laki, 40 tahun, datang ke poliklinik penyakit dalam dengan keluhan sariawan di daerah mulut sejak satu bulan sehingga pasien sulit makan dan berat badannya turun drastis. Dari hasil lab didapatkan CD4+ 30mm³. Pasien meminta kepada perawat untuk merahasiakan penyakitnya dari keluarganya. Apa prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut ?
- Justice*
 - Fidelity*
 - Veracity*
 - Autonomy*
 - Confidentiality*
12. Perawat pelaksana akan melakukan tindakan pemasangan infuse pada salah satu pasien kelolaannya. Sebelum melakukan tindakan, perawat menjelaskan secara singkat prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan tersebut. Setelah pasien mengerti, perawat menanyakan terkait kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan. Apa prinsip etik keperawatan yang dilakukan oleh perawat tersebut?
- Veracity*
 - Autonomy*
 - Beneficience*
 - Confidentiality*
 - Nonmaleficience*
13. Perawat dipanggil kepala ruang karena ada keluhan keluarga pasien yang merasa kurang diperhatikan ketika meminta untuk membantu mengganti seprei tempat tidur pasien. Perawat menjelaskan bahwa dirinya sudah siap memenuhi kebutuhan pasien, hanya saja pada saat yang sama terdapat pasien lain yang secara prioritas membutuhkan penanganan segera. Apa tindakan perawat selanjutnya pada kasus ?
- Melakukan refleksi diri di ruang istirahat
 - Segera menggantikan seprei tempat tidur pasien
 - Menjelaskan situasi perawatan pasien pada keluarga
 - Meminta maaf kepada kepala ruang atas kejadian tersebut
 - Merasa keberatan bila dianggap tidak memperhatikan pasien

14. Perempuan, 60 tahun, dirawat dengan keluhan *hemiplegia* pada ekstremitas sebelah kanan. Hasil pengkajian: GCS sadar penuh, ADL dibantu, TD 160/80 mmHg. Saat ini pasien dipasang kateter. Perawat menentukan kondisi pasien untuk perawatan selanjutnya. Apa tingkat ketergantungan pasien tersebut pada kasus ?
- Intermediate Care*
 - Intensive Care*
 - Minimal Care*
 - Partial Care*
 - Total Care*
15. Perawat mendapatkan gambaran kondisi pasien kelolaannya pada saat briefing dengan ketua tim. kondisi pasien kebersihan diri dibantu, makan dan minum dibantu, toileting dibantu, pemberian obat tiga kali sehari, intake dan output cairan diminta untuk dicatat. Perawat diminta untuk segera mengelola perawatan pasien setelah selesai briefing. Apa tindakan perawat selanjutnya pada kasus ?
- Membaca rekam medis pasien
 - Melakukan pengkajian ulang pada pasien
 - Menentukan tingkat ketergantungan pasien
 - Membuat rencana asuhan keperawatan pasien
 - Mendiskusikan kondisi pasien bersama dokter
16. Ruang ICU dengan jumlah tempat tidur sebanyak 12 unit, terdapat perawat berpendidikan ners sebanyak 15 orang dan memiliki sertifikat pelatihan perawatan pasien kritis. kepala ruang mengalokasikan 1-4 pasien untuk setiap perawat dan bertanggungjawab terhadap pengelolaan asuhan keperawatan pasien kelolaannya sejak pasien masuk sampai pulang. Apa metode asuhan yang diterapkan pada kasus ?
- Tim
 - Kasus
 - Primer
 - Modular
 - Fungsional
17. Perawat mendapatkan laporan dari keluarga pasien bahwa pasien jatuh di kamar mandi karena tiba-tiba merasa pusing. Keluarga meminta perawat untuk segera memeriksa kondisi pasien. Apa tindakan perawat pada kasus ?
- Melakukan pengkajian pada pasien
 - Membuat catatan insiden pasien jatuh
 - Segera memasang gelang penanda resiko jatuh
 - Melaporkan kepada kepala ruang tentang insiden tersebut
 - Memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan pasien jatuh
18. Kepala ruangan sedang melaksanakan supervisi tentang kinerja staf keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan, dan ditemukan adanya pelaksanaan dokumentasi yang tidak sesuai standar. Hal ini terjadi karena tidak adanya keseimbangan antara jumlah pasien yang dirawat dan perawat yang ada. Apa

fungsi manajemen yang sedang dilakukan oleh kepala ruangan pada kasus tersebut?

- a. *Staffing*
- b. *Planning*
- c. *Directing*
- d. *Organizing*
- e. *Controlling*

19. Kepala ruang rawat bedah memiliki 15 perawat dengan kapasitas 24 tempat tidur dengan BOR 80%. Kepala ruang mendistribusikan perawat ke dalam dua tim. Tim satu merawat pasien dengan nomor tempat tidur 1-12, tim dua mengelola pasien di tempat tidur nomor 13-24. Setiap perawat memiliki pasien kelolaan masing-masing dan bertanggung jawab kepada pimpinan tim. Apa metode asuhan yang diterapkan kepala ruang pada kasus tersebut?

- a. Tim
- b. Kasus
- c. Primer
- d. Modular
- e. Fungsional

20. Ketua tim memimpin *briefing* dan memberikan arahan teknis pada perawat yang sudah diberikan tugas merawat pasien kelolaan. Beberapa perawat menanyakan tentang situasi pasien dan kesulitan yang dihadapi saat merawat kasus serupa sebelumnya. Ketua tim mendengarkan dengan seksama dan menerima beberapa masukan serta memotivasi perawat untuk mengerjakan tugasnya dengan baik sesuai arahan dan masukan. Apa gaya kepemimpinan yang ditunjukkan ketua tim tersebut?

- a. *Autokratif*
- b. Demokrasi
- c. Kharismatik
- d. *Paternalistic*
- e. *Laissez Faire*

PEMBAHASAN SOAL
MANAJEMEN KEPERAWATAN

PEMBAHASAN SOAL MANAJEMEN KEPERAWATAN

1. C. *Background*

Pasien dengan keluhan nyeri hebat di area abdomen dan nyeri tersebut hilang timbul.

- Situation* : secara spesifik perawat harus menyebutkan usia pasien, jenis kelamin, diagnosis pre operasi, prosedur, status mental, kondisi pasien Apa stabil atau tidak
- Assessment* : berisi hasil pemikiran yang timbul dari temuan serta difokuskan pada problem yang terjadi pada pasien yang apabila tidak diantisipasi akan menyebabkan kondisi yang lebih buruk.
- Background* : pokok masalah atau apa saja yang terjadi pada diri pasien, keluhan yang mendorong untuk dilaporkan seperti sesak napas, nyeri dada, dan sebagainya. Menyebutkan latar belakang apa yang menyebabkan munculnya keluhan pasien tersebut, diagnosis pasien, dan data klinik yang mendukung masalah pasien.
- Identification* : suatu tindakan yang akan dilakukan dengan beberapa proses seperti mencari, menemukan, meneliti, mencatat data serta informasi tentang seseorang atau sesuatu.
- Recommendation* : menyebutkan hal-hal yang dibutuhkan untuk ditindak lanjuti. Apa intervensi yang harus direkomendasikan oleh perawat.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang urutan hand over dengan metode SBAR.

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta

2. E. *Total care*.

Pemberian obat dengan injeksi, pasang cairan infus, mengobservasi balance cairan ketat adalah tugas yang harus dilakukan oleh perawat sepenuhnya tidak bisa dilakukan oleh pasien walaupun dengan bantuan.

- Intermediate care* ruang peralihan untuk pasien dari ruang Intensive Care Unit (ICU) ke kamar rawat inap biasa, atau sebaliknya. Ruang Intermediate Care juga digunakan oleh pasien yang hendak beralih dari Unit Gawat Darurat ke ruang Intensive Care Unit (ICU).
- Minimal care* Klien ini biasanya ketika akan melakukan kegiatan personalhygiene hanya dengan diberikan motivasi dan arahan atau bimbingan sudah bisa melakukannya.
- Parsial care* Klien hanya memerlukan bantuan perawatan sebagian seperti buang air kecil /ke kamar mandi
- Self care* kegiatan yang dilakukan oleh individu untuk merawat dirinya sendiri dengan hal yang berfaedah bagi dirinya sendiri, baik itu secara rohani maupun jasmani. Singkatnya, self care adalah merawat diri.

- e. *Total care*. Klien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawat yang lebih lama

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang klasifikasi ketergantungan pasien.

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta

3. E. Non Maleficience

Perawat tersebut lupa. Saat di lihat ternyata cairan sudah habis dan udara sudah masuk ke pembuluh darah pasien.

- a. *Justice* Merupakan prinsip untuk bertindak adil bagi semua individu, setiap individu mendapat perlakuan dan tindakan yang sama
- b. *Fidelity* kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.
- c. *Autonomy* kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri, berarti menghargai manusia sehingga harapannya perawat memperlakukan mereka sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat serta mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.
- d. *Beneficience* Merupakan prinsip untuk melakukan yang baik dan tidak merugikan pasien atau tidak menimbulkan bahaya bagi pasien
- e. *Non Maleficience* Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip-prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta

4. E. Autocratic

Setiap kebijakan, peraturan, dan prosedur diruangan berdasarkan dari idenya sendiri.

- a. *Transformasional* bertujuan untuk memotivasi anggota tim melalui cara mengubah pola pikir dan perilaku mereka. Pemimpin akan memberikan inspirasi dan visi yang jelas dalam mencapai tujuan organisasi
- b. *Demokratic* Gaya kepemimpinan ini lebih menekankan pada partisipasi anggota tim dalam pengambilan keputusan
- c. *Laissez faire* memberikan kebebasan penuh pada anggota tim dalam mengambil keputusan dan melakukan pekerjaannya sesuai keinginan masing-masing. Pemimpin hanya memberikan panduan dan arahan umum tanpa terlibat dalam proses pekerjaan

- d. Partisipatif seorang pemimpin yang mengikutsertakan bawahan dalam pengambilan keputusan
- e. *Autokratic* dentik dengan kendali penuh dari seorang pemimpin terhadap segala hal terkait pekerjaan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gaya dan type kepemimpinan dalam organisasi.

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta

5. C. Autonomy

Memberikan delegasi kepada perawat pelaksana dalam melaksanakan salah satu tindakan keperawatannya.

- a. Justice Merupakan prinsip untuk bertindak adil bagi semua individu, setiap individu mendapat perlakuan dan tindakan yang sama
- b. Fidelity kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.
- c. Autonomy kemampuan untuk menentukan sendiri atau mengatur diri sendiri, berarti menghargai manusia sehingga harapannya perawat memperlakukan mereka sebagai seseorang yang mempunyai harga diri dan martabat serta mampu menentukan sesuatu bagi dirinya.
- d. Beneficence Merupakan prinsip untuk melakukan yang baik dan tidak merugikan pasien atau tidak menimbulkan bahaya bagi pasien
- e. Non Maleficence Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip-prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta

6. E. Tim

Kepala ruangan mengelompokkan perawat menjadi 3 group dimana setiap group terdiri atas perawat setingkat sarjana keperawatan, dan level pendidikan perawat yang lebih rendah yang bekerja bersama.

- a. Case management: suatu proses kolaborasi dalam hal Asesmen, Perencanaan (Planning), Fasilitasi, Koordinasi Pelayanan (Care Coordination), Evaluasi, dan Advokasi mengenai pilihan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan yang komprehensif dari pasien dan keluarga melalui komunikasi,

- b. Fungsional: Perawat melaksanakan tugas (tindakan) tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada
- c. Primer: perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan
- d. Kasus: Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap sif dan tidak ada jaminan pasien akan dirawat oleh perawat yang sama hari berikutnya.
- e. Tim: yang terdiri atas anggota perawat yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/grup yang terdiri dari tenaga profesional, teknikal dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling membantu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang metode asuhan keperawatan

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta

7. C. Pre conference

Melakukan diskusi tentang aspek klinik sesudah operan dan sebelum melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.

- a. Supervisi suatu proses pembimbingan dalam pendidikan yang bertujuan membantu pengembangan profesional
- b. Conference adalah diskusi kelompok tentang beberapa aspek klinik dan kegiatan konsultasi
- c. post conference. diskusi tentang aspek klinik sesudah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien.
- d. pre conference diskusi tentang aspek klinik sebelum melaksanakan asuhan pada pasien.
- e. Studi pendahuluan tahap awal dalam melakukan penelitian dan pengembangan model.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang modalitas dalam manajemen keperawatan.

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta

8. C. Menentukan masalah keperawatan pasien

Perawat melakukan pengkajian lebih lanjut pada pasien tersebut.

- a. Mempelajari prosedur perawatan adalah konsep yang harus dipahami dalam memberikan asuhan keperawatan
- b. Melakukan tindakan keperawatan adalah aksi yang dilakukan setelah didapatkan diagnosis keperawatan

- c. Menentukan masalah keperawatan pasien dilakukan setelah dilakukan pengkajian pada pasien
- d. Berkonsultasi dengan dokter penanggung jawab setelah didapatkan masalah /keluhan pasien yang perlu tindakan kolaborasi
- e. Melaporkan hasil pengkajian kepada kepala ruang. Dilakukan setelah melakukan anamnesis pada pasien

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang langkah langkah pemberian asuhan keperawatan.

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta

9. E. Mengikuti kegiatan pelatihan sesuai yang ditentukan Kualifikasi yang disyaratkan pada pelatihan

- a. Menyampaikan rencana cuti aktifitas yang belum dilakukan dan tidak ada hubungannya dengan pelatihan .
- b. Mencari perawat lain sebagai pengganti bukan wewenang dari perawat pelaksana tetapi kewenangan dari atasan
- c. Menjelaskan pentingnya kegiatan keluarga perawat harus professional bisa membedakan urusan keluarga dan urusan dinas
- d. Meminta ditugaskan pelatihan di lain waktu , jadwal pelatihan tidak bisa ditentukan oleh individu karena sudah terencana
- e. Mengikuti kegiatan pelatihan sesuai yang ditentukan sesuai dengan kualifikasi perawat memenuhi syarat untuk pelatihan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang profesionalisme perawat.

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta

10. D. Ronde keperawatan Berkolaborasi dengan berbagai profesi melakukan evaluasi dan perencanaan tindak lanjut.

- a. Supervisi suatu proses pembimbingan dalam pendidikan yang bertujuan membantu pengembangan profesional
- b. Conference adalah diskusi kelompok tentang beberapa aspek klinik dan kegiatan konsultasi
- c. Discharge planning perencanaan pasien pulang mulai masuk dirawat sampai diperbolehkan pulang
- d. Ronde keperawatan Suatu kegiatan yg bertujuan u/ mengatasi masalah keperawatan pasien yg dilaksanakan oleh perawat selain melibatkan pasien u/ membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan
- e. Diskusi refleksi kasus suatu metode pembelajaran dalam merefleksikan pengalaman perawat yang aktual dan menarik dalam memberikandan

mengelola asuhan keperawatan melalui suatu diskusi kelompok yang mengacu pemahaman standar yang ditetapkan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang modalitas dalam manajemen keperawatan.

Referensi: Nursalam, 2018, Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta.

11. E. Confidentiality

Berdasarkan kasus benang merahnya terkait etik keperawatan pada *Confidentiality* (menjaga kerahasiaan) dimana seorang perawat wajib menjaga kerahasiaan pasien.

- a. Tidak sesuai dengan kasus
- b. Tidak sesuai dengan kasus
- c. Tidak sesuai dengan kasus
- d. Tidak sesuai dengan kasus
- e. Menurut teori dari Nursalam adalah sesuai etika menjaga kerahasiaan pasien adalah termasuk etik confidentiality

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Nursalam. 2020. Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: Salemba Medika.

12. B. Autonomy

Perawat menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan serta menanyakan persetujuan pasien sebelum dilakukan tindakan

- a. *Tidak sesuai kasus*
- b. *Autonomy (sesuai kasus dan konsep autonomy membuat keputusan tentang perawatan dirinya)*
- c. *Tidak sesuai kasus*
- d. *Tidak sesuai kasus*
- e. *Tidak sesuai kasus*

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Nursalam. 2020. Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: Salemba Medika.

13. B. Segera menggantikan seprei tempat tidur pasien Skala prioritas dalam tindakan keperawatan

Berdasarkan kasus perawat sudah melakukan tugasnya sesuai dengan prosedur yang ada yaitu mendahulukan pasien yang lebih prioritas selanjutnya baru menangani pasien yang kondisinya tidak terlalu mendesak sehingga jawaban yang benar adalah perawat segera menggantikan seprei tempat tidur pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik dalam keperawatan.

Referensi: Marquis, B. L. & Huston, C. J. 2012. *Leadership roles and management functions in nursing: Theory & application* (5th ed). Philadelphia: Lippincott Company

14. E. Total Care

Menentukan kondisi pasien berdasarkan tingkat ketergantungan.

Berdasarkan kasus pasien mengalami kelumpuhan pada tubuh bagian sebelah kanan serta memakai kateter dan dalam pemenuhan ADL pasien dibantu sepenuhnya oleh perawat, sehingga jawaban yang tepat adalah pasien dengan tingkat ketergantungan total care.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang klasifikasi pasien berdasarkan tingkat ketergantungan.

Referensi: Marquis, B. L. & Huston, C. J. 2012. *Leadership roles and management functions in nursing: Theory & application* (5th ed). Philadelphia: Lippincott Company.

15. C. Menentukan tingkat ketergantungan pasien

Kondisi pasien.

Kasus diatas menunjukkan gambaran data/fakta yang menunjukkan tahapan bahwa pasien telah dilakukan pengkajian terkait dengan ADL pasien. Maka tindakan selanjutnya yang dilakukan oleh perawat adalah menentukan tingkat ketergantungan pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang klasifikasi pasien berdasarkan tingkat ketergantungan.

Referensi: Marquis, B. L. & Huston, C. J. 2012. *Leadership roles and management functions in nursing: Theory & application* (5th ed). Philadelphia: Lippincott Company.

16. C. Primer

1-4 pasien untuk setiap perawat dan pasien kelolaannya sejak pasien masuk sampai pulang.

Sebanyak 15 orang perawat yang bekerja di ruang rawat ICU semuanya memiliki sertifikat pelatihan perawatan pasien kritis serta bertanggungjawab terhadap pengelolaan asuhan keperawatan pasien kelolaannya sejak pasien masuk sampai pulang, memperlihatkan penerapan metode primer.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang metode asuhan keperawatan pasien.

Referensi: Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2012). Leadership roles and management functions in nursing: Theory & application (5th ed). Philadelphia: Lippincott Company.

17. A. Melakukan pengkajian pada pasien Pasien jatuh

Ketika ada laporan pasien mengalami jatuh maka tindakan pertama yang harus dilakukan oleh perawat adalah melakukan pengkajian ulang pada pasien, sehingga jawaban yang tepat adalah A.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang sasaran keselamatan pasien; pencegahan pasien dengan resiko jatuh.

Referensi: Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2012). Leadership roles and management functions in nursing: Theory & application (5th ed). Philadelphia: Lippincott Company.

18. B. Planning Kepala ruangan melakukan supervise tentang kinerja staf keperawatan.

Kasus diatas menunjukkan gambaran data/fakta yang menunjukkan tahapan fungsi manajemen, yaitu Controlling (pengendalian) dimana kepala ruangan melakukan pemeriksaan dokumentasi dari asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi kekurangan dan kesalahan agar dapat dilakukan perbaikan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang fungsi manajemen keperawatan.

Referensi: Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2012). Leadership roles and management functions in nursing: Theory & application (5th ed). Philadelphia: Lippincott Company.

19. A. Tim Mendistribusikan perawat ke dalam dua tim.

Kepala ruang mendistribusikan perawat ke dalam dua tim. Tim satu merawat pasien dengan nomor tempat tidur 1-12, tim dua mengelola pasien di tempat

tidur nomor 13-24. Setiap perawat memiliki pasien kelolaan masing-masing dan bertanggung jawab kepada pimpinan tim.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang metode asuhan keperawatan pasien.

Referensi: Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory & application* (5th ed). Philadelphia: Lippincott Company.

20. B. Demokrasi

Ketua tim mendengarkan dan menerima masukan perawat serta memotivasi perawat untuk mengerjakan tugasnya.

Berdasarkan kasus menunjukkan bahwa ketua tim menggunakan gaya kepemimpinan demokratik. Hal ini dapat dilihat dimana ketua tim mengikutsertakan bawahan dalam proses pengambilan keputusan dengan mendengarkan dan menerima beberapa masukan serta memotivasi mereka untuk diimplementasikan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang gaya kepemimpinan.

Referensi: Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2012). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory & application* (5th ed). Philadelphia: Lippincott Company.

**LATIHAN SOAL KEPERAWATAN
MATERNITAS**

SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS

1. Perempuan, 26 tahun, dirawat di ruang VK dengan P1A0 memasuki kala IV. Hasil pengkajian TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 82 X/menit, frekuensi napas 24 X/menit, suhu 37°C. Perawat melakukan pemantauan kontraksi dan mencegah terjadinya perdarahan pervaginam. Apa tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?
 - a. Membiarkan bayi tetap kontak kulit di dada ibu
 - b. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT
 - c. Memeriksa Kembali bayi untuk memastikan bayi bernapas dengan baik
 - d. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan massage uterus dan menilai kontraksi
 - e. Melakukan penimbangan BB/pengukuran bayi, memberikan salp mata dan vitamin K
2. Perempuan, 27 tahun, dirawat di kamar bersalin dengan G₁P₀A₀ hamil 39 minggu inpartu. Hasil pengkajian: Pasien tampak kesakitan, ingin mengejan, tampak kepala janin sudah membuka vulva, kemudian lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dagu, dan seluruh kepala TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, dan frekuensi napas 22 kali/menit, suhu 36,5°C. Apa tindakan keperawatan selanjutnya yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Cek adanya lilitan tali pusat
 - b. Lakukan pegangan biparietal
 - c. Lahirkan bahu depan dan belakang
 - d. Bersihkan mata hidung dan mulut bayi
 - e. Bersihkan mata hidung dan mulut bayi
3. Perempuan, 23 tahun, dirawat di ruang nifas dengan P1A0 post partum spontan hari ke-1. Hasil pengkajian, pasien mengatakan belum ingin menambah jumlah anak, belum tahu akan menggunakan kontrasepsi, siklus menstruasi sebelum hamil tidak teratur dan perawat memberikan penyuluhan tentang KB, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, dan frekuensi napas 22 kali/menit, suhu 36,5°C. Apa kontrasepsi yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Menggunakan kondom
 - b. Pantang berkala
 - c. Tubektomi
 - d. Vasektomi
 - e. IUD
4. Perempuan, 25 tahun, datang ke poliklinik KIA dengan G₁P₀A₀ gestasi 10 minggu. Hasil pengkajian: HPHT tanggal 6 April 2023, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit frekuensi napas 20x/menit, suhu 36,5 C. dan. Kapan taksiran persalinan pada kasus tersebut?
 - a. 28 Desember 2023
 - b. 10 Januari 2024
 - c. 13 Januari 2024
 - d. 14 Januari 2024

e. 2 Februari 2024

5. Perempuan, 36 tahun, datang ke UGD dengan G1P0A0 hamil 28 minggu. Hasil pengkajian, pasien mengatakan keluar darah flek yang berwarna merah segar dari kemaluan. tidak ada keluhan nyeri, hasil USG plasenta menutupi sebagian jalan lahir, TD 120/70 mmHg, frekuensi nadi 85 x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36°C. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Kaji jumlah darah yang hilang
 - b. Kolaborasi pemberian heparin
 - c. Anjurkan untuk tirah baring
 - d. Pantau intake output cairan
 - e. Pantau pergerakan janin
6. Perempuan, 25 tahun, datang ke poliklinik kandungan dengan G2P0A1 hamil 35 minggu. Hasil pengkajian, pasien mengeluh kesulitan menahan BAK, presentasi kepala dan sudah masuk PAP, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 84 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 36,5 C. Apa intervensi keperawatan yang harus dilakukan pada pasien kasus tersebut ?
 - a. Ajarkan *kegel exercise*
 - b. Anjurkan memakai pampers
 - c. Ajarkan latihan otot panggul
 - d. Anjurkan untuk tidak menahan BAK
 - e. Anjurkan untuk membatasi intake cairan di malam hari
7. Perempuan, 32 tahun, datang ke poliklinik KIA RS dengan G3P2A0 hamil 38 minggu. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sesak napas dan kaki bengkak, kedua kaki edema, DJJ 140 kali/menit, perawat memposisikan pasien semi fowler dan berikan oksigen per nasal, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 28 x/menit, suhu 37,5°C. Apa prinsip etik yang telah dilakukan pada pasien tersebut?
 - a. *Non maleficence*
 - b. *Beneficence*
 - c. *Autonomy*
 - d. *Justice*
 - e. *Veracity*
8. Perempuan, 25 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan P1A0 post partum spontan hari ke-2. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri dan keluar cairan kuning di daerah luka jahitan episiotomi, nyeri daerah perineum skala 4, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu tubuh 38°C. Apa data selanjutnya yang harus dikaji pada kasus tersebut?
 - a. Homan sign
 - b. Lochea
 - c. Tanda REEDA
 - d. Involusi uteri
 - e. Diastasis rektus abdominalis

9. Perempuan, 28 tahun, datang ke poliklinik KB untuk berkonsultasi. Hasil pengkajian : pasien mempunyai riwayat hipertensi, sudah memiliki 2 orang anak, pertama berusia 5 tahun, kedua berusia 8 bulan dan masih berkeinginan untuk mempunyai anak, TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit. Apa metode kontrasepsi yang tepat untuk pasien tersebut ?
- Pil
 - Implant
 - Suntik
 - Kontrasepsi mantap
 - Alat kontrasepsi dalam Rahim
10. Perempuan, 23 tahun, datang ke poliklinik KIA dengan G1P0A0. Hasil pengkajian: TFU 28 cm dengan HPHT tanggal 16 Januari 2023, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20x/menit dan. Berapa usia kehamilan pada kasus tersebut?
- 22 minggu
 - 28 minggu
 - 30 minggu
 - 31 minggu
 - 32 minggu
11. Perempuan, 27 tahun, datang ke poliklinik dengan G1P0A0. Hasil pengkajian, pasien mengeluh sering mual muntah di pagi hari, tidak nafsu makan, BB: 52 kg, TB: 160 cm, mukosa bibir kering, HPHT 10 Januari 2023. Kapan Hari perkiraan lahir pada kasus tersebut ?
- 17 Oktober 2024
 - 17 Agustus 2023
 - 17 September 2023
 - 17 Desember 2023
 - 17 Oktober 2023
12. Perempuan, 26 tahun, datang ke poliklinik KIA untuk memeriksakan kehamilan. Hasil pengkajian, pasien mengatakan cepat Lelah dan kadang sesak, usia kehamilan 36 minggu, TFU 31 cm, presentasi kepala sudah masuk pintu atas panggul, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 78x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 36.6°C. Berapa taksiran berat badan janin pada kasus tersebut?
- 3100 gram
 - 3150 gram
 - 3200 gram
 - 1550 gram
 - 1570 gram
13. Perempuan, 26 tahun, dirawat di ruang postpartum dengan keluhan perdarahan. Hasil pengkajian: P2A1, post partum 5 jam yang lalu, kontraksi uterus lembek/lunak, ada distensi kandung kemih, TD 100/70 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi napas 24x/menit. Perawat segera mengkosongkan kandung

- kemih dan melakukan masase fundus uteri. Apa hasil yang diharapkan dari tindakan tersebut?
- Urine keluar lancar
 - Kandung kemih kosong
 - Tinggi fundus uteri setinggi pusat
 - Darah pervaginam keluar lancar
 - Kontraksi uterus keras
14. Perempuan, 28 tahun, dirawat diruang bersalin dengan postpartum. Hasil pengkajian: baru saja melahirkan bayinya, saat ini sedang dilakukan penegangan tali pusat terkendali, 5 menit kemudian plasenta lahir. Tindakan keperawatan apa yang harus dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- Mengecek kelengkapan plasenta
 - Memeriksa kontraksi uterus
 - Masase fundus uteri selama 10 detik
 - Memberikan suntikan oksitosin 10 unit
 - Membersihkan perinium
15. Perempuan, 30 tahun, datang ke poliklinik KIA dengan G3P2A0. Hasil pengkajian, pasien mengatakan keluar darah dari jalan lahir 2 hari yang lalu, sampai sekarang darah belum berhenti, usia kehamilan 30 minggu, TFU 29 cm, punggung kiri, presentasi kepala, belum masuk PAP, DJJ 145 x/menit, hasil USG Plasenta previa lateral, TD 110/80mmHg, frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 80x/menit. Apa tindakan yang tepat pada pasien tersebut?
- Tranfusi
 - Bedrest
 - Persiapan operasi
 - Pimpin persalinan
 - Observasi kemajuan persalinan
16. Perempuan, 50 tahun, datang ke poliklinik KIA dengan keluhan kesakitan dan keluar darah saat melakukan hubungan dengan suami satu bulan yang lalu. Hasil pengkajian, Pasien mengeluh keputihan yang berlebihan dan berbau, sekret vagina banyak dan berwarna kehijauan, TD 120/80mmHg, frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 80x/menit. Perawat menyarankan untuk melakukan deteksi awal dengan menggunakan papsmear. Apa informasi penting yang harus disampaikan perawat pada kasus tersebut?
- Tidak melakukan hubungan seksual 2 hari sebelum pemeriksaan
 - Tidak minum antibiotik selama 2 hari sebelum pemeriksaan
 - Datang kembali saat menstruasi hari ke tujuh
 - Paling tepat dilakukan saat masa subur
 - Puasa 12 jam sebelum pemeriksaan
17. Perempuan, 29 tahun, dirawat diruang post partum dengan postpartum SC hari pertama. Hasil pengkajian, pasien mengatakan ASI belum lancar sehingga jarang menyusui, P3A0, TFU dua jari diawah pusat, kontraksi uterus keras, bayi rawat gabung dan reflek hisap bayi bagus dan kuat, TD 120/80mmHg, frekuensi napas

20x/menit, frekuensi nadi 80x/menit. Apa intervensi yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Lakukan kompres hangat pada payudara
- b. Ajarkan teknik relaktasi
- c. Ajarkan posisi perlekatan
- d. Lakukan perawatan payudara
- e. Susui bayi sesering mungkin

18. Perempuan, 35 tahun, datang ke poliklinik ginekologi dengan keluhan nyeri dan keluar darah setiap melakukan hubungan seksual. Hasil pengkajian, pasien mengatakan sudah berlangsung selama satu tahun, TD 130/80mmHg, frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 80x/menit, hasil papsmear kanker servik. Pasien meminta kepada perawat untuk merahasiakan kepada suami dan anak anaknya. Apa prinsip etik pada kasus tersebut?

- a. *Fidelity*
- b. *Justice*
- c. *Beneficence*
- d. *Confidentiality*
- e. *Nonmaleficence*

19. Perempuan, 24 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan keluhan perut kenceng-kenceng saat kontraksi sejak 1 jam yang lalu. Hasil pengkajian: kala I, lendir dan darah belum keluar, TD 80/60 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 88 x/menit. Apa fokus pengkajian pada kasus tersebut?

- a. Melakukan pemantauan DJJ
- b. Melakukan massage pada fundus
- c. Menentukan punggung janin
- d. Menentukan tinggi fundus uteri
- e. Menentukan presentasi janin

20. Perempuan, 25 tahun, datang ke UGD dengan keluhan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan sejak 8 jam yang lalu. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri yang semakin kuat saat ini, G1P0A0 hamil aterm, pembukaan lengkap namun ketuban masih utuh, DJJ 120x/menit, regular. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- a. Episiotomi
- b. Amniotomi
- c. Periksa dalam
- d. Observasi DJJ
- e. Observasi perdarahan

21. Perempuan, 23 tahun, datang ke Poliklinik kandungan dengan G2P1AO, hamil 37 minggu. Hasil pengkajian: palpasi Leopold 3 teraba lunak, kurang bundar dan tidak melenting di area suprapubik, janin tunggal/satu TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 85x/menit, frekuensi napas 23x/menit, suhu 36,9°C. Apa interpretasi yang tepat dari hasil pemeriksaan kehamilan pada ibu tersebut?

- a. Kepala di bawah belum masuk pap

- b. Punggung sebelah kiri
 - c. Posisi terendah adalah bokong
 - d. Tinggi Fundus Uteri
 - e. Letak janin melintang
22. Perempuan, 27 tahun, datang ke poliklinik kandungan dengan G2P1A0 hamil 38 minggu. Hasil pengkajian, pasien mengeluh pusing, agak mual, mata agak kabur dan penglihatan berkunang-kunang, kadang-kadang terasa tidak nyaman untuk berdiri, TD 150/100 mmHg, frekuensi nadi 85x/menit, frekuensi napas 22 x/menit, suhu 37,4°C, protein Urin +. Apa pemeriksaan fisik lain yang harus dilengkapi pada kasus tersebut?
- a. Pola Nutrisi
 - b. Pola Eliminasi
 - c. Pola tidur
 - d. Edema
 - e. Pola istirahat
23. Perempuan, 27 tahun, datang ke Puskesmas dengan G1P0A0 hamil 29 minggu. Hasil pengkajian: TD 122/75 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 22 x/menit, suhu 37°C, BB 46 kg, LILA 23 cm. Perawat memberikan edukasi tentang "Nutrisi Ibu Hamil", sudah selesai menyampaikan materi. Apa langkah selanjutnya yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- a. Memberi salam
 - b. Memberi pujian
 - c. Menutup pertemuan
 - d. Menyimpulkan materi
 - e. Melakukan tanya jawab
24. Perempuan, 33 tahun, datang ke poliklinik kandungan dengan G4P2A hamil 16 minggu. Hasil Pengkajian, pasien mengeluh pusing, mual- mual, lemas dan tidak nafsu makan, , konjungtiva anemis, BB sebelum hamil: 64 kg, BB Saat hamil: 61 kg, TD 110/ 75 mmHg, frekuensi nadi 75 x/menit, frekuensi napas 23 x/menit, suhu 36,7°C . Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Ansietas
 - b. Defisit volume cairan
 - c. Gangguan rasa nyaman: nyeri
 - d. Defisit nutrisi
 - e. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
25. Perempuan, 28 tahun, datang ke UGD dengan keluhan keluar air merembes dari kemaluan 1 jam yang lalu. Hasil pengkajian, pasien mengatakan cemas dengan kondisi janinnya, tidak mengetahui cairan BAK atau ketuban, perut terasa tegang dan nyeri, kontraksi uterus +, G1P0A0, hamil 38 minggu, TD 128/85 mmHg, frekuensi nadi 86x/menit, frekuensi napas 25x/menit, Suhu 37 °C. Apa pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada kasus tersebut?
- a. Pemeriksaan USG
 - b. Pemeriksaan dalam

- c. Pemeriksaan Laboratorium
 - d. Pemeriksaan Denyut jantung janin
 - e. Pemeriksaan Kertas Lakmus
26. Perempuan, 30 tahun, datang ke UGD dengan keluhan keluar air merembes dari kemaluan sejak 2.5 jam yang lalu. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri, cairan yang keluar tidak mengetahui BAK atau ketuban, G1P0A0, hamil 34 minggu, perut tampak tegang, ada kontraksi uterus, setelah 6 jam diobservasi air ketuban keluar, DJJ 180x/menit, pembukaan servix 4 cm, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 84x/menit, frekuensi napas 26x/menit, Suhu 36.5°C, tampak cemas dan selalu bertanya tentang kondisi kandungannya. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Menenangkan pasien
 - b. Memecahkan kantong ketuban
 - c. Menganjurkan pasien mendedan
 - d. Menghadirkan keluarga didekat klien
 - e. Menjelaskan proses persalinan
27. Perempuan, 27 tahun, datang ke poliklinik kandungan dengan G1P0A0 hamil 18 minggu. Hasil pengkajian, pasien mengeluh perut terasa kram, mual muntah, tidak ada nafsu makan, lemah, tidak mampu melakukan aktifitas sehari – hari, hanya ingin berbaring di tempat tidur, konjungtiva pucat, muka pucat, mukosa bibir kering, TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 78 x/menit, frekuensi napas 20x/menit, Suhu 35,5°C, Hb 9.9 gr/dl. Apa intervensi keperawatan pada kasus tersebut ?
- a. Berikan cairan intravena
 - b. Anjurkan keluarga membantu aktifitas pasien
 - c. Edukasi pasien tentang perawatan selama kehamilan
 - d. Anjurkan mendekatkan diri pada Tuhannya
 - e. Anjurkan makan dengan porsi kecil dan sering
28. Perempuan, 25 tahun, dirawat di ruang VK dengan G1P0A0 hamil 39 minggu. Hasil Pengkajian: Kontraksi kuat, ketuban sudah pecah, pembukaan serviks lengkap, TD 110/70 mmhg, frekuensi nadi 78 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 35,5°C. Perawat kemudian melakukan pertolongan persalinan. Pada kala III persalinan perawat melakukan suntik syntosinon 1 ampul dan peregangan tali pusat terkendali. Setelah menunggu 5 menit tidak ada tanda-tanda plasenta sudah lepas. Apa tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut ?
- a. Melakukan suntikan syntosinon yang kedua
 - b. Meminta ibu untuk memilin puting susu
 - c. Melakukan inisiasi menyusui dini
 - d. Menunggu sampai plasenta lepas
 - e. Melakukan massage uterus
29. Perempuan, 25 tahun, datang ke poliklinik dengan P1A0. Hasil pengkajian, pasien mengeluh demam meriang, nyeri pada payudara kanan, TD 110/85 mmHg, frekuensi nadi 85 x/menit, frekuensi napas 21 x/menit, suhu 38°C. Saat dilakukan

- palpasi payudara kanan teraba keras dan pasien dengan keluhan nyeri, pasien jarang menyusui bayinya. Apa kemungkinan kondisi yang dialami ibu pada kasus tersebut?
- Mastitis
 - Infeksi pospartum
 - Fever
 - Kanker payudara
 - FAM
30. Perempuan, 5 tahun, datang ke puskesmas dengan P1A0 post partum normal hari ke 7 untuk melakukan imunisasi pada bayinya. Hasil pengkajian, pasien mengatakan sering mengalami perubahan mood, kesulitan tidur, susah berkonsentrasi dan mudah tersinggung, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 36,5°C. Pasien baru menikah saat usia kehamilan 6 bulan namun suami pasien tidak pernah pulang ke rumah. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?
- Ketidak mampuan merawat diri
 - Ketidak tauan perawatan anak
 - Kurang sistem pendukung
 - Koping tidak efektif
 - Ketidaksiapan mempunyai anak
31. Perempuan, 30 tahun, datang ke Poliklinik kandungan dengan P1A0 untuk berkonsultasi mengenai program KB. Hasil pengkajian : anak pasien berusia 5 bulan dan masih diberikan ASI Eksklusif. Pemeriksaan Sebelumnya aselama haid selalu tidak teratur. TTV TD 140/90 mmhg, frekuensi nadi 90x/ menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 37,5 °C. Apa metode kontrasepsi yang tepat digunakan untuk pasien tersebut?
- Pil
 - Implant
 - Suntik
 - IUD/AKDR
 - Kontap
32. Perempuan, 25 tahun, datang ke poliklinik KIA dengan G1P0A0 untuk memeriksakan kehamilan. Hasil pengkajian: HPHT tanggal 26 januari 2023, TD 115/70mmHg, frekuensi napas 20x/menit dan frekuensi nadi 88x/menit. Berapa taksiran persalinan pada pasien tersebut?
- 2 Oktober 2024
 - 30 September 2023
 - 2 Oktober 2023
 - 26 September 2023
 - 27 September 2023
33. Perempuan, 23 tahun, datang ke poliklinik KIA dengan G1P0A0. Hasil pengkajian: HPHT tanggal 26 januari 2023, TFU 28cm, TD 110/80mmHg Frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 88x/mnt. Berapa usia kehamilan?

- a. 32 Minggu
 - b. 30 minggu
 - c. 29 minggu
 - d. 28 minggu
 - e. 22 minggu
34. Perempuan, 23 tahun, datang ke poliklinik KIA dengan G1P0A0 hamil 36 minggu. Hasil pengkajian: palpasi Leopold pada daerah fundus terdapat bokong, pada sisi kanan perut ibu teraba punggung janin dan presentasi kepala belum masuk PAP. Apa tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- a. Mengatur posisi
 - b. Menilai kontraksi rahim
 - c. Melakukan pemeriksaan DJJ
 - d. Klarifikasi pada arteri radialis ibu
 - e. Mencari daerah punktum maksimum
35. Perempuan, 28 tahun, datang ke poliklinik KIA untuk konsultasi kehamilan. Hasil pengkajian: hamil 34 minggu, telah memiliki anak hidup satu, dan riwayat mengalami keguguran pada anak ke dua. Apa status obstetri pada kasus?
- a. G3P2A1
 - b. G3P1A1
 - c. G3P2
 - d. G4P2
 - e. G5P2A1
36. Perempuan, 30 tahun, datang ke IGD dengan keluhan perdarahan pada awal kehamilan. Hasil pengkajian, pasien mengeluh pusing, lemas, muka pucat, perdarahan berwarna merah terang, konsistensi cair, menggunakan dua pembalut penuh, TD 110/70 mmHg, frekuensi napas 20x/menit, frekuensi nadi 90x/menit dan *Capillary Refill Time* >3 detik. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Gangguan perfusi jaringan perifer
 - b. Gangguan keseimbangan cairan
 - c. Risiko injuri maternal
 - d. Risiko injuri fetal
 - e. Kurangnya volume cairan dan elektrolit
37. Perempuan, 32 tahun, datang ke poliklinik KIA dengan keluhan badan lemas disertai mual dan muntah setiap kali makan atau minum. Hasil pengkajian, pasien mengeluh pusing, lemas, muka pucat, kelopak mata cekung, turgor kulit melambat, TD 100/70 mmHg, frekuensi napas 22x/menit, frekuensi nadi 90x/menit. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Gangguan rasa nyaman
 - b. Kekurangan volume cairan
 - c. Risiko kekurangan volume cairan
 - d. Risiko syok hipovolemik
 - e. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

38. Perempuan, 25 tahun, dirawat di ruang nifas dengan perdarahan setelah 2 jam post partum. Hasil pengkajian, pasien mengeluh pusing, lemas, muka pucat, tinggi fundus uteri 1 jari di atas pusar, teraba lunak, TD 110/70 mmHg, frekuensi napas 22x/menit dan frekuensi nadi 88x/menit. Apa intervensi keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Tirah baring
 - Masasee uterus
 - Observasi tanda-tanda vital
 - Posisi
 - Cek kelengkapan plasenta
39. Perempuan, 23 tahun, datang ke poliklinik kandungan dengan G1P0. Hasil pengkajian: pasien mengatakan akan menjadi seorang ibu, mengalami adaptasi psikologi selama kehamilan yang salah satunya adalah adaptasi pasangan. Apa Jenis dukungan yang diperlukan untuk mempersiapkan diri menjadi ayah?
- Mimikri, roleplay, fantasi, mencari peran yang tepat
 - Pengumuman, moratorium, pemusatan
 - Emosi, instrumental, informasi, penilaian
 - Emosi, psikososial, ekonomi
 - Mental, psikologi, informasi
40. Perempuan, 29 tahun, di rawat di ruang bersalin pada pukul 08.00 WIB dengan Inpartu. Hasil Pengkajian: G2P1A0, Hamil 40 minggu, Pukul 09.00 WIB pasien tampak gelisah, kontraksi uterus 2-3 kali dalam 15 menit dengan durasi 50 detik, DJJ 150 x/Menit, pembukaan serviks 6 cm dan ketuban utuh. Kapan dapat dilakukan pemeriksaan dalam selanjutnya?
- 13.00 WIB
 - 12.00 WIB
 - 11.00 WIB
 - 14.00 WIB
 - 10.00 WIB
41. Perempuan, 27 tahun, datang ke UGD dengan G1P0A0 hamil 34 minggu. Hasil pengkajian, pasien mengeluh keluar darah di vagina, perdarahan tanpa rasa nyeri dan berwarna merah segar, TFU 34 cm, punggung kanan, presentasi kepala dan DJJ 140x/mnt. Apa Tindakan keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Observasi pembukaan jalan lahir
 - Pantau Intake output cairan
 - Health Education untuk makan sedikit tapi sering
 - Pantau DJJ setiap 30 mnt
 - Anjurkan untuk Tirah baring

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN MATERNITAS

1. D. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan massage uterus dan menilai kontraksi

Pasien dalam kala IV.

- Salah satu Tindakan inisiasi menyusui dini
- dilakukan setelah Tindakan persalinan selesai kemudian ibu dibersihkan
- ini dilakukan apabila ada kelainan pada bayi atau APGAR Score tidak normal
- hal ini dilakukan untuk mendeteksi dan mencegah terjadinya perdarahan setelah persalinan atau disebut dengan observasi involusi
- Tindakan dalam perawatan bayi baru lahir

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Kala IV setelah persalinan.

Referensi: Reeder, Martin, Koniak, Griffin. 2015. Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga (Volume 1) (Edisi 18). Jakarta : EGC

2. A. Cek adanya lilitan tali pusat

Tahap persalinan Kala II dengan posisi kepala janin sudah di luar

- Setelah kepala bayi keluar tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat adalah memeriksa dan memastikan Apa ada lilitan tali pusat pada leher bayi sebelum tahap pengeluaran bayi selanjutnya.
- Lakukan pegangan biparietal
Posisi tangan si penolong persalinan di kiri kanan kepala bayi
- Lahirkan bahu depan dan belakang
Tahap pengeluaran bahu bayi
- Bersihkan mata hidung dan mulut bayi
Tahap pembersihan bayi setelah keluar
- Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar

Tahap paksi luar dalam proses persalinan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang proses persalinan terutama pada Kala II.

Referensi: Reeder, Martin, Koniak, Griffin. 2015. Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga (Volume 1) (Edisi 18). Jakarta : EGC.

3. E. IUD

Haid tidak teratur dan penyuluhan tentang KB

- Menggunakan Kondom
Tidak direkomendasikan
- Pantang berkala
Tidak di rekomendasikan
- Tubektomi

- Tindakan bagi pasangan yang tidak ingin punya anak lagi atau yang berisiko untuk hamil lagi
- d. Vasektomi
Tindakan bagi pasangan yang tidak ingin punya anak lagi atau yang berisiko untuk hamil lagi
 - e. IUD
Alat kontrasepsi yang di pasang dalam. Yang efektif mencegah kehamilan 99%. Dan sangat di anjurkan pada pasien yang tidak haid, dan tidak mempunyai efek samping

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang macam-macam KB.

Referensi: BKKBN. 2020. Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional 2020. Jakarta.

4. C. 13 Jakarta 2024
HPHT 6 April 2023

- a. 28 Desember 2023
Tidak sesuai dengan rumus naegel's Rule dengan HPHT yang tertulis
- b. 10 Januari 2024
Tidak sesuai dengan rumus naegel's Rule dengan HPHT yang tertulis
- c. 13 Jakarta 2024
Sesuai dengan perhitungan rumus naegel's Rule dengan HPHT yang tertulis (Bulan April- Desember) dimana pada tanggal tambah 7, bulan dikurangi 3 dan tahun ditambah 1
- d. 14 Jakarta 2024
Tidak sesuai dengan rumus naegel's Rule dengan HPHT yang tertulis
- e. 2 Februari 2024
Tidak sesuai dengan rumus naegel's Rule dengan HPHT yang tertulis

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep antenatal.

Referensi: Reeder, Martin, Koniak, Griffin. 2015. Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga (Volume 1) (Edisi 18). Jakarta : EGC.

5. C. Anjurkan untuk tirah baring.
Keluar Flek darah segar dan hasil USG yang plasenta menutupi sebagian jalan lahir.

- a. Kaji jumlah darah yang hilang
Tidak sesuai karena belum ada pendarahan yang banyak
- b. Kolaborasi pemberian heparin
Tidak tindakan keperawatan utamaAnjurkan untuk tirah baring
- c. Anjurkan untuk tirah baring tindakan keperawatan yang seharusnya diberikan karena dengan tirah baring membuat otot rahim akan relaksasi sehingga dapat mengatasi pelepasan plasenta yang akan terjadi.

- d. pantau intake output cairan
tidak sesuai data tidak mendukung
- e. pantau pergerakan janin

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang antenatal care.

Referensi: Ratnawati, Ana. 2014. Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta: Jakarta. Pustaka Baru Press.

6. A. Ajarkan *kegel exercise*

Sering berkemih dan kepala janin Jakarta masuk PAP tanda persalinan tetapi kehamilan baru 35 minggu.

- a. ajarkan *kegel exercise*
dengan *kegel exercise* akan memperkuat otot panggul bawah sehingga akan dapat mengatasi kelahiran
- b. anjurkan memakai pampers
hanya untuk mengatasi keluhan BAK yang sering
- c. ajarkan latihan napas dalam
tidak priotas dalam mengatasi masalah yang di hadapi pada kasus tesebut
- d. anjurkan untuk tidak menahan BAK
tidak relevan
- e. anjurkan untuk membatasi intake cairan di malam hari
tidak relevan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang antenatal.

Referensi: Stiyaningrum, Erna. 2017. Buku Ajar Kegawat Daruratan Maternitas Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas. Jakarta: Indomedia Pustaka.

7. B. *Beneficience*

Prinsip etik

- a. *Nonmaleficience* : Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/ cedera fisik dan psikologis pada klien.
- b. *Beneficience* :*Beneficience* berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain.
- c. *Autonomy* .Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikirlogis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain.
- d. *Juctice* .Prinsip keadilan dibutuhkan untuk terpai yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan.

- e. *Veracity* :Prinsip *veracity* berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiapklien dan untuk meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang etika legal dalam keperawatan.

Referensi: Amelia, N. (2013) Prinsip Etika Keperawatan. Edited by L. Witjaksana. Jogjakarta: D-Medika.

8. C. Tanda REEDA

Nyeri , terdapat cairan pada jahitan episiotomi.

- a. Homan sign
Tes skrining yang digunakan untuk memeriksa trombosis vena dalam di betis. Kadang-kadang disebut tanda dorsofleksi. Biasanya ditandai dengan nyeri pada ekstremitas
- b. Lochea
perdarahan yang terjadi pada ibu setelah melahirkan ditandai dengan pengeluaran per vagina
- c. Tanda REEDA
 - Inti dari kasus diatas ada luka jahitan pada perineum sehingga tanda yang harus di kaji adalah *REEDA*
 - *R : Redness : kemerahan*
 - *E : Edema : pembengkakan*
 - *E : Ekimosis : kebiruan*
 - *D : Dischart : pengeluaran*
 - *A : Aproximation : kekuatan jaringan*
- d. Involusi uteri
kembali uterus kedalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan atau ditandai dengan tinggi fundus uteri.
- e. Diastasis rektus abdominalis
ditandai dengan pemeriksaan otot abdomen.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang adaptasi fisiologi post partum.

Referensi: Reeder, Martin, Koniak, Griffin. 2015. KeperawatanMaternitas: Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga (Volume 1) (Edisi 18). Jakarta : EGC.

9. E. Alat Kontrasepsi dalam rahim

TD140/90 mmHg, mempunyai riwayat hipertensi

- a. Pil
Mengandung hormonal tidak dianjurkan pada pasien dengan hipertensi
- b. Implant
Mengandung hormonal tidak dianjurkan pada pasien dengan hipertensi
- c. Suntik
Mengandung hormonal tidak dianjurkan pada pasien dengan hipertensi
- d. Kontrasepsi mantap
kontrasepsi ini menjadikan Perempuan tidak akan dapat memiliki anak
- e. Alat kontrasepsi dalam rahim
Kontrasepsi yang menghambat proses pertemuan antara sperma dan sel telur yang di pasang di mulit Rahim

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang keluarga berencana.

Referensi: BKKBN. 2018. Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan

BKKBN. 2020. Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional 2020. Jakarta

10. E. 32 Minggu TFU 28 cm

Untuk menghitung usia kehamilan menggunakan rumus Mc. Donald's dengan:
TFU dalam cm X 8 : 7 =minggu

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang antenatal care.

Referensi: Reeder, Martin, Koniak, Griffin. 2015. KeperawatanMaternitas: Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga (Volume 1) (Edisi 18). Jakarta : EGC.

11. E. 17 Oktober 2023 HPHT 10 Jakarta 2023

- a. 17 Oktober 2024 bukan hasil dari rumus +7 +9 +0 salah pada tahun
 - b. 17 Agustus 2023 bukan hasil dari rumus +7 +9 +0
 - c. 17 September 2023 bukan hasil dari rumus +7 +9 +0
 - d. 17 Desember 2023 bukan hasil dari rumus +7 +9 +0
 - e. 17 Oktober 2023 hasil dari rumus +7 +9 +0
- | | | |
|----|----|------|
| 10 | 1 | 2023 |
| +7 | +9 | 0 |
| 17 | 10 | 2023 |

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara menghitung hari perkiraan lahir.

Rumus yang digunakan adalah

+7 untuk hari -3 untuk bulan dan +1 untuk tahun jika HPHT bulan April sd Desember

+7 untuk hari +9 untuk bulan dan tahun tetap jika HPHT pada bulan Jakarta sd Jakarta

Referensi: Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga Edisi 8 Vol 1. Jakarta: EGC.

12. A. 3100 gram

TFU 31 cm dan sudah masuk pintu atas panggul.

- a. 3100 gram sesuai dengan rumus dan TFU
- b. 3150 gram tidak sesuai
- c. 3200 gram tidak sesuai
- d. 1550 gram tidak sesuai
- e. 1570 gram tidak sesuai

Tafsiran berat badan janin menggunakan rumus

$TBJ = (TFU - n) \times 155$ gram Menurut Jonhson.

Catatan :

n=11, jika kepala bayi sudah melewati spina Ischiadika (Hodge III)

n = 12, jika kepala bayi sudah memasuki PAP

n = 13, Jika kepala janin masih Floating

Mahasiswa diharapkan mempelajari tentang rumus jonhson yaitu bagaimana cara menghitung tafsiran berat janin, sehingga pada saat membaca soal sudah mengetahui kata kunci dari soalnya membaca TFU dan seberapa besar masuk PAP.

Referensi: Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga Edisi 8 Vol 1. Jakarta: EGC.

13. E. Kontraksi uterus keras

Post partum dengan keluhan perdarahan, kontraksi uterus lembek ada distensi kandung kemih dan sudah di kosongkan kandung kemih pasien.

- a. Urin keluar lancar itu hanya evaluasi setelah dipasang kateter
- b. kandung kemih kosong itu hanya evaluasi setelah dipasang kateter
- c. Tinggi fundus uteri setinggi pusat post partum yang normal 3 jari di bawah pusat
- d. darah pervaginam keluar encer bukan evaluasi Jakarta diharapkan
- e. kontraksi uterus keras ini adalah evaluasi yang diharapkan dari Tindakan pengosongan kandung kemih dan masase uterus harapannya kontraksi uterus mengeras dan perdarahan post partum bisa diatasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang evaluasi manajemen perdarahan post partum.

Referensi: Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga Edisi 8 Vol 1. Jakarta: EGC.

**14. C. Masase fundus uteri selama 10 detik
Sesuai dengan penanganan pada bayi baru lahir**

- Mengecek kelengkapan plasenta cek plasenta dilakukan setelah masase fundus uteri
- Memeriksa kontraksi uterus diperiksa setelah masase fundus uteri
- Masase fundus uteri selama 10 detik dilakukan setelah plasenta lahir jadi ini adalah jawaban yang tepat
- Memberikan suntikan oksitosin 10 unit suntikan oksitosin diberikan di awal manajemen aktif kala tiga sebelum PTT
- Membersihkan perinium hal ini dilakukan di akhir tindakan

Manajemen aktif kala III terdiri dari

- Oksitosin
- PTT (penegangan tali pusat terkendali)
- Masase fundus uteri

Suntik oksitosin sudah diberikan, PTT juga sudah dilakukan dan plasenta juga sudah lahir sehingga tindakan yang paling tepat adalah masase fundus uteri selama 10 detik baru melakukan pengecekan kelengkapan plasenta.

Mahasiswa di harapkan mempelajari kembali tentang urutan dari manajemen aktif kala persalinan.

Referensi: Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga Edisi 8 Vol 1. Jakarta : EGC.

**15. B. Bedrest
Keluar darah dari jalan lahir umur kehamilan 30 minggu.**

- Tranfusi Pasien ini belum membutuhkan tranfusi karena tidak ada data yang Jakarta hb rendah
- Bedrest Pada pasien plasenta previa terjadi perdarahan ketika melakukan aktifitas karena ada pergeseran plasenta. Maka tindakan yang tepat pada pasien ini adalah bedrest.
- Persiapan operasi pasien tidak masuk indikasi yang harus dilakukan operasi.
- Pimpin persalinan Pasien belum masuk indikasi untuk bersalin karena usia kehamilan 30 minggu
- Observasi kemajuan persalinan. Pasien belum masuk tanda tanda persalinan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kemabli tentang manajemen asuhan keperawatan pada pasien dengan palsenta previa.

Referensi: Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga Edisi 8 Vol 1. Jakarta: EGC.

**16. A. Tidak melakukan hubungan seksual 2 hari sebelum pemeriksaan.
Deteksi awal dengan menggunakan papsmear**

- a. Tidak melakukan hubungan seksual 2 hari sebelum pemeriksaan sperma akan mempengaruhi hasil pemeriksaan
- b. Tidak minum antibiotik selama 2 hari sebelum pemeriksaan tidak ada dalam persiapan papsmear
- c. Datang kembali saat menstruasi hari ke tujuh pemeriksaan papsmear tidak dilaksanakan saat pasien masih menstruasi
- d. Paling tepat dilakukan saat masa subur tidak ada syarat masa subur adalah waktu yang tepat untuk papsmear
- e. Puasa 12 jam sebelum pemeriksaan. Tindakan pemeriksaan ini tidak memerlukan puasa sebelum untuk mendapatkan hasil.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang indikasi dan persyaratan pemeriksaan papsmear.

Referensi: Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga Edisi 8 Vol 2. Jakarta: EGC.
(Masih 10 tahun yang lalu).

**17. E. Susui bayi sesering mungkin
Asi belum lancar, ibu jarang menyusui, refleks hisap bayi kuat.**

- a. Lakukan kompres hangat pada payudara kompres hangat hanya akan memberikan nyaman tetapi tidak memperlancar ASI
- b. Ajarkan teknik relaktasi Teknik ini dilakukan bagi ibu yang pernah gagal menyusui dan ingin menyusui lagi.
- c. Ajarkan posisi perlekatan di kasus tidak ada yang menggambarkan ibu salah dalam pelekatan
- d. Lakukan perawatan payudara pasien Post SC hari pertama
- e. Susui bayi sesering mungkin karena ibu jarang menyusui harapannya Ketika ibu sering menyusui dan reflex hisap bayi kuat maka dapat merangsang produksi ASI

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Manajemen laktasi pada ibu post partum.

Referensi: SIKI 2017, Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga Edisi 8 Vol 1. Jakarta: EGC.

**18. D. Confidentiality
Pasien meminta kepada perawat untuk merahasiakan kepada suami dan anak anaknya.**

- a. Fidelity adalah menepati janji
- b. Justice adalah keadilan
- c. Beneficence adalah berbuat baik
- d. Confidentiality Prinsip etik yang diterapkan oleh perawat adalah prinsip confidentiality.
Prinsip confidentiality adalah prinsip yang menjaga informasi tentang klien. Informasi bisa disampaikan jika dengan persetujuan keluarga dan pada kasus pengadilan.
- e. Nonmaleficence adalah tidak merugikan atau tidak membahayakan pasien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep etik keperawatan.

Referensi: Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2013). Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga Edisi 8 Vol 2. Jakarta: EGC.

19. A. Melakukan pemantauan DJJ

Pengkajian kala I, lender dan darah belum keluar

- a. Melakukan pemantauan DJJ focus pengkajian pada kala 1 adalah pemantauan DJJ dan adanya DJJ menandakan kesejahteraan janin.
- b. Melakukan massage pada fundus kalau mau memberikan masase untuk mengurangi nyeri akan lebih baik jika dilakukan di bagian punggung ibu
- c. Menentukan punggung janin pada kala satu harapannya punggung janin sudah diketahui dari awal
- d. Menentukan tinggi fundus uteri ini juga saat tindakan leopold
- e. Menentukan presentasi janin ini juga saat tindakan leopold bukan saat Kala I

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Kesejahteraan janin dipantau saat Kala I.

Referensi: Bobak Lowdermilk, Jensens, (2006), *Buku ajar keperawatan maternitas*, edisi 6, EGC, Jakarta

Moudy Lombogia, (2017), *Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Konsep, Teori dan Modul Praktikum*, Jakarta Pustaka

Deltra Lowdermilk, Shannon Perry, Merry Catherine Cashion, (2013), *Keperawatan Maternitas 8 th, Edition*, Mosby

20. B. Amniotomi

Pembukaan lengkap, ketuban masih utuh.

- a. Episiotomi dilakukan jika menemukan indikasi yang tepat seperti perinium kaku
- b. Amniotomi tindakan ini tepat dilaksanakan karena pembukaan sudah lengkap akan tetapi ketuban masih utuh dengan di pecahnya selaput ketuban harapannya merangsang kontraksi dan bayi cepat keluar
- c. Periksa dalam baru saja dilaksanakan

- d. Observasi DJJ tindakan ini tidak tepat dilakukan karena persoalannya adalah ketuban masih utuh tetapi pembukaan sudah lengkap
- e. Observasi perdarahan di kasus tidak ada yang mengarah pada kasus perdarahan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Manajemen kala II.

Referensi: Bobak Lowdermilk, Jensens, (2006), *Buku ajar keperawatan maternitas*, edisi 6, EGC, Jakarta

Moudy Lombogia, (2017), *Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Konsep, Teori dan Modul Praktikum*, Jakarta Pustaka

Deltra Lowdermilk, Shannon Perry, Merry Catherine Cashion, (2013), *Keperawatan Maternitas 8 th*, Edition, Mosby

21. C. Posisi terendah adalah bokong

Leopold 3 menentukan Apa sudah masuk PAP atau belum dan bagian terendah janin apa yang ada di PAP, tertera lunak, kurang bundar dan tidak melenting di area suprapubik, janin tunggal/satu.

- a. Kepala dibawah belum masuk PAP
Leopold 3. Dimana pemeriksaan untuk menentukan Apa bagian terbawah sudah masuk PAP
- b. Punggung Sebelah Kiri
Leopold 2 adalah pemeriksaaan untuk menentukan letak punggung janin
- c. Posisi terendah adalah bokong
Pada maneuver leopold yang ke 3 adalah pemeriksaan area suprapubik untuk menentukan apa bagian janin yang posisinya di bawah (depan jalan lahir) dan Apa bagian tersebut sudah masuk pintu atas panggul. Kalau ciri-cirinya teraba lunak, kurang bundar dan tidak melenting di area suprapubik maka bagian tersebut adalah bokong janin.
- d. Letak Janin Sungsang
Leopold 1, dimana pemeriksaan untuk menentukan tinggi Fundus uteri, usia kehamilan dan bagian janin apa yang ada didaerah fundus. Bila teraba bulat keras berarti kepala tetapi apabila teraba bulat lunak berate bokong dan disebut letak janin sungsang
- e. Letak Janin Melintang
Leopold 2: yang mana ditemukan pemeriksaan kepala janin disamping kiri atau kanan, sementara di leopold 2 menentukan daerah punggung dan bagian bagian terkecil janin, yang akan teraba dikiri atau kanan ibu Panjang keras berarti punggung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaaan ibu Hamil.

Referensi: JNPK-KR. (2008a). *Asuhan persalinan normal: Asuhan esensial, pencegahan dan penanggulangan segera komplikasi persalinan dan bayi baru lahir*. Jakarta: Health Service Program-USAID

22. D. Edema

Kasus ibu hamil dengan preeklampsia dengan keluhan pusing, mata agak kabur, dan penglihatan berkunang-kunang serta terasa tidak nyaman untuk berdiri.

- a. Pola Nutrisi
Salah satu Masalah keperawatan
- b. Pola Eliminasi
Salah Satu masalah keperawatan
- c. Pola Tidur
Salah satu masalah keperawatann
- d. Edema
Preeklamsi: tiga data: TD tinggi, edema, proteinurine Data focus pada kasus di atas adalah umur kehamilan 38 minggu, tekanan darah 145/100 mmHg, pusing, mata agak kabur, mual, kadang terasa tidak nyaman untuk berdiri merupakan tanda dan gejala preeklampsia. Penderita preeklampsia mengalami resistensi pembuluh darah sehingga dimanifestasikan dengan tekanan darah yang tinggi. Akibat resistensi pembuluh darah, supplay darah ke seluruh organ menurun sehingga menurunkan kerja multi organ yang manifestasikan oleh mata dengan pandangan menjadi kabur, otak dengan keluhan pusing, ginjal fungsinya menurun menyebabkan edema dan protein urine.
- e. Pola istirahat
Salah satu masalah keperawatan

Mahasiswa diharapkan mempelajari Kembali tentang konsep kehamilan.

Referensi: Kumalasari, I. (2017). *Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal Bayi Baru Lahir & Kontrasepsi*. Jakarta: EGC.

23. D. Menyimpulkan materi

Pemberian edukasi tentang “Nutrisi Ibu Hamil”, sudah selesai disampaikan dengan beberapa Langkah.

- a. Memberi Salam
Tahap awal dalam memberikan penyuluhan
- b. Memberi Pujian
Aprisiasi yang diberikan kepada audien dalam menjawab pertanyaan dari penyaji
- c. Menutup pertemuan
Tahap akhir dalam memberikan penyuluhan
- d. Menyimpulan materi
edukasi adalah Menyimpulkan materi. Tahapan dalam penyuluhan Kesehatan meliputi: Memberi salam, Apersepsi tentang gizi ibu hamil, menyampaikan materi, melakukan tanya jawab, dan menyimpulkan materi

- e. Melakukan tanya jawab
Tahap memberikan kesempatan pada audien untuk bertanya tentang materi yang di berikan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep kehamilan.

Referensi: Bobak, M.I, Lodermik, L.D., & Jensen, D.M. (2005). Buku Ajar keperawatan maternitas. Alih bahasa Maria A. Wijayarini & Peter I. Anugerah.

24. E. Risiko Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

- a. Ansietas
Adalah kecemasan tidak mendukung dari data
- b. Defisit volume cairan
Tidak ada data yang mendukung terjadinya kekurangan volume cairan
- c. Gangguan rasa nyaman: nyeri
Tidak ada data yang mendukung tentang nyeri
- d. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
Ada data yng mendukung mual-muntah , tidak ada nafsu makan , konjungtiva anemis dan adanya penurunan BB sebelum hamil dan saat hamil
- e. Risiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
Bukan Jakarta lagi kerana kasus sudah aktual dimana terlihat dari data hasil pengkajian dan pemeriksaan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep pada ibu hamil.

Referensi: Lowdermilk, Ferry, Cassion. 2013. Keperawatan Maternitas Edisi 8. Elsevier: Singapura

25. E. Pemeriksaan kertas lakmus

Keluar Air 1 jam yang lalu, merupakan air ketuban, didukung dengan perut tegang, kontraksi uterus ada.

- a. Pemeriksaan USG
USG salah satu pemeriksaan yang bertujuan untuk mendeteksi kondisi kehamilan atau dapat memonitor perkembangan janin
- b. Pemeriksaan dalam
Pemeriksaan yang bertujuan untuk mengetahui pembukaan servik dalam proses persalinan
- c. Pemeriksaan Laboratorium
Pemeriksaan yang berguna untuk membantu dalam menentukan diagnosis penyakit atau kelainan
- d. Pemeriksaan Denyut jantung janin
Pemeriksaan untuk mengetahui kondisi janin
- e. Pemeriksaan Kertas Lakmus

Kertas Lakmus Lakmus adalah kertas khusus berwarna merah dan biru yang **dapat menilai tingkat keasaman dari suatu cairan**. Mudah-mudahan, ketika kertas lakmus merah ditetaskan air ketuban, maka kertas warna merah tersebut akan berubah menjadi biru.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep persalinan.

Referensi: Rosdahl, C.B., Kowalski, M.T (2015). *Buku Ajar: keperawatan dasar*. EGC.Jakarta

26. E. Menjelaskan proses persalinan

Keluar cairan ketuban, Perut tegang, kontraksi ada, pembukaan servix 4 cm maka pasien sedang pada kala 1.

- Menenangkan pasien
Hal yang wajar dilakukan saat seorang cemas dengan kondisinya bisa dilakukan oleh keluarganya
- Memecahkan kantong ketuban
Air Ketuban sudah pecah dengan data keluar air merembes
- Menganjurkan pasien mengedan
Belum masuk kala II
- Menghadirkan keluarga didekat klien
Salah satu pendukung dalam persalinan
- Menjelaskan proses persalinan
Pasien berada Kala 1 persalinan ditandai ketika ibu mulai merasakan **kontraksi yang teratur** dan adanya pembukaan serviks. Karena itu perawat harus menjelaskan proses persalinan, dimulai tahapan pembukaan serviks, kontraksi, dan tehnik mengedan yang tepat untuk persiapan persalinan sehingga cemas pasien teratasi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep persalinan.

Referensi: Rosdahl, C.B., Kowalski, M.T (2015). *Buku Ajar: keperawatan dasar*. EGC.Jakarta

27. E. Anjurkan makan dengan porsi kecil dan sering

Mual Muntah, tidak ada nafsu makan, pasien lemas tidak mampu melakukan aktifitas sehari-hari, muka pucat dan kunjungtiva pucat

- Berikan cairan intravena
Tindakan kolaborasi
- Anjurkan keluarga membantu aktifitas klien
Memang termasuk salah satu intervensi Jakarta tidak yng utama karena belum mengatasi masalah pasien
- Edukasi ibu tentang perawatan selama kehamilan
Tidak termasuk tindakan dalam mengatasi masalah kondisi kilien secara langsung

- d. Anjurkan klien mendekat sendiri pada Tuhannya
Salah satu untuk memberikan kekuatan pada pasien dalam menenangkan diri
- e. Anjurkan klien makan dengan porsi kecil dan sering
Untuk memenuhi kebutuhan ibu hamil muda adalah dengan memberikan makanan porsi kecil dan sering sehingga kebutuhan nutrisi ibu bisa terpenuhi .

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Askep ibu hamil.

Referensi: Rosdahl, C.B., Kowalski, M.T (2015). *Buku Ajar: keperawatan dasar*. EGC.Jakarta

28. E. Melakukan massage uterus

Proses pada Kala III, tidak ada tanda pelepasan plasenta setelah menunggu 5 menit

- a. Melakukan suntikan syntosinon yang kedua
Tindakan kolaborasi
- b. Meminta ibu untuk memilin puting susu
Salah satu untuk membantu kontraksi uterus tapi sedikit reaksi yang terjadi
- c. Melakukan inisiasi menyusui dini
Salah satu untuk membantu kontraksi uterus tapi sedikit reaksi yang terjadi
- d. Menunggu sampai plasenta lepas
Bukan tindakan dalam membantu kontraksi uterus dalam pelepasan plasenta
- e. Melakukan massage uterus

Jika tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta maka tindakan perawat dalam proses pelepasan plasenta dengan memberikan syntosinin untuk merangsang kontraksi uterus, jika tidak bisa juga bisa dilakukan dengan massage uterus yang berfungsi juga untuk merangsang kontraksi uterus ibu

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Tanda dan gejala selama Persalinan.

Referensi: Rosdahl, C.B., Kowalski, M.T (2015). *Buku Ajar: keperawatan dasar*. EGC.Jakarta

29. A. Mastitis

Demam, Nyeri Payudara, Payudara terasa keras dan ibu jarang menyusui bayinya

- a. Mastitis
Jika seorang ibu selama melahirkan tidak memberikan menyusui secara tidak maksimal maka akan terjadi infeksi atau bendungan dari pada payudara. Yang kita sebut dengan Mastitis
- b. Infeksi postpartum
Tidak ada data tentang tanda-tanda Reeda
- c. Fever
Demam adalah salah satu tanda gejala terjadinya infeksi
- d. Kanker payudara
Tidak ditemukan adanya massa
- e. FAM
Tidak ditemukan adanya tanda-dan gejala

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Pemeriksaan fisik pada ibu post partum terutama pada pemeriksaan payudara.

Referensi: Chapman, L & Durham RF. (2010). Maternal-Newborn Nursing : The Critical Components of Nursing Care. Philadelphia : F.A. Davis Company p.237

30. E. Ketidaksiapan mempunyai anak

Sulit tidur, susah berkonsentrasi, pasien baru menikah dan pasangan tidak pernah pulang.

Ibu akan lebih sensitif dalam segala hal, terutama yang berkaitan dengan dirinya serta bayinya. Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting. Pada masa ini, ibu cenderung pasif dan tergantung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang psikologi post partum.

Referensi: Ward, Susan L & Hisley, S. (2009). Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children and Families. Philadelphia : F.A. Davis Company p.502

31. D. IUD/AKDR

Konsultasi dalam Pemasangan KB

- a. Pil
Pil juga bisa mempengaruhi siklus haid dan kadang tidak aman pada ibu yang tidak patuh
- b. Implant
Dapat meninggalkan bekas luka
- c. Suntik
Suntik juga bisa mempengaruhi siklus haid dan tidak di anjurkan juga pada ibu yang tidak patuh aturan
- d. IUD/AKDR
IUD mampu mencegah kehamilan dengan efektif dan aman digunakan pada ibu dengan TD tinggi (halnya pasien TD 140/90 mmHg)

- e. Kontap
Tidak bisa untuk hamil lagi atau KB untuk ibu-ibu yang tidak ingin punya anak lagi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali Keluarga Berencana.

Referensi: Bobak, Lowdermilk, Jensen. 2013. Maternity Nursing. Eighth edition. Mosby-Year Book, Inc.

32. C. 2 Oktober 2023 **HPHT ibu hamil**

- a. Tidak sesuai rumus karena masih ada kesalahan di tahun
- b. Tidak sesuai rumus
- c. 2 Oktober 2023
Untuk HPHT bulan Januari sd Maret menggunakan rumus
+7 untuk hari +9 untuk bulan +0 untuk tahun
26 Januari 2023
 $+7 \text{ untuk hari } 26 + 7 = 33$ dibulan januari itu sampai tgl 31 berarti
(27, 28, 29, 30, 31 Jan 1, 2 = 7) berarti tanggalnya menjadi 2
+9 untuk bulan Januari menjadi Oktober
+0 untuk tahun 2023 tetap 2023
- d. Tidak sesuai rumus
Tidak sesuai rumus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang rumus tafsiran persalinan.

Referensi: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas (1- vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8.

33. A. 32 Minggu **HPHT ibu hamil**

Rasional A : rumus menggunakan mc. donald dengan $TFU \times 8 : 7 =$ hasil dalam minggu
Rasional B : rumus menghitung usia kehamilan
Rasional C : rumus menghitung usia kehamilan dengan menghitung TFU
Rasional D : rumus menghitung usia kehamilan dengan menghitung HPHT
Rasional E : rumus menghitung usia kehamilan dengan menghitung tanggal kunjungan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang menghitung usia kehamilan.

Referensi: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas (1- vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8

34. C. Melakukan pemeriksaan DJJ
Pemeriksaan ibu hamil dgn leupold

Rasional A : mengatur posisi dilakukan untuk memberikan kenyamanan pada pasien dalam menilai DJJ dan ini dilakukan sebelum dilakukan pemeriksaan leupold.

Rasional B : penilaian kontraksi langkah setelah pemeriksaan DJJ

Rasional C : pemeriksaan djj dilakukan setelah dilakukan palpasi leupold

Rasional D : klarifikasi ke denyut arteri radialis ibu untuk memastikan bahwa yang dinilai memang DJJ bukan nadi ibu.

Rasional E : punction maksimum adalah daerah yang harus dicari untuk menilai DJJ

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan fisik ibu hamil.

Referensi; Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013).Keperawatan Maternitas (1- vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8

35. B. G3P1A1
Pemeriksaan ibu hamil dgn status obstetric.

Rasional A : -

Rasional B : Anak 2 hidup (P2), Abortus 1 x (A1), Kehamilan ke 4 (G4)

Rasional C : -

Rasional D :-

Rasional E : -

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan fisik ibu hamil.

Referensi: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas (1- vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8

36. A. Gangguan perfusi jaringan perifer
Pemeriksaan ibu hamil dgn status obstetric.

Rasional: Gangguan perfusi jaringan terjadi karena sirkulasi darah ke uteroplacenta menurun.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan fisik ibu hamil.

Referensi: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas (1- vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8

37. B. Kekurangan volume cairan
Frekuensi mual dan muntah yang sering .

Gangguan volume cairan terjadi akibat frekuensi mual dan muntah yang sering.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pemeriksaan fisik ibu hamil.

Referensi: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas (1- vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8

**38. B. Masasee uterus
Tinggi fundus uteri.**

Massage uterus bertujuan untuk menstimulasi kontraksi uterus.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi pada ibu hamil.

Referensi: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013). Keperawatan Maternitas (1- vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8

**39. C. Emosi, instrumental, informasi, penilaian
Adaptasi psikologis.**

Di sini bumil mengalami banyak perubahan psikologis dalam hidupnya. Contohnya, mulai dari ambivalensi (perasaan tidak sadar yang saling bertentangan terhadap situasi yang sama), perubahan suasana hati, kecemasan, kelelahan, kegembiraan, hingga depresi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perubahan psikologis pada ibu hamil.

Referensi: Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC (2013).Keperawatan Maternitas (1- vol set). Edisi Bahasa Indonesia 8

40. A. 13.00 WIB

Pada jam berapa perawat melakukan pemeriksaan dalam yaitu pukul 09.00 WIB sehingga 4 jam kemudian adalah 13.00 WIB.

Pemantauan persalinan setelah memasuki kala 1 fase aktif (dimulai dari pembukaan 4 cm) adalah dengan menggunakan partograph. Hal yang di pantau partograph setiap 30 menit sekali adalah denyut jantung janin, kontraksi uterus dan frekuensi nadi. Pemeriksaan dalam idealnya dilakukan 4 jam sekali untuk mengetahui pembukaan serviks, penurunan kepala, ketuban dan penyusupan/molase kepala.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Keperawatan Maternitas (Intranatal) Keperawatan, terutama pada Proses pengkajian Intranatal.

41. E. Anjurkan untuk Tirah baring

Pada pasien plasenta previa maka intervensi utama adalah tirah baring.

Semua pasien dengan perdarahan pervagina pada kehamilan trimester III, dirawat di rumah sakit tanpa dilakukan pemeriksaan dalam. Penganan plasenta previa bergantung pada : keadaan umum pasien, Kadar Hb, jumlah Perdarahan yang terjadi, umur kehamilan/tafsiran BB janin, jenis plasenta previa, paritas dan kemajuan persalinan. Penanganan utama pada plasenta previa adalah tirah baring. Pemberian tirah baring akan mengurangi penekanan plasenta dan pergerakan yang banyak dapat mempermudah pelepasan plasenta sehingga dapat terjadi perdarahan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Keperawatan Maternitas (Intranatal) Keperawatan, terutama pada Proses pengkajian Intranatal.

LATIHAN SOAL KEPERAWATAN
JIWA

SOAL KEPERAWATAN JIWA

1. Laki-laki, 35 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan keluhan mengkritik diri sendiri. Hasil pengkajian, pasien mengatakan merasa tidak mampu, pandangan hidup pesimis dan penurunan produktifitas. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Waham
 - b. Halusinasi
 - c. Isolasi social
 - d. Harga diri rendah
 - e. Risiko perilaku kekerasan
2. Perempuan, 40 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan Harga Diri Rendah. Perawat menghampiri pasien, memberi salam, memvalidasi keadaannya, lalu menyepakati perbincangan tentang kemampuan pasien dalam berkegiatan, tempat dan waktu pertemuannya. Apa tahap penerapan komunikasi terapeutik pada kasus tersebut?
 - a. Kerja
 - b. Orientasi
 - c. Terminasi
 - d. Perkenalan
 - e. Prainteraksi
3. Laki-laki, 36 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Hasil pengkajian: cenderung menyendiri, pasien merasa kesepian, tidak berguna dan bosan, tidak ada kontak mata, afek tumpul dan tidak dapat mengambil keputusan. Apa masalah keperawatan jiwa yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Waham
 - b. Halusinasi
 - c. Isolasi sosial
 - d. Harga diri rendah
 - e. Risiko perilaku kekerasan
4. Perempuan, 41 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan isolasi sosial. Perawat akan melakukan wawancara untuk mendapatkan data subjektif dan pasien terlihat kooperatif selama interaksi. Apa pertanyaan yang paling tepat digunakan oleh perawat pada kasus tersebut?
 - a. Apa pasien mempunyai teman dekat?
 - b. Apa pasien merasa diawasi oleh orang lain?
 - c. Apa pasien takut terhadap objek atau situasi tertentu?
 - d. Apa pasien merasa cemas yang berlebihan terhadap kesehatannya?
 - e. Apa pasien pernah merasa bahwa benda-benda di sekitarnya aneh?
5. Laki-laki, 37 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Hasil pengkajian: pasien mengatakan ada serangga berjalan di kulitnya, merasa seperti tersengat listrik, terlihat menggaruk-garuk permukaan kulit, hasil observasi perawat tidak ada

- sumber gangguan yang dimaksud pasien. Apa masalah keperawatan jiwa yang tepat pada kasus tersebut?
- Waham
 - Halusinasi
 - Isolasi sosial
 - Harga diri rendah
 - Risiko perilaku kekerasan
6. Perempuan, 42 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan Halusinasi. Hasil pengkajian: pasien mengatakan melihat bayangan dan bentuk seperti monster, terlihat menunjuk-nunjuk ke arah tertentu, dan tampak ketakutan. Apa jenis halusinasi yang dialami pasien pada kasus tersebut?
- Peraba
 - Penciuman
 - Pengecapan
 - Pengelihatan
 - Pendengaran
7. Laki-laki, 38 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan Halusinasi. Perawat akan melatih pasien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik sebagai upaya mengendalikan diri dan menolak munculnya halusinasi. Apa tahapan pertama latihan menghardik yang tepat pada kasus tersebut?
- Memperagakan cara menghardik
 - Meminta pasien memperagakan ulang
 - Memantau penerapan cara menghardik
 - Menjelaskan cara menghardik halusinasi
 - Menguatkan perilaku pasien dalam menghardik
8. Perempuan, 43 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan waham. Perawat akan melakukan wawancara untuk mendapatkan data subjektif, dan saat ini pasien terlihat kooperatif selama interaksi. Apa pertanyaan yang paling tepat digunakan oleh perawat pada kasus tersebut?
- Apa pasien mempunyai teman dekat?
 - Apa pasien merasa bahwa waktu begitu lama berlalu?
 - Apa pendapat pasien tentang orang-orang di sekitarnya?
 - Apa yang pasien inginkan dari orang-orang di sekitarnya?
 - Apa pasien cemas secara berlebihan tentang kesehatannya?
9. Laki-laki, 39 tahun, dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan Waham. Hasil pengkajian: pasien mengatakan, "Saya tahu, Anda ingin menghancurkan hidup saya karena iri dengan kesuksesan saya", secara berulang-ulang saat berinteraksi dengan perawat. Apa jenis Waham yang dialami pasien pada kasus tersebut?
- Curiga
 - Agama
 - Somatik
 - Nihilistik
 - Kebesaran

10. Perempuan, 44 tahun, dirawat di ruang IGD Rumah Sakit Jiwa. Hasil pengkajian: berbicara kasar, mengancam secara verbal dan fisik, muka terlihat tegang, pandangan tajam, jalan mondar-mandir. Apa masalah keperawatan jiwa yang tepat pada kasus tersebut?
- Waham
 - Halusinasi
 - Isolasi sosial
 - Harga diri rendah
 - Risiko perilaku kekerasan
11. Laki-laki, 35 tahun, dirawat di ruang intensif karena DM. Hasil pengkajian, pasien mengatakan khawatir jika penyakitnya tambah parah, tampak gelisah dan sulit tidur, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, GDP 190 mg/dL. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Berduka
 - Ansietas
 - Keputusasaan
 - harga diri rendah
 - ketidakberdayaan
12. Laki-laki, 24 tahun, dirawat di ruang rawat inap RSJ sejak tiga hari yang lalu. Hasil pengkajian: tampak menyendiri, menghindari pembicaraan, lesu, afek datar dan tidak ada kontak mata. Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Bantu mengontrol halusinasi
 - Bantu orientasi realitas pasien
 - Motivasi untuk melakukan aktivitas yang terjadwal
 - Melatih berinteraksi dengan orang lain secara bertahap
 - Mengidentifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki
13. Laki-laki, 38 tahun, datang ke IGD RSJ dengan keluhan marah-marah tanpa alasan yang jelas. Hasil pengkajian, keluarga mengatakan delapan bulan yang lalu anaknya meninggal dunia dan istrinya berhenti bekerja, serta sebulan yang lalu pasien di PHK karena Covid-19, pasien tampak menyendiri, menjawab pertanyaan singkat, afek datar, riwayat ayah mengalami gangguan jiwa, TD 135/90 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, RR 24x/menit, suhu 37,5°C. Apa faktor presipitasi yang tepat pada kasus tersebut?
- Istri tidak bekerja
 - Tampak menyendiri
 - Kehilangan pekerjaan
 - Anaknya meninggal dunia
 - Riwayat ayah mengalami gangguan jiwa
14. Perempuan, 28 tahun, dirawat di ruang bangsal RSJ sejak tiga hari yang lalu karena marah-marah dan selalu mencurigai suaminya. Hasil pengkajian: sering menyendiri, mudah tersinggung, nada bicara keras, TD 120/85 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit dan suhu 37°C. Saat bertemu pasien,

perawat berjanji akan membantu pasien selama proses perawatan di RS. Apa prinsip etik keperawatan pada kasus tersebut?

- a. *Fidelity*
- b. *Veracity*
- c. *Beneficence*
- d. *Confidentiality*
- e. *Nonmaleficence*

15. Perempuan, 40 tahun, dirawat di bangsal RSJ sejak tiga hari yang lalu karena sering berbicara dan tertawa sendiri. Hasil pengkajian: sering menyendiri, berbicara sendiri, tertawa sendiri, TD 120/85 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi nadi 20x/menit, dan suhu 37°C. Saat dinas sore, perawat ditanya terkait informasi pasien tersebut oleh anggota keluarga pasien lain yang sedang berkunjung. Apa prinsip etik keperawatan yang harus diterapkan pada kasus tersebut?

- a. *Fidelity*
- b. *Veracity*
- c. *Beneficence*
- d. *Confidentiality*
- e. *Nonmaleficence*

16. Laki-laki, 50 tahun, dirawat di ruang intensif karena DM. Hasil pengkajian, pasien mengatakan frustrasi akan keadaan yang dialaminya dan tidak mampu melakukan kegiatan seperti sebelumnya, tampak selalu meminta bantuan orang lain, lebih banyak diam, mudah lelah, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, dan GDP 290 mg/dL. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Ansietas
- b. Berduka
- c. Keputusanasaan
- d. Harga Diri Rendah
- e. Ketidakberdayaan

17. Perempuan, 50 tahun, dirawat di bangsal RSJ. Hasil pengkajian: pasien lebih banyak sendiri, menghindari orang lain saat diajak berbicara, afek datar, mempunyai riwayat di PHK dari tempat kerjanya, lesu, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 18x/menit, suhu 36,5°C, GDP 190 mg/dL. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Waham
- b. Isolasi sosial
- c. Harga diri rendah
- d. Resiko perilaku kekerasan
- e. Gangguan persepsi sensorik: dengar

18. Perempuan, 24 tahun, dirawat di RSJ karena tidak mau minum obat dan berbicara sendiri. Hasil pengkajian, keluarga mengungkapkan bahwa pasien pernah tidak naik kelas dan juga ditinggal nikah oleh pacarnya dua tahun yang lalu, satu tahun terakhir ibu meninggal dunia, dan di rumah pasien sering dimarahi oleh ayahnya. Apa faktor presipitasi yang tepat pada kasus tersebut?

- a. Pola asuh
 - b. Kehilangan ibu
 - c. Tidak naik kelas
 - d. Tidak mau minum obat
 - e. Ditinggal nikah pacarnya
19. Perempuan, 20 tahun, datang ke IGD RSJ dengan marah-marah dan merusak peralatan di rumah. Hasil pengkajian: tangan pasien mengepal sambil memukul tempat tidur, tatapan mata tajam, perawat akan melakukan pengikatan pada pasien. Apa prinsip etik keperawatan pada kasus tersebut?
- a. *Fidelity*
 - b. *Veracity*
 - c. *Beneficence*
 - d. *Confidentiality*
 - e. *Nonmaleficence*
20. Laki-laki, 43 tahun, dirawat di RSJ karena sudah dua bulan mengurung diri di kamar. Hasil pengkajian: kontak mata kurang, mengangguk dan menggelengkan kepala saat ditanya, afek datar, tampak kotor, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit, frekuensi napas 18 x/menit, dan suhu 36,7°C. Apa tujuan tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- a. Pasien mampu melakukan interaksi
 - b. Pasien mampu menjaga kebersihan diri
 - c. Pasien mampu meningkatkan harga diri
 - d. Pasien mampu mengontrol halusinasinya
 - e. Pasien mampu mengidentifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki
21. Laki-laki, 46 tahun, datang ke puskesmas dengan GGK. Hasil pengkajian, pasien mengeluh bosan dengan berbagai pengobatan yang sudah dijalani dan merasa tidak ada harapan lagi untuk hidup sejak 5 tahun lalu, hemodialisis selama 4,5 tahun, kontak mata kurang, banyak menunduk, pasif. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Berduka
 - b. Isolasi Sosial
 - c. Keputusan
 - d. Harga Diri Rendah
 - e. Ketidakberdayaan
22. Laki-laki, 51 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan stroke. Hasil pengkajian, pasien mengatakan "saya tidak bisa menghidupi keluarga lagi dan tidak bisa melakukan apapun, terlihat murung, apatis, menolak bertemu keluarga, hemiparese kaki kanan kiri. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Berduka
 - b. Keputusan
 - c. Harga Diri Rendah
 - d. Ketidakberdayaan
 - e. Penampilan peran tidak efektif

23. Laki-laki, 51 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan stroke. Hasil pengkajian, pasien mengatakan "saya tidak bisa menghidupi keluarga lagi dan tidak bisa melakukan apapun, murung, apatis, menolak bertemu keluarga, hemiparese kaki kanan kiri. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- Berikan pujian atas upaya yang dilakukan oleh klien
 - Bantu klien identifikasi tujuan yang realistis dengan kemampuannya
 - Identifikasi kemampuan positif klien dan latih kemampuan positif tersebut
 - Bantu klien mengenal masalah ketidakberdayaannya (penyebab, tanda dan gejala, serta dampaknya)
 - Fasilitasi klien mengungkapkan perasaan ketidakberdayaannya dan identifikasi area yang tidak mampu dikendalikan oleh klien
24. Perempuan, 31 tahun, dirawat di RSJ karena menolak minum obat dan bicara sendiri. Hasil pengkajian, keluarga mengatakan pasien dekat dengan ibunya yang meninggal satu tahun lalu, selalu dimarahi oleh ayahnya, pernah tidak naik kelas, dan pernah ditinggal menikah pacarnya dua tahun lalu, pasien merasa malu karena belum menikah. Apa faktor presipitasi pada kasus tersebut?
- Pola asuh
 - Putus obat
 - Gagal menikah
 - Gagal pendidikan
 - Kehilangan orang yang dicintai
25. Perempuan, 30 tahun, dirawat di ruang rawat inap RSJ karena susah tidur, mondar-mandir, dan tiga bulan tidak minum obat. Hasil pengkajian, pasien mengatakan suami sering melakukan KDRT dan saat ini sudah dicerai serta malu dengan kondisinya, pakaian tidak rapi, bicara dan senyum sendiri, malas berinteraksi dengan orang lain, mondar-mandir. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- Halusinasi
 - isolasi sosial
 - harga diri rendah
 - defisit perawatan diri
 - regimen terapi tidak efektif
26. Laki-laki, 17 tahun, dibawa ke IGD RSJ karena mengamuk di rumah. Hasil pengkajian: tatapan mata tajam, tangan mengepal sambil memukul tempat tidur. Perawat akan melakukan pengikatan pada pasien. Apa prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- Justice*
 - Veracity*
 - Autonomy*
 - Beneficence*
 - Nonmaleficence*
27. Perempuan, 32 tahun, dirawat di RSJ karena marah-marah, menyendiri, tidak mau mandi dan kadang bicara sendiri. Hasil pengkajian, pasien mengatakan "tolong

sampaikan pada keluarga saya untuk menjaga anak-anak saya, mungkin saya tak akan merawat mereka lagi!", merasa sendiri, mempunyai 4 anak, riwayat cerai satu bulan lalu. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?

- a. isolasi sosial
- b. risiko bunuh diri
- c. perilaku kekerasan
- d. defisit perawatan diri
- e. halusinasi pendengaran

28. Laki-laki, 33 tahun, dirawat di RSJ karena mengurung diri di kamar sejak satu bulan lalu dan marah-marah tanpa sebab. Hasil pengkajian, keluarga mengatakan pasien di-PHK setahun yang lalu, pasien sering menyendiri, tertawa dan bicara sendiri, afek labil, dan penampilan tidak rapi. Apa tujuan tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- a. pasien mampu mengontrol halusinasinya
- b. pasien mampu melakukan kebersihan diri
- c. pasien mampu mengontrol perilaku marahnya
- d. pasien menunjukkan perilaku meningkatnya harga diri
- e. pasien mampu melakukan interaksi dengan lingkungannya

29. Perempuan, 20 tahun, dirawat di RSJ karena marah-marah, bicara liris dan tertawa sendiri, serta tidak mau merawat diri. Hasil pengkajian, pasien mengatakan "saya tidak lulus pramugari karena pendek dan kulit hitam, saya malu", murung, tidak mampu memulai percakapan, berjalan menunduk. Apa evaluasi tindakan keperawatan pada kasus tersebut?

- a. mandi, keramas, dan gosok gigi secara mandiri
- b. bercakap-cakap dengan pasien lain
- c. melakukan kemampuan positif
- d. halusinasi terkontrol
- e. marah terkontrol

30. Perempuan, 28 tahun, pasca rawat di RSJ dua minggu lalu. Perawat puskesmas melakukan kunjungan rumah pada pasien. Hasil pengkajian, klien mampu berinteraksi dengan keluarga dan menyatakan keinginan kembali bekerja dan suka membuat kerajinan tangan, tetapi takut melakukan kesalahan. Apa tindakan keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?

- a. mendiskusikan tentang kegiatan harian pasien
- b. melatih kemampuan positif yang dimiliki pasien
- c. mendiskusikan kemampuan dan aspek positif pasien
- d. melibatkan pasien pada kegiatan rehabilitasi di masyarakat
- e. melibatkan pasien dalam kegiatan kelompok di masyarakat

31. Perempuan, 45 tahun, dibawa oleh keluarganya ke poliklinik jiwa. Hasil pengkajian, keluarga mengatakan sudah 2 minggu pasien sulit tidur, jika diajak berbicara pasien mudah marah, salah mengartikan pembicaraan, dan jika mengerjakan satu pekerjaan bisa dilakukan seharian tanpa memikirkan hal

- lainnya, wajah tegang dan gelisah. Apa tingkat kecemasan yang tepat dengan masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Panik
 - Antisipasi
 - Kecemasan berat
 - Kecemasan sedang
 - Kecemasan ringan
32. Perempuan, 35 tahun, datang ke Poliklinik Jiwa. Hasil pengkajian: Perawat melakukan komunikasi terapeutik, ketika komunikasi, perawat tersebut berdiam sejenak untuk memberikan kesempatan kepada pasien berbicara. Apa teknik komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat pada kasus tersebut?
- Silent
 - Humor
 - Refleksi
 - Klarifikasi
 - Open question*
33. Laki-laki, 28 tahun, dirawat di RSJ sejak 1 minggu yang lalu dengan keluhan pasien tertawa sendiri, berteriak teriak dan mengamuk di rumah. Hasil pengkajian: pasien menyendiri di pojok ruangan, tidak mau berbicara dengan pasien yang lain, kusut dan kotor. Apa masalah keperawatan aktual pada kasus tersebut?
- Halusinasi
 - Perilaku kekerasan
 - Harga diri rendah
 - Isolasi sosial
 - Waham
34. Laki – laki , 51 tahun, dirawat Rumah Sakit Jiwa karena dirumah mengamuk dan berteriak-teriak, pasien menyatakan dia ingin membunuh anggota keluarganya karena pasien merasa dirinya adalah dewa. Hasil pengkajian: pasien tampak tegang, gelisah, jika diajak berbicara pasien bersuara keras dan mengungkapkan kesal dengan keluarga karena dibawa ke rumah sakit. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut ?
- Isolasi sosial
 - Waham kebesaran
 - Halusinasi dengar
 - Resiko Perilaku Kekerasan
 - Defisit Perawatan diri
35. Perawat 32 tahun, melakukan penyuluhan pada keluarga. Perawat berbicara dengan nada suara lembut, tangan rileks disamping, lebih banyak melakukan komunikasi dengan pertanyaan terbuka. Apa tujuan terapi keluarga yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- Meningkatkan keterampilan interpersonal dan perilaku
 - Mengembangkan komunikasi secara terbuka

- c. Meningkatkan fungsi keluarga secara optimal
 - d. Memfasilitasi perubahan positif dalam keluarga.
 - e. Melakukan pendekatan interpersonal
36. Perawat, 30 tahun, melakukan pengkajian pada klien remaja. Perawat mengidentifikasi perasaan dan permasalahan yang dimiliki oleh klien. Apa fase komunikasi yang menunjukkan tindakan yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- a. Fase Pra interaksi
 - b. Fase Orientasi
 - c. Fase Kerja
 - d. Fase Evaluasi
 - e. Fase terminasi
37. Perawat, 35 tahun, melakukan pengkajian komunitas pada klien perempuan usia 71 tahun, dalam melakukan komunikasi, perawat harus memiliki keterampilan komunikasi dengan klien berbagai usia. Apa keterampilan komunikasi pada lansia yang harus dimiliki oleh perawat pada kasus tersebut?
- a. Tidak tergesa-gesa
 - b. memiliki sikap ikhlas
 - c. Selalu terbuka, dan gunakan kalimat tertutup dengan intensitas cepat
 - d. Harus berteriak, berdiri depan lansia, berbicara ke telinga yang dapat mendengar
 - e. Jika menggunakan alat pendengaran, periksa dulu alat pendengaran
38. Laki – laki, 34 tahun, dirawat di ruang rawat inap RSJ. Hasil pengkajian: direncanakan untuk ECT (*Electro Convulsi Therapy*) dan keluarga telah memperoleh informasi dari dokter. Perawat memberikan lembar pernyataan persetujuan tindakan, memberikan penjelasan dan memberitahukan keluarga pasien untuk menandatangani formulir tersebut. Apa prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- a. *Justice*
 - b. *Vidality*
 - c. *Veracity*
 - d. *Autonomy*
 - e. *Beneficience*
39. perempuan, 70 tahun, dibawa keluarganya ke puskesmas untuk diperiksa kesehatannya. Hasil pengkajian: klien sering tertawa sendiri dan kadang menangis tanpa sebab dan mudah lupa. Apa teknik komunikasi pada lansia dengan kondisi pada kasus tersebut?
- a. Gunakan bahasa isyarat.
 - b. Perhatikan mimik dan gerakan bibir
 - c. Orientasikan klien pada lingkungan
 - d. Sampaikan pesan dalam bentuk tulisan atau gambar
 - e. Hindari menggunakan istilah yang membingungkan klien

40. Perawat akan melakukan terapi aktivitas kelompok terapeutik pada remaja, Klien remaja yang hadir berjumlah 8 orang, agar semua mendapatkan terapi maka perawat melakukan terapi untuk semua klien. Apa prinsip etik yang dilakukan perawat pada kasus tersebut?
- Justice*
 - Fidelity*
 - Veracity*
 - Beneficience*
 - NonMaleficience*
41. Laki-laki, 32 tahun, dibawa oleh keluarganya ke RSJ karena sering tertawa sendiri. Hasil pengkajian, Keluarga mengatakan bahwa pasien telah diputus pacarnya 2 bulan yang lalu, sering mendengar suara bisikan perempuan dan mengajak untuk bercanda, lesu, sering menyendiri, dan enggan untuk keluar rumah. Apa salah satu tanda dan gejala halusinasi pada kasus tersebut?
- Diputus oleh pacarnya
 - Enggan keluar rumah
 - Mendengar bisikan
 - Sering menyendiri
 - Tampak Lesu
42. Perempuan, 40 tahun, dirawat di RSJ dengan skizofrenia paranoid. Hasil pengkajian: tidak mau berkomunikasi dengan perawat dan teman sekamar, sering terlihat menyendiri, dan tidak mengikuti kegiatan bersama di ruangan. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Waham
 - Halusinasi
 - Isolasi sosial
 - Harga diri rendah
 - Defisit perawatan diri
43. Perempuan, 45 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan kanker payudara, hasil pengkajian, pasien mengatakan ketakutan dan sulit untuk memulai tidur, tegang, suara bergetar, kontak mata menurun, dokter merencanakan tindakan operasi pengangkatan payudara dan kemoterapi, TD 140/100 mmHg, frekuensi nadi 97 x/menit. Apa masalah keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Berduka
 - Kecemasan
 - Keputusasaan
 - Harga diri rendah
 - Gangguan citra tubuh
44. Perempuan, 32 tahun, masuk di RSJ diantar keluarganya karena tiba-tiba berteriak setelah menyendiri diri dalam kamar sejak dua minggu yang lalu. Hasil pengkajian: tidak merespon walaupun telah didekati, diberikan stimulus/rangsangan yang kuat. Apa jenis afek yang dialami pasien pada kasus tersebut?
- Labil

- b. Datar
 - c. Tumpul
 - d. Terbatas
 - e. Inappropriate
45. Laki-laki, 27 tahun, dirawat di RSUD sejak satu minggu yang lalu akibat kecelakaan kerja dan dilakukan tindakan amputasi pada kaki kiri. Hasil pengkajian, pasien mengatakan "Saya benci punya kaki cacat, jadi orang pincang dan tidak berguna", gelisah, selalu berusaha menutupi kaki kiri, dan menolak untuk dikunjungi. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Isolasi sosial
 - b. Keputusan
 - c. Gangguan citra tubuh
 - d. Gangguan identitas diri
 - e. Harga diri rendah situasional
46. Laki-laki, 40 tahun, dirawat di RSJ dengan keluhan sering berbicara sendiri dan keluyuran. Hasil pengkajian, pasien mengatakan "Semua orang pasti menunggu kedatangan saya, karena saya adalah nabi yang diutus untuk kebenaran. Apa jenis waham yang dialami pasien pada kasus tersebut?
- a. Kebesaran
 - b. Nihilistik
 - c. Somatik
 - d. Agama
 - e. Curiga
47. Perempuan, 35 tahun, dirawat di RSJ dengan diagnosis medis skizofrenia paranoid. Hasil pengkajian, pasien mengatakan malas mandi dan sudah 2 minggu tidak mandi dan berganti baju, penampilan tidak rapi, tercium bau tidak sedap dari tubuhnya, dan pasien sering menggaruk badan. Apa rencana intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan
 - b. Monitor kebersihan tubuh dan integritas kulit
 - c. Identifikasi usia dan budaya untuk kebersihan diri
 - d. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi
 - e. Berikan bantuan untuk mandi sesuai tingkat kemandirian
48. Laki-laki, 45 tahun, dirawat di RSJ dengan skizofrenia paranoid. Hasil pengkajian, sering mendengar suara anak kecil yang mengajaknya berbicara, sering berbicara sendiri dan tertawa sendiri, sering menyendiri dan tidak berinteraksi dengan teman kamar lainnya. Apa intervensi yang tepat dengan kasus tersebut?
- a. Mengkaji tingkat keparahan penyakit
 - b. Mengajarkan pasien untuk latihan napas dalam
 - c. Merekam pembicaraan antara pasien dengan orang lain
 - d. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
 - e. Mengajarkan pasien untuk bersosialisasi dengan sesama lansia

49. Perempuan, 25 tahun, dirawat di RSJ selama 4 minggu yang lalu dengan keluhan sering menyendiri, menolak untuk berkegiatan, dan sering mengobrol sendiri. Hasil pengkajian: kondisi kooperatif, orientasi realita baik, mampu berkomunikasi dengan perawat secara singkat, dan belum mau berkomunikasi dengan orang lain. Apa jenis terapi aktivitas kelompok (TAK) yang sesuai pada kasus tersebut?
- Stimulasi persepsi
 - Stimulasi sensori
 - Persepsi sensori
 - Orientasi realita
 - Sosialisasi
50. Perempuan, 30 tahun, diantarkan keluarganya ke RSJ karena mengalami masalah kejiwaan. Hasil pengkajian: gelisah, menyendiri, sesekali membenturkan kepalanya ke dinding, dan sering berkata "Saya sudah tidak kuat, tolong rawat anak-anak saya, saya ibu yang gagal". Apa tindakan keperawatan yang tepat pada kasus tersebut?
- Mengenalkan klien pada realita
 - Melakukan aktivitas yang terjadwal
 - Melakukan kegiatan yang sudah dilatihkan
 - Mendiskusikan aspek positif yang dimiliki oleh klien
 - Mengidentifikasi dan mengamankan benda berbahaya

**PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN
JIWA**

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN JIWA

1. D. Harga diri rendah

Mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup pesimis dan penurunan produktifitas.

- Waham : Suatu keyakinan yang salah dan tidak sesuai kenyataan, tapi dipertahankan terus-menerus.
- Halusinasi : Gejala gangguan sensori persepsi.
- Isolasi sosial : Keadaan individu mengalami penurunan atau sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain.
- Harga diri rendah : Perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri.
- Risiko perilaku kekerasan : Suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara psikis maupun psikologis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda, gejala dan intervensi keperawatan pada pasien harga diri rendah.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC: Jakarta.

Keliat dan Pawirowiyono. 2016. *Keperawatan Jiwa, Terapi Aktivitas Kelompok*, EGC: Jakarta.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.

2. B. Orientasi

Memberi salam, memvalidasi keadaannya, lalu menyepakati perbincangan tentang kemampuan pasien dalam berkegiatan, tempat dan waktu pertemuannya.

- Kerja : Inti hubungan perawat pasien berkaitan pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai tujuan yang akan dicapai.
- Orientasi : Dilaksanakan pada awal pertemuan kedua dan seterusnya untuk memvalidasi kondisi pasien dan mengevaluasi hasil tindakan sebelumnya.
- Terminasi : Tahap akhir dari setiap pertemuan perawat dan pasien.
- Perkenalan : Kegiatan yang dilakukan saat pertama kali bertemu atau kontrak dengan pasien.
- Prainteraksi : Dilakukan sebelum bertemu dengan pasien untuk evaluasi diri, penetapan tahap perkembangan interaksi dan rencana interaksi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahapan-tahapan pelaksanaan komunikasi terapeutik individu dengan harga diri rendah.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC : Jakarta.

3. C. Isolasi sosial**cenderung menyendiri, pasien merasa kesepian.**

- a. Waham : Suatu keyakinan yang salah dan tidak sesuai kenyataan, tapi dipertahankan terus-menerus.
- b. Halusinasi : Gejala gangguan sensori persepsi.
- c. Isolasi sosial : Keadaan individu mengalami penurunan atau sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain.
- d. Harga diri rendah : Perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri.
- e. Risiko perilaku kekerasan : Suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara psikis maupun psikologis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda, gejala dan intervensi keperawatan pada pasien Isolasi sosial.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC: Jakarta.

Keliat dan Pawirowiyono. 2016. *Keperawatan Jiwa, Terapi Aktivitas Kelompok*, EGC: Jakarta.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.

4. A. Apa pasien mempunyai teman dekat?**Berfokus pada kemampuan interaksi dan hubungan yang dibina dengan orang lain.**

- a. Apa pasien mempunyai teman dekat? : pertanyaan ini cocok untuk anamnesis pasien isolasi sosial.
- b. Apa pasien merasa diawasi oleh orang lain? Pertanyaan ini cocok untuk anamnesis pasien Waham.
- c. Apa pasien takut terhadap objek atau situasi tertentu? : Pertanyaan ini cocok untuk anamnesis pasien Waham.
- d. Apa pasien merasa cemas yang berlebihan terhadap kesehatannya? : Pertanyaan ini cocok untuk anamnesis pasien Waham.
- e. Apa pasien pernah merasa bahwa benda-benda di sekitarnya aneh? : Pertanyaan ini cocok untuk anamnesis pasien Waham.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara mengumpulkan data subjektif pada pasien dengan Isolasi sosial.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC : Jakarta.

5. B. Halusinasi**Hasil observasi perawat tidak ada sumber gangguan yang dimaksud pasien.**

- a. Waham : Suatu keyakinan yang salah dan tidak sesuai kenyataan, tapi dipertahankan terus-menerus.
- b. Halusinasi : Gejala gangguan sensori persepsi.
- c. Isolasi sosial : Keadaan individu mengalami penurunan atau sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain.
- d. Harga diri rendah : Perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri.
- e. Risiko perilaku kekerasan : Suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara psikis maupun psikologis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda, gejala, jenis dan data penunjang pada pasien dengan Halusinasi.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC : Jakarta.

Keliat dan Pawirowiyono. 2016. *Keperawatan Jiwa, Terapi Aktivitas Kelompok*, EGC: Jakarta.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.

6. D. Pengelihan

Melihat bayangan dan bentuk seperti monster, terlihat menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.

- a. Perabaan : Ditandai menggaruk-garuk permukaan kulit.
- b. Penghidu : Ditandai dengan menutup hidung dan menghidu/ mengendus bau-bauan tertentu.
- c. Pengecapan : Ditandai sering meludah atau muntah.
- d. Pengelihan : Ditandai Menunjuk arah tertentu dan ketakutan pada objek yang tidak jelas.
- e. Pendengaran : Ditandai bicara atau tertawa sendiri, marah tanpa sebab, menutup telinga atau mencondongkannya ke arah tertentu.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda, gejala, jenis dan data penunjang pada pasien dengan Halusinasi.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC : Jakarta.

Keliat dan Pawirowiyono. 2016. *Keperawatan Jiwa, Terapi Aktivitas Kelompok*, EGC: Jakarta.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.

7. D. Menjelaskan cara menghardik halusinasi

Perawat mengajarkan pasien mengontrol halusinasinya dengan cara menghardik.

- a. Memperagakan cara menghardik: Tahap kedua pada tindakan menghardik.
- b. Meminta pasien memperagakan ulang: Tahap ketiga pada tindakan menghardik.
- c. Memantau penerapan cara menghardik: Tahap keempat pada tindakan menghardik.
- d. Menjelaskan cara menghardik halusinasi: Tahap pertama pada tindakan menghardik.
- e. Memperkuat perilaku pasien dalam menghardik: Tahap kelima pada tindakan menghardik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tindakan keperawatan pada pasien Halusinasi.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC : Jakarta.

**8. E. Apa pasien cemas secara berlebihan tentang kesehatannya?
Perawat akan melakukan wawancara untuk mendapatkan data subjektif,
dengan kasus waham.**

- a. Apa pasien mempunyai teman dekat? : Cocok untuk anamnesis pasien Isolasi sosial.
- b. Apa pasien merasa bahwa waktu begitu lama berlalu? : Cocok untuk anamnesis pasien Isolasi sosial.
- c. Apa pendapat pasien tentang orang-orang di sekitarnya? : Cocok untuk anamnesis pasien Isolasi sosial.
- d. Apa yang pasien inginkan dari orang-orang di sekitarnya? : Cocok untuk anamnesis pasien Isolasi sosial.
- e. Apa pasien cemas secara berlebihan tentang kesehatannya? : Cocok untuk anamnesis pasien Waham.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang cara mengumpulkan data subjektif pada pasien dengan Waham.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC : Jakarta.

**9. A. Curiga
pasien mengatakan, "Saya tahu, Anda ingin menghancurkan hidup saya
karena iri dengan kesuksesan saya".**

- a. Curiga : Meyakini bahwa ada orang/ kelompok yang berusaha merugikan/ mencederai dirinya.
- b. Agama : Meyakini suatu agama terlalu berlebihan.
- c. Somatik : Meyakini bahwa bagian tubuhnya terserang penyakit.
- d. Nihilistik : Meyakini bahwa dirinya sudah tidak ada lagi di dunia/ meninggal.
- e. Kebesaran : Meyakini bahwa ia memiliki kebesaran/ kekuasaan khusus.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang jenis dan contoh sikap maupun verbalisasi pasien dengan Waham.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC : Jakarta.

10. E. Risiko perilaku kekerasan

Respon marah yang diekspresikan dan merugikan diri/ orang lain dan lingkungan.

- Waham : Suatu keyakinan yang salah dan tidak sesuai kenyataan, tapi dipertahankan terus-menerus.
- Halusinasi : Gejala gangguan sensori persepsi.
- Isolasi sosial : Keadaan individu mengalami penurunan atau sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain.
- Harga diri rendah : Perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri.
- Risiko perilaku kekerasan : Suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara psikis maupun psikologis.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala pasien dengan Risiko perilaku kekerasan.

Referensi: Keliat, Budi Anna, dkk. 2016. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN Basic Course)*, EGC : Jakarta.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.

11. B. Ansietas

Hasil pengkajian, pasien mengatakan khawatir jika penyakitnya tambah parah, tampak gelisah dan sulit tidur.

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "Apa diagnosis keperawatan yang tepat?", dalam kasus ini klien mengatakan khawatir, tampak gelisah dan sulit tidur dan seterusnya. Maka langkah selanjutnya adalah analisis data dengan mengelompokkan data subjektif dan objektif untuk menentukan diagnosis keperawatan yang tepat.

- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis keperawatan berduka
- Data pada kasus mengerucut ke data mayor dan minor dari diagnosis keperawatan ansietas
- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis keperawatan keputusan
- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis keperawatan harga diri rendah
- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis keperawatan ketidakberdayaan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis risiko khususnya data mayor dan data minor dari diagnosis keperawatan ansietas.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (edisi ke-1)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Yusuf, A., Fitriyasari, R., & Nihayati, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

12. D. Melatih berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

Hasil pengkajian, tampak menyendiri, menghindari pembicaraan, lesu, afek datar dan tidak ada kontak mata.

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "apa tindakan keperawatan yang tepat?", dalam kasus ini, pasien menunjukkan tanda-tanda isolasi sosial: menarik diri, maka tindakan keperawatan yang tepat untuk pasien menarik diri adalah menyendiri, menghindari pembicaraan.

- a. Merupakan tindakan untuk halusinasi
- b. Merupakan tindakan untuk waham
- c. Merupakan tindakan untuk halusinasi
- d. Merupakan tindakan untuk isolasi sosial
- e. Merupakan tindakan untuk harga diri rendah

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan khususnya tindakan keperawatan untuk isolasi sosial.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (edisi ke-1)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Yusuf, A., Fitriyasari, R., & Nihayati, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

13. C. Kehilangan Pekerjaan

Sebulan yang lalu pasien di PHK karena Covid-19

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "apa factor presipitasi yang tepat?", dalam kasus ini faktor presipitasi merupakan faktor pencetus dimana rentan waktu kejadian kurang dari enam bulan. Maka faktor presipitasinya adalah kehilangan pekerjaan.

- a. Terjadi lebih dari 6 bulan termasuk faktor predisposisi
- b. Merupakan gejala bukan faktor presipitasi
- c. Terjadi kurang dari 6 bulan termasuk faktor presipitasi
- d. Terjadi lebih dari 6 bulan termasuk faktor predisposisi
- e. Termasuk faktor predisposisi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep pengkajian keperawatan jiwa khususnya perbedaan faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (edisi ke-1)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Yusuf, A., Fitriyasaki, R., & Nihayati, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

14. A. *Fidelity*

Saat bertemu pasien, perawat berjanji akan membantu pasien selama proses perawatan di RS.

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "apa prinsip etik keperawatan pada kasus tersebut?", dalam kasus ini perawat berjanji akan membantu pasien selama proses perawatan di RS. Maka prinsip etik keperawatan pada kasus tersebut adalah *fidelity* (menepati janji).

- a. Menepati janji, indikasi kasus mengarah ke prinsip ini.
- b. Kejujuran, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.
- c. Berbuat baik, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.
- d. Kerahasiaan, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini
- e. Tidak merugikan, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep etikolegal dalam keperawatan jiwa khususnya tentang kode etik dalam keperawatan jiwa.

Referensi: Hartono, R. (2013). *Etika Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

15. D. *Confidentiality*

Saat dinas sore, perawat ditanya terkait informasi pasien tersebut oleh anggota keluarga pasien lain yang sedang berkunjung.

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "apa prinsip etik keperawatan pada kasus tersebut?", dalam kasus ini perawat ditanya informasi pasien oleh orang lain. Sikap yang harus diambil perawat yaitu menjaga kerahasiaan pasien, maka prinsip keperawatan pada kasus tersebut adalah *confidentiality* (kerahasiaan).

- a. Menepati janji, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.
- b. Kejujuran, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.
- c. Berbuat baik, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.
- d. Kerahasiaan, indikasi kasus mengarah ke prinsip ini.
- e. Tidak merugikan, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep etikolegal dalam keperawatan jiwa khususnya tentang kode etik dalam keperawatan jiwa.

Referensi: Hartono, R. (2013). *Etika Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Gsyen Publishing.

16. E. Ketidakberdayaan

Hasil pengkajian, pasien mengatakan frustasi akan keadaan yang dialaminya dan tidak mampu melakukan kegiatan seperti sebelumnya, tampak selalu meminta bantuan orang lain, lebih banyak diam, mudah lelah.

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "Apa diagnosis keperawatan yang tepat?", dalam kasus ini klien mengatakan frustasi akan keadaan yang dialaminya dan tidak mampu melakukan kegiatan seperti sebelumnya, tampak selalu meminta bantuan orang lain data tersebut merupakan data mayor untuk diagnosis keperawatan ketidakberdayaan.

- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis keperawatan berduka.
- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis keperawatan ansietas.
- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis keperawatan keputusan.
- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis keperawatan harga diri rendah.
- Data pada kasus mengerucut ke data mayor dan minor dari diagnosis keperawatan ketidakberdayaan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis risiko khususnya data mayor dan data minor dari diagnosis keperawatan ketidakberdayaan.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (edisi ke-1)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Yusuf, A., Fitriyari, R., & Nihayati, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

17. B. Isolasi sosial

Hasil pengkajian, klien lebih banyak sendiri, menghindari orang lain saat diajak berbicara, afek datar.

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "Apa diagnosis keperawatan yang tepat?", dalam kasus ini klien mengatakan lebih banyak sendiri, menghindari orang lain saat diajak bicara. Data tersebut merupakan data mayor untuk diagnosis keperawatan isolasi sosial.

- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis waham
- Data pada kasus mengerucut ke data mayor dan minor dari diagnosis isolasi sosial
- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis harga diri rendah
- Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis resiko perilaku kekerasan

- e. Data pada kasus tidak termasuk data fokus dari diagnosis gangguan persepsi sensoris: dengar

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan khususnya data mayor dan data minor dari diagnosis keperawatan isolasi sosial.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (edisi ke-1)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Yusuf, A., Fitriyasaki, R., & Nihayati, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika. Yusuf, A., Fitriyasaki, R., & Nihayati, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

18. D. Tidak mau minum obat

Dirawat di RSJ karena tidak mau minum obat

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "apa faktor presipitasi yang tepat?", dalam kasus ini faktor presipitasi merupakan faktor pencetus dimana rentan waktu kejadian kurang dari enam bulan. Maka faktor presipitasinya adalah tidak mau minum obat.

- a. Termasuk faktor predisposisi
- b. Terjadi lebih dari 6 bulan termasuk faktor predisposisi
- c. Terjadi lebih dari 6 bulan termasuk faktor predisposisi
- d. Terjadi kurang dari 6 bulan termasuk faktor presipitasi
- e. Terjadi lebih dari 6 bulan termasuk faktor predisposisi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep pengkajian keperawatan jiwa khususnya perbedaan faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (edisi ke-1)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Yusuf, A., Fitriyasaki, R., & Nihayati, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

19. E. *Nonmaleficence*

Hasil pengkajian, tangan pasien mengepal sambil memukul tempat tidur, tatapan mata tajam, perawat akan melakukan pengikatan pada pasien.

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "apa prinsip etik keperawatan pada kasus tersebut?", dalam kasus ini perawat akan melakukan pengikatan pada pasien untuk menghindari hal yang dapat merugikan pasien maupun orang disekitarnya, maka prinsip keperawatan pada kasus tersebut adalah *nonmaleficence* (tidak merugikan).

- a. Menepati janji, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.
- b. Kejujuran, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini
- c. Berbuat baik, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.
- d. Kerahasiaan, indikasi kasus tidak mengarah ke prinsip ini.

- e. Tidak merugikan, indikasi kasus mengarah ke prinsip ini.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep etikolegal dalam keperawatan jiwa khususnya tentang kode etik dalam keperawatan jiwa.

Referensi: Hartono, R. (2013). *Etika Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

20. A. Pasien mampu melakukan interaksi

Hasil pengkajian, kontak mata kurang, mengganggu dan menggelengkan kepala saat ditanya, afek datar, tampak kotor.

Fokus pada pertanyaan, yang ditanyakan adalah "apa tujuan tindakan keperawatan yang tepat?", dalam kasus ini, pasien menunjukkan mengurung diri di kamar dan mengganggu serta menggelengkan kepala saat ditanya yang merupakan tanda mayor dari isolasi sosial: menarik diri, maka tujuan tindakan keperawatan yang tepat untuk pasien menarik diri adalah pasien mampu melakukan interaksi.

- a. Merupakan tujuan tindakan untuk isolasi sosial
- b. Merupakan tujuan tindakan untuk defisit perawatan diri
- c. Merupakan tujuan tindakan untuk harga diri rendah
- d. Merupakan tujuan tindakan untuk halusinasi
- e. Merupakan tujuan tindakan untuk harga diri rendah

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan khususnya tujuan tindakan keperawatan untuk isolasi sosial.

Referensi: PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (edisi ke-1)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Yusuf, A., Fitriyasaki, R., & Nihayati, H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

21. C. Keputusanasaan

- **Merasa bosan dengan pengobatan dan merasa tidak ada harapan lagi untuk hidup**
- **Pasif**

Fokus pada data mayor diagnosis keperawatan:

- a. Tanda mayor berduka: sedih, bersala/menyalahkan orang lain, tidak menerima kehilangan, merasa tidak ada harapan, menangis, pola tidur berubah, tidak mampu konsentrasi
- b. Tanda mayor isolasi sosial: ingin sendirian, merasa tidak aman ditempat umum, menarik diri, menolak berinteraksi dengan orang lain
- c. Tanda mayor keputusan: mengungkapkan keputusan, berperilaku pasif
- d. Tanda mayor harga diri rendah: menilai diri negative, malu/ merasa bersalah, merasa tidak mampu, merasa tidak punya kelebihan, melebih-lebihkan

penilaian negatif diri, menolak penilaian positif diri, menunduk, enggan mencoba hal baru

- e. Tanda mayor ketidakberdayaan: menyatakan frustrasi atau tidak mampu melakukan aktivitas sebelumnya, bergantung pada orang lain

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali data mayor setiap diagnosis keperawatan.

Referensi: PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

22. D. Ketidakberdayaan

Saya tidak bisa menghidupi keluarga lagi dan tidak bisa melakukan apapun.

- a. Tanda mayor berduka: sedih, bersala/menyalahkan orang lain, tidak menerima kehilangan, merasa tidak ada harapan, menangis, pola tidur berubah, tidak mampu konsentrasi
- b. Tanda mayor keputusan: mengungkapkan keputusan, berperilaku pasif
- c. Tanda mayor harga diri rendah: menilai diri negative, malu/ merasa bersalah, merasa tidak mampu, merasa tidak punya kelebihan, melebih-lebihkan penilaian negatif diri, menolak penilaian positif diri, menunduk, enggan mencoba hal baru
- d. Tanda mayor ketidakberdayaan: menyatakan frustrasi atau tidak mampu melakukan aktivitas sebelumnya, bergantung pada orang lain
- e. Tanda mayor penampilan peran tidak efektif: bingung menjalankan peran, merasa tidak terpenuhi, tidak puas dalam menjalankan peran, konflik peran, adaptasi tidak adekuat, coping tidak efektif.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis risiko.

Referensi: PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

23. D. Bantu klien mengenal masalah ketidakberdayaannya (penyebab, tanda dan gejala, serta dampaknya)

saya tidak bisa menghidupi keluarga lagi dan tidak bisa melakukan apapun.

Pada kasus, pasien merasa tidak bisa menghidupi keluarga lagi dan tidak bisa melakukan apapun. Hal ini merupakan tanda dan gejala mayor dari diagnosis ketidakberdayaan. Oleh karena itu, perawat perlu memberikan intervensi dari masalah tersebut. Adapun pilihan jawaban:

- a. Memberikan pujian bukan merupakan tindakan awal, tetapi biasa dilakukan setelah memberikan tindakan lain.
- b. Membantu mengidentifikasi tujuan yang realistis termasuk pada intervensi keputusan

- c. Mengidentifikasi kemampuan positif termasuk dalam intervensi harga diri rendah
- d. Membantu klien untuk memahami bahwa dirinya mengalami ketidakberdayaan mulai dari penyebab, tanda dan gejala, serta dampaknya merupakan tindakan awal yang bisa dilakukan. Klien diharapkan menyadari bahwa dirinya memiliki potensi dan mampu menggunakan potensi tersebut untuk mulai mengatasi ketidakberdayaannya secara bertahap.
- e. Memfasilitasi klien mengungkapkan perasaan ketidakberdayaannya dan mengidentifikasi area yang tidak mampu dikendalikan oleh klien dapat dilakukan setelah klien mengenali masalah ketidakberdayaan pada dirinya.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis risiko.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC Kedokteran.

24. B. Putus obat

Dirawat di RSJ karena menolak minum obat.

Terjadinya gangguan jiwa diawali dengan faktor predisposisi/ pendukung dan faktor presipitasi/ pencetus. Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan untuk mengatasi stress yang terjadi dalam waktu >6 bulan. Faktor presipitasi adalah stimulus yang berasal dari internal dan eksternal yang mencakup waktu (berapa lama orang terpapar) dan jumlah stressor yang dialami dan terjadi dalam waktu <6 bulan.

- a. Pola asuh lebih dari 6 bulan merupakan faktor predisposisi
- b. Putus obat kurang dari 6 bulan merupakan faktor presipitasi
- c. Gagal menikah lebih dari 6 bulan merupakan faktor predisposisi
- d. Gagal pendidikan lebih dari 6 bulan merupakan faktor predisposisi
- e. Kehilangan orang yang dicintai lebih dari 6 bulan merupakan faktor predisposisi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep pengkajian keperawatan jiwa.

Referensi: PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

25. A. Halusinasi

Bicara dan senyum sendiri.

Prinsip penegakan masalah keperawatan jiwa adalah *here and now*. serta fokus pada tanda mayor. Pada kasus disebutkan hasil pengkajian didapatkan pakaian tidak rapi, bicara dan tersenyum sendiri, malas berinteraksi dengan orang lain, dan mondar-mandir. Hal tersebut dapat diasumsikan bahwa perawat melakukan

pengkajian di sini dan saat ini, sehingga dapat dilihat bahwa data yang disebutkan mengarah kepada salah satu masalah keperawatan.

- a. Halusinasi jelas terlihat dari khasnya tanda dan gejala mayor bicara dan tersenyum sendiri dengan disertai beberapa tanda dan gejala lain seperti pakaian tidak rapi, malas berinteraksi dengan orang lain, dan mondar-mandir.
- b. Isolasi sosial kurang tepat untuk ditegakkan sebagai masalah keperawatan karena hanya ada data klien malas berinteraksi dengan orang lain.
- c. Harga diri rendah tidak dapat ditegakkan karena tidak ada data terkait konsep diri dari klien.
- d. Defisit perawatan diri hanya tergambar dari pakaian tidak rapi saja, sehingga data kurang untuk penegakan sebuah masalah keperawatan.
- e. Regimen terapi tidak efektif tidak terdapat pada data *here and now*, tetapi hanya sebagai data alasan masuk.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan.

Referensi: PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

26. E. *Nonmaleficence*

Perawat akan melakukan pengikatan pada pasien.

Pasien gangguan jiwa merupakan salah satu kelompok yang rentan mengalami pelanggaran hak asasi manusia. Untuk melindunginya maka setiap tindakan harus memperhatikan prinsip etik seperti *Nonmaleficence*, *Beneficence*, *Autonomy*, *Veracity*, dan *Justice*. *Nonmaleficence* (tidak melakukan tindakan yang merugikan), *Beneficence* (setiap tindakan bermanfaat bagi pasien dan keluarga), *Autonomy* (tidak boleh memaksakan suatu tindakan pada pasien), *Veracity* (mengatakan sejujurnya tentang apa yang dialami pasien), dan *Justice* (harus mampu berlaku adil pada pasien).

- a. *Justice*, pada kasus tidak ada data spesifik tentang berlaku adil.
- b. *Veracity*, pada kasus tidak ada data spesifik tentang perilaku jujur.
- c. *Autonomy*, pada kasus tidak ada data spesifik tentang tindakan menghargai otonomi.
- d. *Beneficence*, pada kasus tidak ada data spesifik tentang berbuat baik.
- e. *Nonmaleficence* dilakukan pada kasus karena disebutkan bahwa perawat akan melakukan pengikatan kepada pasien yang bertujuan agar pasien tidak membahayakan/ merugikan orang lain maupun dirinya sendiri.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep etikolegal dalam keperawatan jiwa.

Referensi: Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing (9th ed.)*. Mosby.

27. B. Risiko bunuh diri

Tolong sampaikan pada keluarga saya untuk menjaga anak-anak saya, mungkin saya tak akan bisa merawat mereka lagi!”.

Hasil pengkajian; merasa sendiri, mempunyai 4 anak, riwayat cerai satu bulan lalu, pasien mengatakan “tolong sampaikan pada keluarga saya untuk menjaga anak-anak saya, mungkin saya tak akan merawat mereka lagi!”

Hal tersebut dapat diasumsikan bahwa perawat melakukan pengkajian di sini dan saat ini, sehingga dapat dilihat bahwa data yang disebutkan mengarah kepada salah satu masalah keperawatan.

Adapun pilihan jawaban:

- a. Isolasi sosial tidak dapat ditegakkan karena hanya ditemukan pada data alasan dirawat dan data sangat minim.
- b. Risiko bunuh diri dapat ditegakkan karena data yang muncul merupakan hasil pengkajian di mana data tersebut menunjukkan tanda dan gejala dari isyarat bunuh diri.
- c. Perilaku kekerasan tidak dapat ditegakkan karena hanya ditemukan pada data alasan dirawat dan data sangat minim.
- d. Defisit perawatan diri tidak dapat ditegakkan karena hanya ditemukan pada data alasan dirawat dan data sangat minim.
- e. Halusinasi pendengaran tidak dapat ditegakkan karena hanya ditemukan pada data alasan dirawat dan data sangat minim.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis risiko.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G, & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC Kedokteran.

28. A. Pasien mampu mengontrol halusinasinya

Tertawa dan bicara sendiri.

Pada kasus ini, pasien tertawa dan bicara sendiri yang merupakan tanda gejala mayor dari diagnosis halusinasi. Sehingga focus tindakan keperawatan mengacu diagnosis keperawatan yang ditemukan.

- a. Pasien mampu mengontrol halusinasinya merupakan tujuan tindakan keperawatan dari halusinasi
- b. Pasien mampu melakukan kebersihan diri merupakan tujuan tindakan keperawatan dari defisit perawatan diri
- c. Pasien mampu mengontrol perilaku marahnya merupakan tujuan tindakan keperawatan dari risiko perilaku kekerasan
- d. Pasien menunjukkan perilaku meningkatnya harga diri merupakan tujuan tindakan keperawatan dari harga diri rendah
- e. Pasien mampu melakukan interaksi dengan lingkungannya merupakan tujuan tindakan keperawatan dari isolasi social

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G, & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC Kedokteran.

29. C. Melakukan kemampuan positif

Pasien mengatakan "Saya tidak lulus pramugari karena pendek dan kulit hitam, saya malu." Berjalan menunduk.

Pada kasus, pasien mengatakan "Saya tidak lulus pramugari karena pendek dan kulit hitam, saya malu." Berjalan menunduk. Data tersebut merupakan tanda dan gejala mayor dari harga diri rendah. Oleh karena itu, perawat perlu melakukan evaluasi tindakan keperawatan dari masalah tersebut.

- Mandi, keramas, dan gosok gigi secara mandiri merupakan evaluasi tindakan keperawatan dari defisit perawatan diri
- Bercakap-cakap dengan pasien lain merupakan evaluasi tindakan keperawatan dari isolasi social
- Melakukan kemampuan positif merupakan evaluasi tindakan keperawatan dari harga diri rendah
- Halusinasi terkontrol merupakan evaluasi tindakan keperawatan dari halusinasi
- Marah terkontrol merupakan evaluasi tindakan keperawatan dari risiko perilaku kekerasan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep asuhan keperawatan jiwa diagnosis gangguan.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G, & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC Kedokteran.

PPNI (2017) *Standar Iuran Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

30. B. Melatih kemampuan positif yang dimiliki pasien

pasien mampu berinteraksi dengan keluarga dan menyatakan keinginan kembali bekerja dan suka membuat kerajinan tangan, tetapi takut melakukan kesalahan.

Pada kasus tersebut pasien sudah mempunyai kegiatan positif, namun masih ada ketakutan membuat kesalahan. Data tersebut dapat menjadi data awal untuk memberikan intervensi selanjutnya. Adapun pilihan jawaban:

- Mendiskusikan tentang kegiatan harian pasien kurang tepat dilakukan karena data awal yang didapat adalah kemampuan positif yang dimiliki pasien.

- b. Melatih kemampuan positif yang dimiliki pasien tepat dilakukan karena telah mendapat data awal terkait kemampuan positif yang dimiliki pasien.
- c. Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif pasien kurang tepat dilakukan karena sudah ada data tentang kemampuan dan aspek positif yaitu membuat kerajinan tangan.
- d. Melibatkan pasien pada kegiatan rehabilitasi di masyarakat kurang tepat karena terlalu luas cakupannya. Bisa saja dilakukan jika klien sudah lebih stabil dan percaya diri dengan dirinya.
- e. Melibatkan pasien dalam kegiatan kelompok di masyarakat kurang tepat dilakukan karena terlalu luas cakupannya. Bisa saja dilakukan jika klien sudah lebih stabil dan percaya diri dengan dirinya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi keperawatan jiwa.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E., Daulima, N. H. C., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G, & Panjaitan, R. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC Kedokteran.

PPNI (2017) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

31. D. Kecemasan Sedang Tingkat Kecemasan.

- a. Panik: rasa ketakutan yang terjadi secara intens dan tiba-tiba sehingga memicu reaksi fisik yang parah
- b. Antisipasi: keadaan yang digambarkan lapangan persepsi menyatu dengan lingkungan
- c. Kecemasan berat: lapang pandang seseorang akan semakin menurun atau menyempit, hanya mampu fokus pada satu hal dan mengalami kesulitan untuk memahami apa yang terjadi. Pada level ini individu tidak memungkinkan untuk belajar dan memecahkan masalah, bahkan bisa jadi individu tersebut linglung dan bingung.
- d. Kecemasan sedang: lapang pandang individu menyempit. Selain itu individu mengalami penurunan pendengaran, penglihatan, kurang menangkap informasi dan menunjukkan kurangnya perhatian pada lingkungan. Terhambatnya kemampuan untuk berpikir jernih, tapi masih ada kemampuan untuk belajar dan memecahkan masalah meskipun tidak optimal
- e. Kecemasan ringan: pengalaman kehidupan sehari-hari dan memungkinkan individu menjadi lebih fokus pada realitas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada klien dengan ansietas.

Referensi: Stuart, G. W & Laraia, M. T. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 9th Edition, St. Louis, Missouri : Mosby.

32. A. Silent**Komunikasi Terapeutik.**

- a. Silent: Teknik komunikasi dengan cara diam dengan maksud memberikan klien kesempatan mengungkapkan masalahnya
- b. Humor: Teknik komunikasi dengan mengajak klien bercerita sesuatu yang dapat mengubah mood klien menjadi lebih ceria atau bercanda ringan.
- c. Refleksi: Teknik komunikasi dengan mengajak klien melihat kembali isi cerita yang diceritakan klien atau menggunakan cerita klien untuk menjelaskan.
- d. Klarifikasi: Teknik komunikasi untuk menjelaskan kembali maksud yang disampaikan klien ataupun perawat.
- e. *Open question*: Teknik komunikasi yang memberikan klien kesempatan berpikir untuk menjawab pertanyaan klien.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang komunikasi terapeutik.

Referensi: Suryani, S.Kp, MHSc, 2005, *Komunikasi Terapeutik Teori dan Praktek*, Jakarta , EGC

33. D. Isolasi Sosial**Isolas Sosial**

- a. Halusinasi: Data pengkajian tidak mendukung
- b. Perilaku kekerasan: Data pengkajian tidak mendukung
- c. Harga diri rendah: Data pengkajian tidak mendukung.
- d. Isolasi sosial: Data pengkajian mendukung. Perilaku klien sesuai dengan diagnosis
- e. Waham: Data pengkajian tidak mendukung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan klien dengan Isolasi Sosial.

Referensi: Stuart, G. W & Laraia, M. T. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 9th Edition, St. Louis, Missouri : Mosby.

34. D. Resiko Perilaku kekerasan**Perilaku Kekerasan.**

- a. Isolasi sosial: Data hasil pengkajian tidak mendukung
- b. Waham kebesaran: Data hasil pengkajian tidak mendukung
- c. Halusinasi dengar: Data hasil pengkajian tidak mendukung
- d. Resiko Perilaku Kekerasan: Data hasil pengkajian mendukung
- e. Defisit Perawatan diri: Data hasil pengkajian tidak mendukung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

Referensi: Stuart, G. W & Laraia, M. T. (2009). Principles and practice of psychiatric nursing. 9th Edition, St. Louis, Missouri : Mosby.

**35. A. Mengembangkan komunikasi secara terbuka
Komunikasi Keperawatan**

- a. Meningkatkan keterampilan interpersonal dan perilaku: Terapi interperseonal dilakukan antara klien dan perawat tanpa melibatkan keluarga
- b. Mengembangkan komunikasi secara terbuka: Perawat lebih banyak memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga menjawab dengan memberikan pertanyaan terbuka.
- c. Meningkatkan fungsi keluarga secara optimal: Data kurang mendukung fungsi keluarga.
- d. Memfasilitasi perubahan positif dalam keluarga: Data kurang mendukung tujuan.
- e. Melakukan pendekatan interpersonal: Pendekatan interpersonal dilakukan perawat kepada klien tanpa melibatkan keluarga.

Mahasiswa diharapkan mempelajari tentang Komunikasi Terapeutik.

Referensi: Stuart, G. W & Laraia, M. T. (2009). Principles and practice of psychiatric nursing. 9th Edition, St. Louis, Missouri : Mosby.

**36. B. Fase Orientasi
Komunikasi Terapeutik.**

- a. Fase Pra interaksi: Perawat memperkenalkan diri, melakukan kontrak waktu
- b. Fase Orientasi: Perawat mengidentifikasi masalah yang dimiliki klien
- c. Fase Kerja: Perawat membantu klien melakukan SP
- d. Fase Evaluasi: Perawat mengevaluasi perasaan dan kondisi klien setelah interaksi
- e. Fase terminasi: Perawat berpamitan dan melakukan kontak waktu untuk pertemuan selanjutnya

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Strategi Pelaksanaan komunikasi terapeutik.

Referensi: Stuart, G. W & Laraia, M. T. (2009). Principles and practice of psychiatric nursing. 9th Edition, St. Louis, Missouri : Mosby.

**37. A. Tidak tergesa-gesa
Komunikasi keperawatan**

- a. Tidak tergesa-gesa: Komunikasi yang tepat untuk klien lansia
- b. memiliki sikap ikhlas: Pertanyaan ditujukan pada ketrampilan komunikasi
- c. Selalu terbuka, dan gunakan kalimat tertutup dengan intensitas cepat: Komunikasi tidak sesuai

- d. Harus berteriak, berdiri depan lansia, berbicara ke telinga yang dapat mendengar: Komunikasi tidak sesuai
- e. Jika menggunakan alat pendengaran, periksa dulu alat pendengaran: Yang ditanyakan adalah ketrampilan komunikasi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang komunikasi keperawatan.

Referensi: Keliat, B. A. 2008. *Tehnik Komunikasi Terapeutik pada Tahapan Hubungan Terapeutik*. Pedoman Kerja Mahasiswa Komunikasi Keperawatan. Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
Suryani. 2006. *Komunikasi Terapeutik Teori dan Praktik*. Cetakan ke-1. EGC. Jakarta.

38. C. Veracity

Prinsip Legal Etik

Justice: keadilan

Fidelity: menepati janji

Veracity: kejujuran

Autonomy: keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri

Beneficience: berbuat baik

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip legal etik.

Referensi: Stuart, G. W & Laraia, M. T. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 9th Edition, St. Louis, Missouri : Mosby.

39. E. Hindari menggunakan istilah yang membingungkan klien

Komunikasi keperawatan.

- a. Gunakan bahasa isyarat: tidak sesuai
- b. Perhatikan mimik dan gerakan bibir: klien tidak bisu
- c. Orientasikan klien pada lingkungan: klien tidak menunjukkan gangguan orientasi
- d. Sampaikan pesan dalam bentuk tulisan atau gambar: data tidak menunjukkan klien tuli.
- e. Hindari menggunakan istilah yang membingungkan klien: sudah jelas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang komunikasi keperawatan.

Referensi: Keliat, B. A. 2008. *Tehnik Komunikasi Terapeutik pada Tahapan Hubungan Terapeutik*. Pedoman Kerja Mahasiswa Komunikasi Keperawatan. Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.

40. A. Justice**Prinsip etik.**

Justice: keadilan

Fidelity: menepati janji

Veracity: kejujuran

Beneficence: berbuat baik

NonMaleficence: tidak merugikan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik.

Referensi: Stuart, G. W & Laraia, M. T. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 9th Edition, St. Louis, Missouri : Mosby.

41. C. Mendengar Bisikan**Sering mendengar suara bisikan perempuan dan mengajak untuk bercanda.**

- Diputus oleh pacarnya merupakan faktor presipitasi dari gangguan jiwa
- Enggan keluar rumah merupakan tanda dan gejala objektif dari masalah isolasi sosial
- Mendengar bisikan merupakan salah satu tanda gejala mayor pada kasus halusinasi berdasarkan diagnosis keperawatan Gangguan Presepsi Sensori
- Sering menyendiri merupakan tanda dan gejala subjektif dari masalah isolasi sosial
- Tampak loyo merupakan tanda dan gejala objektif minor dari masalah isolasi sosial

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang berbagai tanda dan gejala (mayor-minor) pada diagnosis keperawatan kasus halusinasi.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.

42. C. Isolasi sosial**Skizofrenia, jarang berkomunikasi, sering menyendiri.**

- Tanda gejala dari masalah waham adalah menunjukkan perilaku sesuai pemikiran, isi pikir tidak sesuai realitas, dan isi pembicaraan sulit dimengerti
- Halusinasi memiliki tanda dan gejala seperti mendengar bisikan atau melihat bayangan.
- Jarang berkomunikasi, menyendiri, dan tidak berinteraksi merupakan tanda gejala mayor dari diagnosis isolasi sosial

- d. Harga diri rendah memiliki tanda dan gejala menilai diri negatif, merasa malu/bersalah, merasa tidak mampu melakukan apapun, ataupun menolak penilaian positif diri sendiri
- e. Defisit perawatan diri memiliki tanda dan gejala mayor seperti menolak melakukan perawatan diri, ataupun tidak mampu dan tidak minat untuk merawat diri

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala (mayor-minor) pada masing-masing diagnosis keperawatan, terutama pada kasus isolasi sosial.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.

43. B. Kecemasan

Ketakutan, sulit tidur, tampak tegang, suara bergetar, kontak mata menurun.

- a. Diagnosis berduka memiliki tanda gejala merasa sedih, merasa bersalah, tidak menerima kehilangan, ataupun tidak merasakan ada harapan
- b. Diagnosis kecemasan memiliki tanda gejala seperti merasa bingung, khawatir, tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur
- c. Keputusan memiliki tanda gejala mengungkapkan keputusan, berperilaku pasif, afek datar, ataupun kurang inisiatif
- d. Diagnosis harga diri rendah memiliki tanda gejala seperti menilai diri negatif, merasa malu/bersalah, merasa tidak mampu melakukan apapun, ataupun menolak penilaian positif diri sendiri
- e. Diagnosis gangguan citra tubuh memiliki tanda gejala mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh, menyembunyikan bagian tubuh secara berlebihan, ataupun fokus pada penampilan masa lalu

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala (mayor-minor) pada diagnosis keperawatan kecemasan.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.

44. B. Datar

Tidak merespon, perlu stimulus/ rangsangan yang kuat.

- a. Afek labil ditandai dengan perubahan irama perasaan yang cepat dan tiba-tiba tanpa adanya stimulus
- b. Afek datar ditandai tidak adanya roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan
- c. Afek tumpul merupakan penurunan afek berat pada intensitas irama perasaan, hanya bereaksi jika ada stimulus emosi yang sangat kuat
- d. Afek terbatas merupakan penurunan intensitas tidak terlalu berat
- e. Afek inappropriate merupakan afek yang bertentangan atau berlawanan dengan stimulus

Mahasiswa diharapkan mempelajari tentang gejala gangguan afek yang khas pada penderita gangguan jiwa.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

45. D. Gangguan citra tubuh

Benci pada diri sendiri dan menolak untuk dikunjungi.

- a. Isolasi sosial adalah ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat, terbuka, dan interdependen dengan orang lain (pada kasus ini bukan tidak mampu, tetapi pasien melakukan pembatasan diri untuk bersosialisasi)
- b. Keputusan adalah kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan masalah yang dihadapi (masalah psikologis yang dihadapi bukan berfokus tentang penyelesaian masalah yang dihadapi)
- c. Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu (kalimat yang diutarakan oleh pasien berfokus pada perubahan fisik dibandingkan pada kondisi sehat yang lalu, yang didukung pada data subjektif mayor yaitu mengungkapkan kecacatan, dan data minor objektif yaitu menutupi kaki kiri)
- d. Gangguan identitas diri adalah tidak mampu mempertahankan keutuhan persepsi terhadap identitas diri (tidak ada gangguan pada persepsi).
- e. Harga diri rendah situasional adalah evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini (harga diri rendah bukan menjadi prioritas masalah yang diangkat)

Mahasiswa diharapkan mempelajari tentang tanda gejala khas pada pasien dengan diagnosis gangguan citra tubuh. Cara yang mudah adalah masalah berkenaan tentang penampilan fisik dengan perbandingan pada waktu sehat.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

46. A. Kebesaran**Mengaku sebagai nabi**

- a. Waham kebesaran yaitu pasien meyakini memiliki kebesaran atau kekuasaan, diucapkan berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan (sesuai dengan kasus)
- b. Nihilistik yaitu pasien meyakini dirinya sudah tidak ada di dunia atau meninggal (tidak sesuai kasus)
- c. Somatik yaitu pasien meyakini tubuh atau bagian tubuhnya terganggu atau terserang penyakit (tidak sesuai dengan kasus)
- d. Agama yaitu pasien memiliki keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan, diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan (yang ditunjukkan adalah sebagai seorang nabi, bukan berfokus pada isi agamanya)
- e. Curiga yaitu pasien meyakini bahwa ada orang atau kelompok lain yang merugikan atau mencederai dirinya dan tidak sesuai kenyataan (tidak sesuai dengan kasus)

Mahasiswa diharapkan mempelajari tentang jenis-jenis waham. Kunci untuk mengenalinya adalah waham kebesaran berhubungan dengan seorang figur besar yang pasien kagumi, sehingga seolah-olah berperilaku sama dengan figur tersebut. Mahasiswa tidak boleh terkecoh dalam konteks ini karena isinya masih berhubungan dengan agama. Kata kunci "saya adalah seorang...."

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

47. E. Berikan bantuan untuk mandi sesuai tingkat kemandirian**Skizofrenia paranoid, defisit perawatan diri, mandi.**

- a. Mengajarkan kepada keluarga dapat dilakukan setelah pasien pulang sehingga perawatan dilakukan oleh keluarga (tidak tepat dilakukan selama perawatan di RSJ)
- b. Monitor kebersihan tubuh merupakan tindakan observasi yang dilakukan perawat setelah diberikan tindakan mandiri perawat (tidak tepat)
- c. Mengidentifikasi usia dan budaya dilakukan sebelum perawat memberikan tindakan mandiri untuk mengatasi masalah yang muncul.
- d. Menjelaskan manfaat mandi dan dampaknya merupakan bentuk intervensi edukasi yang diberikan setelah tindakan mandiri perawat (tidak tepat untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul)
- e. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian dapat diartikan perawat membantu memandikan pasien menjadi tindakan mandiri pertama perawat untuk mengatasi masalah pasien, selain itu perawat membantu disesuaikan dengan kemandirian (tidak ada keterbatasan fisik)

Mahasiswa diharapkan mempelajari tentang intervensi pada SIKI pada dukungan perawatan diri: mandi. Kunci dari penyelesaian soal adalah memilih jawaban yang factual yang merupakan tindakan perawat yang dilakukan secara mandiri sehingga langsung mengatasi masalah pasien.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standa Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan keperawatan*. DPP PPNI.

48. D. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik Skizofrenia paranoid, berbicara sendiri, menyendiri, halusinasi.

- Mengkaji tingkat keparahan penyakit, seharusnya dilakukan sebelum rencana intervensi disusun
- Latihan napas dalam tidak cocok diberikan untuk pasien dengan halusinasi.
- Merekam pembicaraan antara pasien dengan orang lain adalah rindakan yang kurang tepat karena tidak menyelesaikan masalah faktual di lapangan
- Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik merupakan tindakan prioritas yang dibutuhkan pasien sesuai dengan masalah yang dialami dan belum terselesaikan
- Menganjurkan pasien untuk bersosialisasi dengan sesama lansia merupakan rencana intervensi untuk masalah isolasi sosial

Mahasiswa diharapkan mempelajari tentang intervensi pada SIKI pada diagnosis keperawatan halusinasi. Kuncinya adalah intervensi mandiri wajib diberikan kepada pasien untuk mengatasi masalah yang muncul pada saat itu. Setelah itu bisa dilakukan observasi dan edukasi.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standa Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan keperawatan*. DPP PPNI

49. E.Sosialisasi

Kooperatif, tapi belum mau berinteraksi dengan orang lain.

- TAK stimulasi persepsi biasa diberikan untuk mengarahkan persepsi dan meningkatkan kesadaran tentang hubungan reaksi emosional dan biasa diberikan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan (tidak tepat)
- TAK stimulasi sensori merupakan TAK yang digunakan untuk memberikan stimulasi panca indra (sensori) agar memberi respon yang adekuat pada pasien halusinasi (tidak tepat)
- TAK persepsi sensori (halusinasi) merupakan TAK yang diberikan pada pasien halusinasi untuk memotivasi proses berpikir, mengenal halusinasi, dan

melatih mengontrol halusinasi sehingga mencegah perilaku maladaptif (tidak tepat)

- d. TAK orientasi realita adalah TAK yang diberikan untuk mengorientasi keadaan nyata kepada pasien, terkait diri sendiri, orang lain, lingkungan/tempat, dan waktu (tidak tepat)
- e. TAK sosialisasi merupakan TAK yang diberikan dengan dasar pembelajaran hubungan interpersonal untuk mengembangkan komunikasi dan pola perilaku yang baru, biasanya digunakan untuk pasien gangguan jiwa isolasi sosial (tepat)

Mahasiswa diharapkan mempelajari tentang intervensi pada SIKI pada diagnosis keperawatan halusinasi. Kuncinya adalah intervensi mandiri wajib diberikan kepada pasien untuk mengatasi masalah yang muncul pada saat itu. Setelah itu bisa dilakukan observasi dan edukasi.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standa Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan keperawatan*. DPP PPNI.

50. E. Mengidentifikasi dan mengamankan benda berbahaya

Menyendiri, membenturkan kepala, gelisah, merasa gagal, risiko bunuh diri.

- a. Intervensi mengorientasikan klien ke realita tidak tepat karena pasien tidak mengalami gangguan persepsi.
- b. Intervensi melakukan aktivitas yang terjadwal tidak tepat karena pasien belum mendapatkan terapi untuk masalah risiko bunuh diri sehingga belum dapat dijadwalkan
- c. Intervensi melakukan kegiatan yang sudah dilatih tidak tepat karena pasien belum diberikan intervensi untuk melakukan kegiatan untuk mengatasi rasa ingin bunuh dirinya.
- d. Intervensi mendiskusikan aspek positif yang dimiliki oleh klien tidak tepat karena masalah utama pada klien adalah risiko bunuh diri bukan harga diri rendah
- e. Intervensi mengidentifikasi dan mengamankan benda berbahaya adalah jawaban yang tepat karena pasien mengalami risiko bunuh diri ditandai dengan ucapan pasien dan perilaku yang membahayakan dirinya, sehingga diperlukan untuk mengamankan benda-benda berbahaya untuk mencegah terjadinya kejadian serius

Mahasiswa diharapkan mempelajari tentang intervensi pada SIKI pada diagnosis keperawatan risiko bunuh diri. Kuncinya adalah intervensi awal yang wajib diberikan kepada pasien untuk menangani masalah risiko bunuh diri.

Referensi: Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., Putri, Y. S. E. P., Wardani, I. Y., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. U. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. ECG Medikal Publisher.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standa Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan keperawatan*. DPP PPNI.

LATIHAN SOAL KEPERAWATAN
ANAK

SOAL KEPERAWATAN ANAK

1. Anak laki-laki, 3 tahun 8 bulan, dirawat di ruang perawatan intensif dengan keluhan batuk disertai sesak. Hasil pengkajian, Ibu mengatakan anaknya selalu ingin pulang dan kembali ke sekolah setiap hari, murung, tidak kooperatif saat akan dilakukan tindakan, gelisah & menangis, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 38°C. Apa penyebab utama respon anak tersebut?
 - a. Hilang kontrol
 - b. Takut akan cedera fisik
 - c. Cemas terhadap orang asing
 - d. Perpisahan dengan teman sebaya
 - e. Tidak nyaman dengan lingkungan asing
2. Bayi perempuan, 14 hari, dirawat di perinatologi dengan Hisprung. Hasil pengkajian ibu pasien mengatakan kakak laki-laki bayi pernah mengalami hal tersebut dan telah di operasi, bayi rewel, gelisah dan distensi abdomen. Perawat menyimpulkan kesehatan anak dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Apa faktor lingkungan penyebab kasus tersebut?"
 - a. Resistensi terhadap penyakit
 - b. Kematangan biologis
 - c. Jenis kelamin
 - d. Status nutrisi
 - e. Genetika
3. Balita laki-laki, 3 tahun 5 bulan, dirawat di ruang perawatan anak dengan diare. Hasil pengkajian: lemas, selalu mengantuk dan badan gemetar, TD 100/70 mmHg, frekuensi napas 24x/mnt, frekuensi nadi 60x/mnt dan suhu 38°C, GDS 28 mg/dl. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. Ketidak stabilan kadar glukosa darah
 - b. Gangguan Pola Tidur
 - c. Hipertermia
 - d. Keletihan
 - e. Diare
4. Balita laki-laki, 2 tahun 3 bulan, dirawat dengan Malnutrisi Marasmus. Hasil pengkajian: tidak mau menelan makanan, tidak mau minum susu, tidak mau makan makanan dengan tekstur kasar, tampak iga gambang, BB 9 kg, TB 87 cm, lingkar kepala *mikrocephali*, Intervensi yang diberikan berupa pemasangan NGT. Apa luaran yang diharapkan pada intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
 - a. BB normal
 - b. TB normal
 - c. Status Nutrisi Membaik
 - d. Status menelan membaik
 - e. Lingkar kepala *normocephali*

5. Balita laki-laki, tahun 3 tahun, dirawat di ruang perawatan anak dengan defisit nutrisi. Hasil pengkajian: rencana akan dilakukan pemasangan NGT. Prosedur pemasangan dimulai dengan menentukan panjang selang yakni mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus, menandai panjang selang, lumasi ujung selang 15-20 cm dengan gel. Apa prosedur keperawatan selanjutnya pada kasus tersebut?
- Fixasi nasogastrik
 - Periksa Kepadatan lubang hidung
 - Pasang spuit dan aspirasi isi lambung
 - Masukkan selang ke lubang hidung hingga batas yang ditentukan
 - Masukkan udara 10-30 ml sambil mendengarkan bunyi dengan stetoskop
6. Balita perempuan, 3 tahun, dirawat di ruang perinatologi dengan nefritis akut. Hasil pengkajian: lemah, demam, menolak makan dan minum, menangis saat buang air kecil, frekuensi napas 26x/menit, frekuensi nadi 90x/menit, suhu 39,8°C; wbc 28000 μ i. Apa prioritas kolaborasi yang tepat pada kasus tersebut?
- Pemberian analgetik
 - Pemberian Antibiotik
 - Pemberian Antipiretik
 - Pemberian Cairan Intravena
 - Pemberian Nutrisi parenteral
7. Anak laki-laki, 5 tahun, dirawat di ruang rawat anak dengan kemoterapi tahap akhir. Hasil pengkajian, ibu pasien mengatakan kemoterapi tahap akhir tidak ada perubahan. Rencana dokter berikutnya adalah operasi. Keluarga menolak dan memilih membawa anak pulang untuk berkumpul dengan keluarga. Perawat hanya bisa menyetujui keputusan tersebut, menurutnya pasien berhak menentukan yang terbaik untuk dirinya. Apa prinsip etik keperawatan yang diterapkan pada kasus tersebut?
- Veracity (Kejujuran)
 - Fidelity (Menepati janji)
 - Otonomi (Menghormati)
 - Accountability (Akuntabilitas)
 - Non-Maleficence (Tidak merugikan)
8. Balita laki-laki, 3 tahun 6 bulan, dirawat di ruang perawatan anak dengan keluhan mual muntah sejak 1 hari yang lalu. Hasil pengkajian: tidak mau makan dan minum, susah menelan makanan padat, riwayat alergi susu, lemah, frekuensi nadi 60x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu 38°C; BB 10 kg, TB 96 cm, terpasang infus dextrose 5%; GDS 38 gr/dl. Apa intervensi kolaborasi yang tepat pada kasus tersebut?
- Pemasangan NGT
 - Pemberian Anti Emetik
 - Pemberian nutrisi parenteral
 - Pemberian jenis susu formula yang sesuai
 - Penentuan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

9. Bayi perempuan, 1 hari, dirawat di ruang perinatologi. Hasil pengkajian: frekuensi nadi 140 x/menit, frekuensi napas 56 x/menit, suhu 35,5° C; BB 2400 gr; perawat melakukan penggantian popok pada bayi yang diletakkan di atas meja tanpa memasang baju terlebih dahulu. Pada kondisi tersebut terjadi proses kehilangan panas. Apa jenis proses kehilangan panas pada kasus tersebut?
- a. Radiasi
 - b. Konpeksi
 - c. Konveksi
 - d. Evaporasi
 - e. Konduksi
10. Balita laki-laki, usia 3 tahun, dirawat di ruang perawatan anak dengan Atresia Ani. Hasil pengkajian: ibu pasien mengatakan anaknya sering BAB tanpa disadari, anak tidak mampu menunda defekasi, BAB tidak terkontrol, kondisi feses lunak, berwarna cerah. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Gangguan Eliminasi fekal
 - b. Inkontinesia fekal
 - c. Konstipasi
 - d. Obstipasi
 - e. Diare
11. Batita Perempuan, 17 bulan, dirawat di ruang perinatologi dengan *Tetralogy Of Fallot*. Hasil pengkajian, Ibu mengatakan anaknya sesak dan membiru saat menangis, tampak lemah, pucat, bibir sianosis, akral dingin, konjungtiva anemis, terdengar bunyi murmur pada jantung, nadi perifer teraba lambat, ictus cordis teraba 1 cm di RICV *mid clavikula sinistra*, frekuensi napas 40 x/menit, frekuensi nadi 112 x/menit, suhu 36.8°C. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Perfusi perifer tidak efektif
 - b. Gangguan pertukaran gas
 - c. Penurunan curah jantung
 - d. Intoleransi aktivitas
 - e. Resiko infeksi
12. Bayi perempuan, 3 bulan, dirawat di ruang perinatologi. Hasil pengkajian, Ibu pasien mengatakan berat badan anak susah naik sejak lahir, nafsu makan berkurang, anak sulit menyusu, tampak lemah, pucat, bibir sianosis, akral dingin, konjungtiva anemis, frekuensi napas 40 x/menit, frekuensi nadi 112 x/menit, suhu 36.8°C. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Perfusi perifer tidak efektif
 - b. Gangguan pertukaran gas
 - c. Penurunan curah jantung
 - d. Intoleransi aktivitas
 - e. Defisit nutrisi
13. Bayi laki-laki, 17 bulan, dibawa ibunya ke poliklinik tumbuh kembang. Hasil pengkajian, Ibu pasien mengatakan tidak mengerti penyakit yang diderita anaknya dan sangat khawatir dengan kondisinya sejak lahir ada kelainan

- jantung bawaan, anak baru bisa duduk, belum bisa merangkak dan berbicara, lemah, kurus. BB 7,2 Kg. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Gangguan tumbuh kembang
 - Intoleransi aktivitas
 - Defisit pengetahuan
 - Defisit nutrisi
 - Ansietas
14. Batita Perempuan, 17 bulan, dirawat di ruang perinatologi dengan *tetralogy Of Fallot*. Hasil pengkajian, Ibu pasien mengatakan bahwa anak sesak dan membiru saat menangis, lemah, pucat, bibir sianosis, akral dingin, konjungtiva anemis, terdengar bunyi murmur pada jantung, nadi perifer teraba lambat, sudah terpasang oksigen, frekuensi napas 40 x/menit, frekuensi nadi 112 x/menit, suhu 36.8°C. Apa intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- Posisikan pasien semi fowler dengan kaki kebawah
 - Pertahankan lingkungan yang mendukung optimal
 - Sediakan lingkungan normal dan stimulus
 - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
 - Identifikasi gangguan fungsi tubuh
15. Batita laki-laki, 17 bulan, dirawat di ruang perinatologi dengan *tetralogy Of Fallot*. Hasil pengkajian, Ibu mengatakan anaknya sesak dan membiru saat menangis, lemah, pucat, bibir sianosis, akral dingin, konjungtiva anemis, terdengar bunyi murmur pada jantung, nadi perifer teraba lambat, frekuensi napas 40 x/menit, frekuensi nadi 112 x/menit, suhu 36.8°C. Perawat sudah memasang *flow meter* dan *humidifier* ke sumber oksigen. Apa tindakan selanjutnya pada kasus tersebut?
- Pasangkan masker wajah menutupi hidung dan mulut
 - Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala
 - Sambungkan selang masker wajah ke humidifier
 - Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
 - Atur aliran oksigen 5 - 10 L/ sesuai kebutuhan
16. Bayi Perempuan, 1 hari, masa gestasi 34 minggu, dirawat di Ruang perinatologi. Hasil pengkajian: BBL 2200 gram, BB saat ini 1800 gram, refleks menghisap lemah, bayi tampak lemah, perawat memasukkan ASI 30 cc kedalam catheter tip. Apa prosedur selanjutnya pada kasus tersebut?
- Alirkan makanan perlahan tanpa mendorong
 - Periksa posisi dan kepatenan OGT
 - Letakkan pengalas kedada pasien
 - Bilas selang dengan air minum
 - Tutup Kembali ujung selang
17. Batita laki-laki, 3 Tahun, dirawat di ruang perawatan anak sejak 3 hari yang lalu dengan pneumonia. Hasil pengkajian, Ibu pasien mengatakan batuk berdahak, rewel, ronchi, tekanan darah 100/70 mmHg, frekuensi napas 45 x/mnt, suhu 37,5°C. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
 - b. Pola napas tidak efektif
 - c. Gangguan rasa nyaman
 - d. Intoleransi aktivitas
 - e. Defisit nutrisi
18. Anak perempuan, 7 tahun, dirawat di ruang perawatan anak dengan thalassemia sejak 9 bulan yang lalu. Hasil pengkajian, Ibu pasien mengatakan anaknya pucat, lemas, bibir dan kuku sianosis, wajah pucat, akral dingin, CRT >4 detik, frekuensi napas 27 x/menit, frekuensi nadi 80 x/menit, suhu 36 °C, kadar Hb 7 g/dL. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?
- a. Hipertermia
 - b. Intoleransi aktivitas
 - c. Pola napas tidak efektif
 - d. Perfusi perifer tidak efektif
 - e. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
19. Anak perempuan, 6 tahun, dirawat di di ruang perawatan anak dengan keluhan demam sudah 5 hari di Rumah. Hasil pengkajian, Ibu pasien mengatakan anaknya HIV positif dan sudah minum ARV sejak 2 Tahun yang lalu, kurus, tidak mau makan dan minum, stomatitis di mulut, kemerahan, bersisik kuning pada kulit kepala, suhu 37,3°C, Hb 10 g/dL, leukosit 10.200/mm. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Hipertermia
 - b. Hipovolemia
 - c. Pefusi perifer tidak efektif
 - d. Risiko gangguan pertumbuhan
 - e. Gangguan integritas kulit/jaringan
20. Balita perempuan, 3 tahun, dirawat di ruang rawat anak dengan Diare. Hasil pengkajian: anak rewel, mata cekung, mual, Suhu 38,5°C, frekuensi nadi 100x/menit, BB 14 kg. Terapi cairan 1000 ml RL /24 jam mikrodrip, sebelum penusukan vena dengan IV cateter perawat melakukan pemijatan lembut pada area lokasi. Apa prinsip etik yang diterapkan pada kasus tersebut?
- a. *Justice*
 - b. *Fidelity*
 - c. *Autonomi*
 - d. *Beneficience*
 - e. *Non Maleficience*
21. Batita laki-laki, 1 tahun 9 bulan, dibawa ibunya ke poliklinik tumbuh kembang karena terlambat bicara. Hasil pengkajian, ibu mengatakan anaknya sulit melafalkan 1-2 kata dengan baik. Hasil Denver II aspek motorik halus dan motorik kasar anak mampu melakukan item 75-90%, personal sosial gagal di item garis umur 75-90%, aspek bahasa gagal pada item di sebelah kiri garis umur. Apa interpretasi hasil pemeriksaan perkembangan pada kasus tersebut?
- a. *Delay*

- b. Suspek
 - c. Normal
 - d. Caution
 - e. Untestable
22. Bayi perempuan, dibawa ibunya ke poli tumbuh kembang tanggal 12 Januari 2022 untuk dilakukan pemeriksaan KPSP. Hasil pengkajian, ibu mengatakan anaknya lahir pada tanggal 14 Maret 2020, dengan riwayat prematur 4 minggu sebelum hari perkiraan lahir (HPL). Berapa usia kronologis pada kasus tersebut?
- a. 1 tahun 9 bulan 28 hari
 - b. 1 tahun 6 bulan 28 hari
 - c. 1 tahun 8 bulan 28 hari
 - d. 1 tahun 5 bulan 28 hari
 - e. 1 tahun 5 bulan 3 hari
23. Balita laki-laki, 4 tahun, di rawat diruang perawatan anak. Hasil pengkajian: akan dilakukan pemberian noscapine drop dari *advice* dokter untuk program terapi pagi ini pada anak dengan dosis 15 mg. Sediaan Noscapin adalah 1 cc = 10 mg noscapine. Berapa jumlah noscapine yang harus disiapkan pada kasus tersebut?
- a. 1 cc
 - b. 2 cc
 - c. 3 cc
 - d. 1,5 cc
 - e. 2,5 cc
24. Balita laki-laki, 4 tahun 3 bulan, dibawa ibunya ke poliklinik anak dengan rhinofaringitis akut. Hasil pengkajian : batuk terus-menerus, disertai dahak dan pilek, ada sputum, suara napas ronchi, frekuensi napas 28 x/menit, berat badan 13 kg. Perawat hendak melakukan edukasi pada orangtua untuk meningkatkan hidrasi terutama air hangat. Berapa jumlah cairan per hari pada kasus tersebut?
- a. 1000 ml
 - b. 1050 ml
 - c. 1100 ml
 - d. 1150 ml
 - e. 1200 ml
25. Anak laki-laki, 8 tahun 3 bulan, dibawa ibunya ke poliklinik anak dengan rhinofaringitis akut. Hasil pengkajian: batuk terus-menerus disertai dahak dan pilek, ada sputum, kompos mentis, suara napas ronchi, frekuensi napas 28 x/menit, saturasi oksigen 95%. Apa intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Berikan oksigen
 - b. Lakukan suction
 - c. Lakukan fisiotherapi
 - d. Ajarkan batuk efektif
 - e. Tingkatkan hidrasi/cairan

26. Anak laki-laki, 6 tahun, dirawat di ruang anak dengan asma bronkial. Hasil pengkajian : sesak, suara napas wheezing, frekuensi nadi, 85 x/menit, dan frekuensi napas 32 x/menit. Apa intervensi keperawatan pada kasus tersebut?
- Kolaborasi pemberian bronkodilator
 - Berikan oksigen nasal kanul 1 lpm
 - Lakukan fisioterapi dada
 - Atur posisi semi fowler
 - Lakukan batuk efektif
27. Bayi laki—laki, 0 hari, di ruang perinatology dengan asfiksia neonatorum. Hasil pengkajian: bayi merintih, gerakan bayi lemah, serta pernapasan lambat dan tidak teratur, ekstremitas biru pucat dengan batang tubuh berwarna merah muda, frekuensi nadi 90 x/menit,. Berapa Apgar Skore pada kasus tersebut?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
28. Anak laki-laki, 8 tahun, dirawat di ruang perawatan anak dengan talasemia. Hasil pengkajian: Hb 6 gr/dl, saat ini pasien sedang diberikan transfusi darah *packed red cell* 150 ml. Setelah tiga menit transfusi berjalan, tiba-tiba klien mengatakan sesak napas, nyeri dada, serta tampak gelisah. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- Memberikan oksigen
 - Menghubungi dokter
 - Mengobservasi tanda vital
 - Memposisikan tidur semi fowler
 - Menghentikan aliran transfusi darah
29. Anak perempuan, 9 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan talasemia sejak 1 tahun lalu. Hasil pengkajian: kurus, lemas, dan tidak berminat untuk bermain karena sulit bernapas, CRT > 3 detik, bibir dan kuku sianosis, wajah pucat, frekuensi nadi 105 x/menit, frekuensi napas 32 x/menit, suhu 38°C, dan kadar Hb 6 gr/dl. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Hipertermia
 - Intoleransi aktivitas
 - Pola napas tidak efektif
 - Perfusi perifer tidak efektif
 - Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
30. Anak laki-laki, 3 tahun, di bawa ke Puskesmas dengan keluhan BAB cair 5 kali sehari. Hasil pengkajian: lemas, bibir kering, cubitan kulit perut kembali dengan lambat, nyeri perut, mual, frekuensi nadi 110 x/menit, frekuensi napas 39 x/menit, suhu 37,6°C. Ibu mengatakan khawatir terhadap kondisi anaknya. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut?
- Hipovolemia

- b. Nyeri AKut
 - c. Keletihan
 - d. Nausea
 - e. Cemas
31. Bayi perempuan, 10 hari, dirawat di NICU dengan asfiksia neonatorum. Hasil pengkajian, ibu mengatakan bayinya demam sejak 3 hari yang lalu; pernapasan cuping hidung saat bayi menangis/rewel, terpasang OGT dengan program 24 cc/2jam, terpasang O₂ 2 liter/menit, rewel, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 50 x/menit, suhu 37,9°C, BB 2800 gram, Hb 12 gr/dl. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?
- a. hipertermia
 - b. gangguan menelan
 - c. menyusui tidak efektif
 - d. pola napas tidak efektif
 - e. termoregulasi tidak efektif
32. Bayi perempuan, 9 bulan, dibawa ibunya ke poliklinik KIA puskesmas untuk imunisasi. Hasil pengkajian, ibu mengatakan rutin melakukan imunisasi sesuai jadwal imunisasi sebelumnya; imunisasi usia sebelumnya sudah didapatkan bayi dari buku KIA bayi. Apa jenis imunisasi, dosis, rute, lokasi pemberian imunisasi pada kasus tersebut?
- a. MR, 0,5 mL disuntikan secara subkutan pada lengan bagian atas
 - b. MMR, 0,5 mL disuntikan secara subkutan pada lengan bagian atas
 - c. Measles, dosis tunggal 0,5 mL disuntikan secara subkutan pada lengan
 - d. MR/MMR, 0,5 mL disuntikan secara subkutan pada lengan bagian atas
 - e. Measles, dosis tunggal 0,5 mL disuntikan secara subkutan pada lengan bagian atas
33. Bayi perempuan, 0 hari, di rawat di ruang perinatology dengan bayi baru lahir. Hasil pengkajian: lahir spontan, letak kepala, menangis keras, bugar, berat badan 3500 gram, dan panjang badan 50 cm. Perawat akan memberikan imunisasi segera kepada bayi dan telah menyuntikkan vitamin K pada menit ke-30 setelah bayi lahir. Apa vaksin imunisasi yang diberikan segera pada kasus tersebut ?
- a. BCG
 - b. Polio 0
 - c. Polio 0 dan BCG
 - d. Hepatitis B dan BCG
 - e. Hepatitis B, Polio 0, BCG
34. Anak perempuan, 24 bulan, dibawa ibu ke poliklinik tumbuh kembang dengan keluhan belum jelas berbicara. Hasil pengkajian, ibu mengatakan kedua orangtua bekerja, saat anak dipanggil terkadang tidak menyahut, belum bisa mengikuti perintah, suka bermain boneka; skrining Denver II sektor bahasa anak tidak mampu melakukan item tes pada rentang 75%-90% yang dipotong garis umur. Apa interpretasi hasil pemeriksaan sector pada kasus tersebut ?
- a. Fail

- b. Delay
 - c. Normal
 - d. Caution
 - e. No opportunity
35. Bayi laki-laki, 3 bulan, dibawa ibunya ke poliklinik KIA puskesmas untuk imunisasi. Hasil pengkajian, ibu mengatakan bayinya belum pernah mendapatkan imunisasi BCG karena sering batuk flu pada saat akan imunisasi, saat ini sehat; aktif, scar negative pada lengan kanan atas bayi. Apa tindakan yang sesuai pada kasus tersebut?
- a. Menganjurkan untuk tidak disuntik BCG karena sudah lewat bulan
 - b. Menanyakan kepada ibu Apa anak ibu pernah kejang
 - c. Melakukan uji tuberkulin terlebih dahulu
 - d. Menyuntik vaksin BCG pada bayi
 - e. Menyuntik imunisasi DTP
36. Anak laki-laki, 7 tahun, di rawat di ruang perawatan anak dengan tetanus. Hasil pengkajian: kejang, sulit makan, alis mata tertarik keatas, sudut mulut tertarik keluar dan ke bawah, bibir tertekan kuat pada gigi, berkeriat, riwayat tertusuk paku berkarat pada kakinya sebelum masuk rumah sakit, riwayat demam, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37,5°C dalam durate parasetamol 250mg 3 jam yang lalu, terpasang infus. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?
- a. Risiko Cidera
 - b. Immobilitas Fisik
 - c. Hipertermia
 - d. Pola Napas Tidak Efektif
 - e. Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan
37. Bayi perempuan, 2 bulan, dirawat di ruang rawat anak dengan Tetralogi of Fallot. Hasil pengkajian, ibu mengatakan anaknya sesak napas, kulit kebiruan saat menangis, rewel dan malas menyusui, ibu cemas dan takut, frekuensi nadi 92 x/menit, frekuensi napas 40 x/menit, suhu 37,7°C, SpO₂ 88%; Hb 10 mg/dl, leukosit 10.000/mm³. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?
- a. Cemas
 - b. Hipertermia
 - c. Risiko Infeksi
 - d. Penurunan Curah Jantung
 - e. Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan
38. Anak laki-laki, 8 tahun, dirawat di ruang rawat anak dengan syndrome nefrotik. Hasil pengkajian : lemah, bengkak pada kaki, kurang nafsu makan, susah tidur, susah berjalan sendiri, penurunan haluaran urine, uedema anasarca, pitting edema positif 3 pada ekstremitas, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 37,3°C, Hb 13 gr/dl, dan leukosit 9.800/mm³. Apa masalah keperawatan pada kasus tersebut ?

- a. Hipertermia
 - b. Risiko Infeksi
 - c. Hipervolemia
 - d. Intoleransi Aktivitas
 - e. Gangguan Pola Tidur
39. Bayi laki-laki, baru lahir dengan BB 2850 gram dan PB 51 cm. Hasil pengkajian, Ibu mengatakan anaknya rewel, sering menangis, belum pernah buang air besar dalam 18 jam sejak bayi lahir, Ibu cemas dan bertanya kondisi anaknya. Apa pengkajian fokus yang dilakukan pada kasus tersebut ?
- a. Perhatikan intake bayi segera setelah bayi lahir
 - b. Perhatikan pengeluaran meconium dalam 20 jam pertama
 - c. Perhatikan pengeluaran meconium dalam 24 jam pertama
 - d. Perhatikan pengeluaran meconium dalam 36 jam pertama
 - e. Perhatikan pengeluaran meconium dalam 48 jam pertama
40. Anak laki-laki, 8 tahun, dirawat di ruang rawat inap dengan retinoblastoma. Hasil pengkajian: rencana akan melanjutkan kemoterapi, perawat memasang gelang risiko jatuh pada anak, memasang penanda risiko jatuh pada tempat tidur, memastikan kondisi lantai ruangan dalam keadaan kering dan menganjurkan kepada keluarga untuk menemani anak saat ke kamar mandi. Apa prinsip etik yang dijalankan oleh perawat pada kasus tersebut?
- a. Fidelity
 - b. Veracity
 - c. Autonomy
 - d. Beneficence
 - e. Non maleficence

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN ANAK

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN ANAK

1 D. Perpisahan dengan Teman Sebaya

Pernyataan anak selalu ingin pulang dan kembali ke sekolah

- A. Hilang Kontrol (Pilihan ini kurang tepat karena data pendukung pernyataan yang menunjukkan hal tersebut adalah menangis)
- B. Takut akan cedera fisik (pilihan ini juga kurang tepat karena data pendukung tidak terlalu jelas, hanya tersirat dari kata tidak kooperatif saat dilakukan tindakan)
- C. Cemas terhadap orang asing (pilihan ini kurang menunjukkan adanya kecemasan walaupun ada data satu data pendukung yaitu gelisah)
- D. Perpisahan dengan teman sebaya (jawaban ini yang paling tepat karena perpisahan dengan teman kelompok sosial (teman sebaya) merupakan hal yang sangat mengganggu bagi anak usia sekolah sebab akan kehilangan momen kebiasaan bermain, kegiatan sosial lainnya mampu meningkatkan kepercayaan diri anak usia sekolah)
- E. Tidak nyaman dengan lingkungan asing (meskipun jawaban ini benar tapi kurang tepat karena semua anak yang dirawat di RS tentu akan merasakan ketidaknyamanan).

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tahapan tumbuh kembang pada anak khususnya perkembangan sosial.

Referensi: Dewi & Meira, 2016; Buku Ajar Keperawatan Anak. Pustaka Pelajar: Jakarta.

2 E. Genetika

Kakak kandung bayi pernah mengalami hal tersebut dan telah di operasi.

- A. Pilihan A bukanlah pilihan yang tepat karena penyakit anak bukanlah bersifat resisten
- B. Pilihan B juga tidak tepat
- C. Pilihan C tidak tepat karena Hirschsprung Bukanlah penyakit yang terjadi disemua jenis kelamin.
- D. Pilihan D, bukan jawaban tepat karena tidak ada data yang menunjukkan tentang data mayor tentang nutrisi.
- E. Jawaban E merupakan jawaban tepat karena penyebab penyakit kongenital, sekitar 10–20% kasus memiliki riwayat keluarga dengan penyakit yang sama.
Jika orang tua menurunkan genetik yang berhubungan dengan penyakit Hirschsprung, maka risiko anak terkena Hirschsprung juga sangat tinggi, meskipun orang tua tidak pernah menderita kelainan tersebut.
Selain itu, risiko diperkirakan meningkat 200 kali pada bayi yang kakak laki-lakinya terkena *Hirschsprung*.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang factor yang mempengaruhi Kesehatan anak dan kelainan kongenital.

Referensi: Wulandari. Dewi & Erawati.Meira; 2016; Buku Ajar Keperawatan Anak; Cetakan ke-1, Pustaka Pelajar; Yogyakarta.

**3 A. Ketidak Stabilan Kadar Glukosa Darah
GDS 28 mg/dl**

- A. Jawaban A merupakan jawaban yang paling tepat, dilihat dari data terbanyak yaitu GDS 28 mg/dl, Anak lemas, selalu mengantuk dan badan gemetar, ini merupakan tanda gejala yang khas pada pasien ketidak stabilan kadar glukosa darah.
- B. Jawaban B tidak tepat sebab datanya hanya satu yaitu selalu mengantuk
- C. Jawaban B kurang tepat, karena suhu 38°C belum menjadi prioritas masalah jika ada masalah lain yang lebih mengancam kehidupan.
- D. Jawaban D juga bukan merupakan jawaban tepat meskipun ada data keluhan anak lemas. Karena lemas merupakan salah satu reaksi tubuh akibat ketidak stabilan kadar glukosa darah
- E. Jawaban E juga bukan jawaban yang tepat. Meskipun masalahnya diare tapi tidak ada data pendukung lain terkait diare.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan Keperawatan dengan masalah nutrisi dan endokrin serta melihat buku SDKI.

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

**4 C. Status Nutrisi Membaik
Anak tidak mau menelan makanan, tidak mau minum susu, tidak mau makan makanan dengan tekstur kasar dan intervensi pemasangan NGT.**

- A. Bukan jawaban yang tepat karena Untuk Menaikkan berat Badan perlu mengatasi masalah pemenuhan nutrisi terlebih dahulu
- B. Poin B juga bukan jawaban tepat sama dengan poin A
- C. Merupakan jawaban paling tepat karena luaran dari intervensi manajemen nutrisi adalah status nutrisi membaik. Pada kondisi ini tentu menjadi penyebab utama terjadinya devisa Nutrisi yang didukung oleh data "tampak iga gambang, BB 9 kg, TB 87 cm, lingk kepala mikrocephali dan diagnosis medis sudah menunjukkan Malnutrisi Marasmus. Intervensi tepat yang bisa dilakukan adalah pemasangan NGT Dari intervensi ini tentu yang diharapkan adalah "Status Nutrisi Membaik "dengan membaiknya status nutrisi maka masalah lainnya ikut teratasi.
- D. Juga bukan jawaban tepat, jawaban ini sama kondisinya dengan jawaban A dan B, diperlukan terapi nutrisi yang cukup lama untuk membuat kondisi ini membaik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan keperawatan dengan masalah nutrisi dan melihat buku SLKI.

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

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI

5 D. Masukkan selang kelubang hidung hingga batas yang ditentukan Anak diintervensi pemasangan NGT sesuai prosedur

Prosedur pemasangan NGT :

1. Identifikasi Indikasi pemasangan NGT
2. Monitor tanda bahaya pemasangan
3. Letakkan perlak di dada
4. Cuci tangan
5. Pakai hanscoun steril
6. Tentukan panjang selang dengan mengukur dari ujung hidung ke telinga lalu ke prosesus xiphoideus dan tandai panjang selang
7. Periksa kepatenan lubang hidun
8. Lumasi ujung selang 15-20 cm dengan gel.
- 9. Masukkan selang kelubang hidung hingga batas yang ditentukan**
10. Pasang spuit dan aspirasi isi lambung
11. Masukkan udara 10-30 ml sambil mendengarkan bunyi dengan stetoskop
12. Fixasi nasogastrik

Berdasarkan SOP ini sudah dapat ditentukan mana posisi jawaban yang tepat dan yang mana penjabaran jawaban dari setiap pilihan A,B, C, D dan E.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan keperawatan dan prosedur pemasangan NGT.

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

6 C. Pemberian Antipiretik Keluhan demam dengan suhu 39,8°C

- A. Bukan merupakan jawaban tepat data pendukung hanya Satu yaitu menolak makan
- B. Bukan jawaban tepat karena data pendukung hanya satu yaitu menolak minum
- C. Merupakan jawaban paling tepat karena pada kasu ini menunjukka data dengan kondisi infeksi saluran kemih yaitu Bayi didiagnosis medis nefrositis akut yang dibuktikan dengan hasil laboratoriu wbc 28000 μ i. Dimana pengobatan yang harus diberikan tentunya adalah pemberian Antibiotik. Namun kondisi bayi dalam keadaan demam tinggi yaitu 39,8°C

yang berpotensi terjadinya kejang bila tidak segera ditangani, sehingga jawaban paling tepat adalah C. Kolaborasi pemberian Antipiretik. Walaupun jawaban lainnya juga benar namun bukan menjadi prioritas utama.

- D. Pilihan ini bukan merupakan jawaban prioritas berdasarkan keterangan poin C dan pemberian antibiotik ini tentu harus diketahui terlebih dahulu hasil kultur urin yang akan disesuaikan dengan jenis kuman apa yang dapat diatasi oleh antibiotik tertentu dan ini membutuhkan waktu cukup lama untuk mengetahui hasilnya sehingga yang harus ditangani terlebih dahulu sambil menunggu pemberian antibiotik adalah pemberian antipiretik.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan terutama pada intervensi keperawatan bagian kolaborasi.

Referensi: Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI.

7 C. Otonomi (Menghormati)

Perawat hanya bisa menyetujui keputusan tersebut, menurutnya pasien berhak menentukan yang terbaik untuk dirinya.

- A. Bukan jawaban tepat karena Non-Maleficence yang artinya Tidak merugikan. Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien. Contoh ketika ada klien yang menyatakan kepada dokter secara tertulis menolak pemberian transfusi darah dan ketika itu penyakit perdarahan (melenja) membuat keadaan klien semakin memburuk dan dokter harus menginstruksikan pemberian transfusi darah. akhirnya transfusi darah tidak diberikan karena prinsip beneficence walaupun pada situasi ini juga terjadi penyalahgunaan prinsip nonmaleficence.
- B. Bukan jawaban yang benar karena Akuntabilitas adalah standar yang pasti bahwa tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa tekecuali. Contoh perawat bertanggung jawab pada diri sendiri, profesi, klien, sesama teman sejawat, karyawan, dan masyarakat. Jika perawat salah memberi dosis obat kepada klien perawat dapat digugat oleh klien yang menerima obat, dokter yang memberi tugas delegatif, dan masyarakat yang menuntut kemampuan profesional.
- C. Merupakan jawaban yang paling tepat, fokusnya pada Prinsip Otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya
- D. Bukan jawaban tepat karena fidelity merupakan Tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu perawat harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai

komitmennya kepada orang lain.

- E. Bukan jawaban benar karena prinsip ini merupakan prinsip yang harus dimiliki oleh seluruh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setia klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Kebenaran merupakan dasar membina hubungan saling percaya. Klien memiliki otonomi sehingga mereka berhak mendapatkan informasi yang ia ingin tahu. Contoh Ny. S masuk rumah sakit dengan berbagai macam fraktur karena kecelakaan mobil, suaminya juga ada dalam kecelakaan tersebut dan meninggal dunia. Ny. S selalu bertanya-tanya tentang keadaan suaminya. Dokter ahli bedah berpesan kepada perawat untuk belum memberitahukan kematian suaminya kepada klien perawat tidak mengetahui alasan tersebut dari dokter dan kepala ruangan menyampaikan intruksi dokter harus diikuti. Perawat dalam hal ini dihadapkan oleh konflik kejujuran.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan terutama pada prinsip kode etik keperawatan.

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

8 C. Pemberian nutrisi parenteral

Fokus pada data:

1. Tidak mau makan dan minum
2. BB 10 kg dan TB 96 cm
3. Susah menelan makanan padat dan Riwayat alergi susu
4. pasien lemah
5. GDS 38 gr/dl

- a. Bukan solusi tepat, karena tidak ada masalah pasien hanya susah menelan makanan padat, jika makanan tidak padat, berarti bisa ditelan missalkan makanan dihaluskan atau berupa bubur maupun minuman.
- b. Bukan jawaban tepat meskipun bisa diberikan sebagai anti muntah
- c. Merupakan jawaban tepat karena Intervensi keperawatan berupa **Kolaborasi pemberian Nutrisi Parenteral** sangat dibutuhkan pada kondisi pasien sudah berada pada tahap devisit nutrisi akut, yang harus segera mendapatkan asupan nutrisi yang langsung ke sel tubuh tanpa melalui pencernaan dimana proses pencernaan membutuhkan waktu yang sedikit lama untuk pemulihan tenaga meskipun sudah terpasang destrose 5% untuk mengatasi masalah GDS 38 gr/dl.
- d. Juga bukan jawaban tepat, karena sudah disampaikan jika anak alergi susu.
- e. Bukan jawaban tepat karena baru ditahap penentuan jumlah nutrisi

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang Asuhan terutama bentuk bentuk kolaborasi pada intervensi keperawatan.

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

9 D. Evaporasi

Pada kondisi tersebut terjadi proses kehilangan panas

- A. Bukan jawaban tepat karena radiasi adalah energi yang terpancar dari materi (atom) dalam bentuk partikel atau gelombang. Proses radiasi merupakan proses pengeluaran suhu tubuh melalui gelombang elektromagnet, dengan kecepatan cahaya 3000 km/jam
- B. Bukan jawaban tepat karena Konpeksi adalah industri kecil tempat pembuatan pakaian jadi seperti kaus, kemeja, celana, jaket dan sebagainya (pilihan ini hanya sebagai pengecoh jawaban yang penyebutannya mirip)
- C. Juga bukan jawaban tepat karena Konveksi berarti perpindahan suhu kedalam air
- D. Merupakan pilihan jawaban tepat karena Evaporasi adalah kehilangan panas akibat penguapan suhu tubuh pada permukaan tubuh bayi itu sendiri. Bayi baru lahir masih sangat rentan mengalami penurunan suhu tubuh yang disebut sebagai **hipotermi**, hal ini terjadi karena system termoregulasi pada bayi masih belum berfungsi secara sempurna layaknya anak-anak atau orang dewasa. Bayi baru lahir yang ditempatkan di dalam ruangan dengan suhu ruang akan cepat mengalami kehilangan panas bila tidak segera di selimuti Pada kasus tersebut, Ketika terjadi penggantian popok dengan durasi yang lama maka bayi dengan mudah kehilangan panas tubu
- E. Bukan merupakan jawaban tepat, karena konduksi adalah perpindahan panas dari suatu benda ke benda lainnya. Contoh pada ujung besi yang dipanaskan, maka lambat laun ujung yang satunya akan ikut panas.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali konsep Bayi baru lahir.

Referensi: Maryunani. Anik; 2016; Asuhan Neonatus, Bayi, Balita & Anak Prasekolah; Cetakan ke-3, IN MEDIA, Bogor.

10 B. Inkontinensia Fekal

BAB tanpa disadari, anak tidak mampu menunda defekasi, anak selalu BAB Tidak terkontrol

- A. Bukan jawaban tepat walaupun secara garis besarnya, kasus tersebut termasuk gangguan eliminasi fekal tapi sudah masuk ketahap yang lebih serius dan lebih spesifik ke diagnosis lain.
- B. Merupakan jawaban tepat karena Masalah utama pada kasus Atresia Ani adalah hilangnya fungsi pengendalian spingter rectum sehingga anak cenderung tidak mampu mengontrol pengeluaran feses secara involunter

(tidak disadari). Data mayor dari diagnosis **Inkontinensia fekal** ini adalah tidak mampu mengontrol pengeluaran feses dan tidak mampu menunda defekasi

- C. Bukan jawaban tepat karena pada kasus dijelaskan BAB selalu tidak terkontrol sementara konstipasi adalah susah BAB yang disebabkan oleh konsistensi faeses yang keras.
- D. Juga bukan jawaban benar karena obstipasi merupakan kondisi sulit buang air besar yang diakibatkan oleh kelemahan syaraf pada otot-otot rectum dalam mendorong pengeluaran BAB
- E. Diare bukan jawaban tepat karena diare merupakan kondisi buang air besar lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi encer namun masih dapat dirasakan dan masih terkontrol.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan dengan gangguan system pencernaan.

Referensi: Maryunani. Anik; 2016; Asuhan Neonatus, Bayi, Balita & Anak Prasekolah; Cetakan ke-3, IN MEDIA, Bogor.

11. C. Penurunan curah jantung

Kuasai tanda dan gejala mayor dan minor diagnosis penurunan curah jantung.

- a. Perfusi perifer tidak efektif : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh
- b. Gangguan pertukaran gas :ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, atau perubahan membran alveolus-kapiler.
- c. Penurunan Curah Jantung : Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Penyebabnya karena perubahan irama jantung, Perubahan frekuensi jantung, Perubahan kontraktilitas, Perubahan preload dan afterload. Akibat aliran darah dari ventrikel kiri ke ventrikel kanan menyebabkan aliran darah ke ventrikel kiri berkurang, beban kerja otot jantung meningkat untuk memompakan darah ke aorta. Lama kelamaan otot jantung akan melemah dan terjadi penurunan curah jantung.
- d. Intoleransi Aktivitas : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
- e. Resiko Infeksi: berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tanda dan gejala mayor pada penurunan curah jantung

Referensi: Wong D.L.(2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6.Volume 1. Jakarta: EGC

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan indicator Diagnostik. Jakarta Selatan,; DPP

12. E. Defisit Nutrisi

Gejala dan tanda mayor dan minor defisit nutrisi harus dikuasai.

- a. Perfusi perifer tidak efektif : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh
- b. Gangguan pertukaran gas: ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, atau perubahan membran alveolus-kapiler.
- c. Penurunan curah jantung: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh
- d. Intoleransi Aktivitas: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh
- e. Defisit Nutrisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Defisit nutrisi terjadi ketika tidak mendapatkan asupan nutrisi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuhnya. Kekurangan nutrisi dapat terjadi karena berbagai faktor, termasuk pola makan yang buruk, gangguan makan, masalah kesehatan yang mempengaruhi penyerapan nutrisi. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data subjektif dan objektif untuk penegakan masalah deficit nutrisi.

Referensi: Wong D.L. (2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6. Volume 1. Jakarta: EGC

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan indicator Diagnostik. Jakarta Selatan,; DPP

13. A. Gangguan tumbuh kembang

Menguasai gejala dan tanda mayor perkembangan sesuai dengan usianya (motorik kasar, motorik halus, bahasa dan interaksi sosial).

- a. Gangguan Tumbuh kembang adalah Kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia. Penyebabnya karena Efek ketidakmampuan fisik, Keterbatasan lingkungan, Inkonsistensi respon, Pengabaian, Terpisah dari orang tua dan /atau orang terdekat, Defisiensi stimulus
- b. Intoleransi aktivitas: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh
- c. Defisit Pengetahuan: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh
- d. Defisit Nutrisi: Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh
- e. Ansietas: kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data mayor pada

gangguan tumbuh kembang.

Referensi: Wong D.L.(2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6.Volume 1. Jakarta: EGC

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

14. A. Posisikan pasien semi fowler dengan kaki kebawah

Diagnosis tetralogy Of Fallot . Hasil pemeriksaan fisik, Ibu klien mengatakan bahwa anak sesak dan membiru saat menangis, pucat, bibir sianosis, nadi perifer teraba lambat, sudah terpasang oksigen, frekuensi napas 40 kali/menit.

Perawatan jantung adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi, merawat, dan membatasi komplikasi akibat ketidakseimbangan antara suplai dan konsumsi oksigen miokard.

Berdasarkan Intervensi terapeutik:

- a. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman (Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi pasien)
- b. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
- c. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi
- d. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- f. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- g. Berikan dukungan emosional dan spiritual
- h. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen intervensi perawatan jantung.

Referensi: Wong D.L. (2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6. Volume 1. Jakarta: EGC

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

15. C. Sambungkan selang masker wajah ke humidifier

Perawat sudah memasang flowmeter dan humidifier ke sumber oksigen.

SOP pemberian Oksigen dengan masker wajah

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan Langkah-langkah prosedur
3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan (lihat persiapan alat diatas)
4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
5. Tuangkan cairan steril ke humidifier sesuai batas
6. Pasang flowmeter ke humidifier ke sumber oksigen

7. Sambungkan selang masker wajah ke humidifier
8. Atur aliran oksigen 5 – 10 L/menit, sesuai kebutuhan
9. Pastikan oksigen mengalir melalui selang
10. Pasang masker wajah menutupi hidung dan mulut
11. Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala
12. Bersihkan kulit dan masker setiap 2 – 3 jam jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinu
13. Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
14. Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi
15. Pasang tanda "Oksigen sedang digunakan" pada dinding di belakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu
16. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
17. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
18. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien (metode pemberian oksigen, kecepatan oksigen, respon pasien, dan efek samping/merugikan yang terjadi)

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP pemberian Oksigen

Referensi: Wong D.L.(2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6.Volume 1. Jakarta: EGC

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta Selatan,: DPP PPNI

16. A. Alirkan makanan perlahan tanpa mendorong

BBL 2200 gram, BB saat ini 1800 gram, refleks menghisap lemah, bayi tampak lemah, perawat memasukkan nutrisi ASI 30 cc kedalam catheter tip.

SPO pemberian makanan enteral:

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
- b. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan :
 - Catheter tip atau spuit 20-50 cc, sesuai kebutuhan
 - Sarung tangan bersih
 - Stetoscope
 - Makanan cair
 - Air minum
 - Tisu
 - Pengalas
- d. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- e. Pakai sarung tangan bersih
- f. posisikan semi – fowler
- g. Letakkan pengalas didada pasien

- h. Periksa posisi dan kepatenan NGT serta residu lambung
- i. Tunda pemberian makanan jika residu lebih dari 50 cc
- j. Buka penutup ujung NGT dan sambungkan dengan kateter tip atau spuit
- k. Masukkan makanan cair ke dalam kateter tip
- l. Alirkan makanan perlahan tanpa mendorong
- m. Bilas selang dengan air minum
- n. Tutup kembali ujung selang
- o. Pertahankan posisi semi – fowler selama 30 menit setelah makan
- p. Rapikan pasien dan alat – alat yang digunakan
- q. Lepaskan sarung tangan
- r. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- s. Dokumentasikan

Mahasiswa menguasai SPO pemberian makanan enteral pada bayi.

Referensi: Wong D.L.(2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6. Volume 1. Jakarta: EGC

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan. Jakarta Selatan, : DPP PPNI

17. A. Bersihan jalan napas tidak efektif

Ibu pasien mengatakan batuk berdahak, bunyi napas Ronkhi frekuensi napas 45 x/mnt,

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Adapun tanda dan gejala yang ditimbulkan seperti, batuk tidak efektif, sputum berlebih, suara napas mengi atau wheezing dan ronkhi
- b. Pola napas tidak efektif kondisi di mana inspirasi atau ekspirasi tidak memberikan ventilasi adekuat, sehingga pasien mengalami kesulitan bernapas atau tidak dapat bernapas dengan benar. Kondisi ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti penyumbatan jalan napas, gangguan neuromuskular, kerusakan paru-paru, atau kelelahan otot pernapasan.
- c. Gangguan rasa nyaman merupakan Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospirtual, lingkungan dan sosial
- d. Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari
- e. Defisit nutrisi merupakan Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Defisit nutrisi terjadi ketika tidak mendapatkan asupan nutrisi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuhnya. Kekurangan nutrisi dapat terjadi karena berbagai faktor, termasuk pola makan yang buruk, gangguan makan, masalah kesehatan yang mempengaruhi penyerapan nutrisi. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data obyektif untuk masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif.

Referensi: Wong D.L.(2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6.Volume 1. Jakarta: EGC

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan indikator Diagnostik. Jakarta Selatan,; DPP

18. D. Perfusi perifer tidak efektif

Perfusi perifer tidak efektif, tanda obyektifnya: pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

- Hipertermi adalah suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh
- Intoleransi Aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari
- Pola napas tidak efektif
kondisi di mana inspirasi atau ekspirasi tidak memberikan ventilasi adekuat, sehingga pasien mengalami kesulitan bernapas atau tidak dapat bernapas dengan benar. Kondisi ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti penyumbatan jalan napas, gangguan neuromuskular, kerusakan paru-paru, atau kelelahan otot pernapasan.
- Perfusi Perifer Tidak Efektif. : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.
- Gangguan pertumbuhan dan perkembangan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data obyektif perfusi perifer tidak efektif.

Referensi: Wong D.L. (2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6.Volume 1. Jakarta: EGC

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan indikator Diagnostik. Jakarta Selatan,; DPP

19. E. Gangguan integritas kulit/jaringan

Lebih dijelaskan lagi terkait tanda-tanda dermatitis seboroik (dipembahasan)

- Hipertermia adalah Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh
- Hipovolemia adalah Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular adalah suatu kondisi yang dapat terjadi pada pasien. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti dehidrasi, gagal ginjal, penyakit jantung, dan lain sebagainya.
- Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.
- Resiko gangguan pertumbuhan merupakan berisiko mengalami gangguan untuk bertumbuh sesuai dengan kelompok usianya.

- e. Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligament Penyebabnya adalah Perubahan sirkulasi, Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), Kelebihan/kekurangan volume cairan, Penurunan mobilitas, Bahan kimia iritatif, 6. Suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan), Efek samping terapi radiasi, Kelembaban, Proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, Perubahan hormonal.

Dermatitis Suborik pada anak ditandai: kulit kepala kemerahan dan bersisik kekuningan serta terasa gatal.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang data mayor gangguan integritas kulit dan jaringan.

Referensi: Wong D.L.(2009). Buku ajar keperawatan pediatrik. Edisi 6. Volume 1. Jakarta: EGC

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Definisi dan indikator Diagnostik. Jakarta Selatan, : DPP

20. D. Beneficence

Sebelum penusukan vena dengan IV cateter perawat melakukan pemijatan lembut pada area lokasi

- a. Justice salah satu prinsip etik keperawatan. Perawat harus menjunjung tinggi prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Maksud bersikap adil ialah dengan menjamin semua pasien yang berasal dari berbagai latar belakang dapat memperoleh kualitas pelayanan kesehatan yang baik
- b. Fidelity merupakan prinsip etik keperawatan. Perawat juga harus berkomitmen dan menepati janji kepada pasien. Misalnya, bertanggung jawab untuk mencegah penyakit, memulihkan dan meningkatkan kesehatan pasien, hingga meminimalisir penderitaan yang pasien rasakan
- c. Autonomi merupakan hak kebebasan dan kemandirian dari setiap individu. Seseorang dapat berpikir secara logis dan membuat keputusan sendiri tanpa adanya paksaan. Dalam dunia keperawatan, prinsip ini untuk menghargai hak pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan diri pasien
- d. Beneficence berbuat baik dalam menghadapi diri sendiri dan orang lain. Tujuan berbuat baik adalah untuk mencegah dari suatu kesalahan atau kejahatan, menghapus kesalahan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Dalam pelayanan kesehatan, perawat memberikan pelayanan yang baik untuk kenyamanan bagi pasien
- e. Non Maleficence adalah tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien

Pada tulisan Beneficence menunjukkan kata benda artinya kemurahan hati, Beneficent pada kata sifat artinya bermurah hati.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang etika keperawatan.

Referensi: Nindy Amelia, 2013, Prinsip Etika Keperawatan, Yogyakarta, D-Medika
Suhaemi, M. 2010. Etika Keperawatan Aplikasi pada Praktik. Jakarta: EGC

21. B. Suspek

Motorik halus dan motorik kasar anak mampu melakukan item 75-90%, personal sosial gagal di item garis umur 75-90%, aspek bahasa gagal pada item di sebelah kiri garis umur.

- Delay, merupakan interpretasi sector, dimana anak tidak mampu melakukan tugas perkembangan di sebelah kiri garis umur.
- Suspek merupakan salah satu hasil interpretasi kesimpulan 4 sektor dalam pemeriksaan tes Denver II. Dikatakan suspek jika hasil interpretasi 4 sektor ada minimal 1 delay atau 2 caution.
- Normal, bisa berarti interpretasi sector bisa juga masuk dalam interpretasi kesimpulan 4 sektor. Karena dalam soal ini menanyakan interpretasi 4 sektor, maka normal yang dimaksud adalah maksimal hanya ditemukan 1 caution, tidak ada delay.
- Caution merupakan interpretasi sector, dikatakan caution jika anak gagal melakukan item tes yang dipotong garis umur pada 75% sd 90%
- untestable/tidak dapat diuji adalah interpretasi kesimpulan 4 sektor, dimana bila ada skor menolak pada ≥ 1 tugas perkembangan di sebelah kiri garis umur atau menolak ≥ 1 tugas perkembangan yang dipotong garis umur pada range 75%-90%

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang hasil pembacaan interpretasi pemeriksaan tes Denver II.

Referensi: Frankenburg dan Dodds, J. (2016). Manual Tes Denver II. Second edition. Yogyakarta : Divisi Pediatri Sosial Tumbuh Kembang Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKMK UGM

22. C. 1 tahun 8 bulan 28 hari

Tanggal 12 Januari 2022 pemeriksaan Denver II, anak lahir tanggal 14 Maret 2020, riwayat prematur 4 minggu.

- 1 tahun 9 bulan 28 hari, bukan jawaban yang benar, setelah dihitung berdasarkan panduan
- 1 tahun 6 bulan 28 hari bukan jawaban yang benar, setelah dihitung berdasarkan panduan
- 1 tahun 8 bulan 28 hari jawaban yang benar setelah dihitung berdasarkan panduan.

Cara menghitung usia anak adalah tanggal pemeriksaan dikurangi dengan tanggal lahir. Bila diperlukan "pinjam" dalam proses perhitungan di bagian sebelah kirinya jika tidak bisa dikurangi dengan urutan dari sebelah kiri ke kanan tahun, bulan dan hari. 30 hari dipinjam dari kolom bulan dan 12 bulan dipinjam dari kolom tahun.

Bila dari perhitungan pertama ini usia anak kurang dari 2 tahun, tanyakan Apa ia lahir kurang dari 2 minggu sebelum tanggal perkiraan/HPL, maka dilakukan penyesuaian prematuritas dengan cara umur anak pertama dikurangi dengan jumlah minggu prematurnya, maju berapa minggu sebelum HPL. Tapi jika usia anak lebih dari 2 tahun, tidak perlu dilakukan penyesuaian umur meski HPL > dari 2 minggu. Jadi syarat dilakukan penyesuaian jika memenuhi 2 kriteria : umur anak dibawah 2 tahun dan premature lebih dari 2 minggu sebelum HPL. Jika hanya terpenuhi 1 syarat, maka tidak dilakukan penyesuaian.

- d. 1 tahun 5 bulan 28 hari, bukan jawaban yang benar, setelah dihitung berdasarkan panduan
- e. 1 tahun 5 bulan 3 hari, bukan jawaban yang benar, setelah dihitung berdasarkan panduan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang tentang perhitungan usia kronologis anak.

Referensi: Frankenburg dan Dodds, J. (2016). Manual Tes Denver II. Second edition. Yogyakarta : Divisi Pediatri Sosial Tumbuh Kembang Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKMK UGM

23. D. 1,5 cc

Dosis 15 mg, 1 cc = 10 mg noscapine.

- a. 1 cc bukan jawaban yang benar sesuai prinsip ketepatan penyiapan dosis obat
- b. 2 cc bukan jawaban yang benar sesuai prinsip ketepatan penyiapan dosis obat
- c. 3 cc bukan jawaban yang benar sesuai prinsip ketepatan penyiapan dosis obat
- d. 1,5 cc merupakan jawaban yang benar sesuai prinsip ketepatan penyiapan dosis obat.

Prinsip pemberian obat salah satunya adalah benar dalam penyiapan dosis obat sesuai advice/instruksi pemberian. Rumus umum yang digunakan dalam kebenaran penyiapan dosis obat adalah = (dosis yang diberikan : dosis yang ada) x jml/volume yang ada dalam sediaan yang dimaksud. Dalam soal ini berarti jumlah yang disiapkan = $(15\text{mg} : 10\text{ mg}) \times 1\text{ cc} = 1,5\text{ cc}$

- e. 2,5 cc bukan jawaban yang benar sesuai prinsip ketepatan penyiapan dosis obat

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip pemberian obat serta SOP dalam penyiapan dosis obat yang tepat sesuai advice/instruksi dokter.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

24. D. 1150 ml**Berat badan 13 kg, edukasi pada orangtua untuk meningkatkan hidrasi**

- a. 1000 ml, bukan merupakan jawaban yang benar sesuai SOP pemberian kebutuhan cairan harian pada anak
- b. 1050 ml, bukan merupakan jawaban yang benar sesuai SOP pemberian kebutuhan cairan harian pada anak
- c. 1100 ml, bukan merupakan jawaban yang benar sesuai SOP pemberian kebutuhan cairan harian pada anak
- d. 1150 ml, merupakan jawaban yang benar sesuai SOP pemberian kebutuhan cairan harian pada anak.

SOP kebutuhan cairan harian pada anak didasarkan pada berat badan anak. Bagi anak yang berat badannya diantara 10 sd 20 kg, maka rumus kebutuhan cairan harian anak adalah $1000 \text{ cc} + (\text{kelebihannya berat badan anak dari } 10 \text{ kg}) \times 50 \text{ cc} = 1000 \text{ cc} + (3) \times 50 = 1000 + 150 = 1150 \text{ cc}$ dalam 1 hari.

- e. 1200 ml, bukan merupakan jawaban yang benar sesuai SOP pemberian kebutuhan cairan harian pada anak

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip pemberian cairan : kebutuhan harian cairan tubuh pada anak.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

25. D. Ajarkan batuk efektif**Batuk terus-menerus disertai dahak dan pilek, ada sputum, kompos mentis, suara napas ronchi, frekuensi napas 28 kali/menit.**

- a. Berikan oksigen, bukan jawaban yang benar karena saturasi masih 95%, respirasi pasien juga tidak meningkat di atas range normal
- b. Lakukan suction, bukan jawaban yang benar, karena meski anak ada sputum tapi masih kompos mentis
- c. Lakukan fisiotherapi, bukan jawaban yang benar karena bukan intervensi utama sesuai kasus
- d. Ajarkan batuk efektif, merupakan jawaban yang benar, karena anak ada sekret yang tertahan, anak kompos mentis
- e. Tingkatkan hidrasi/cairan, merupakan jawaban yang kurang tepat, karena tindakan ini bisa sebagai tindak lanjut setelah mengajarkan batuk efektif.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip batuk efektif.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

26. A. Kolaborasi pemberian bronkodilator

Sesak, suara napas wheezing, frekuensi nadi, 85 kali/menit, dan frekuensi napas 32 kali/menit.

- Kolaborasi pemberian bronkodilator, merupakan jawaban yang tepat. Kondisi asma trias gejala yang muncul adalah penyempitan bronkus, penebalan dinding mukosa bronkus, serta peningkatan sekresi di dinding mukosa bronkus. Respon yang muncul pada asma anak bisa sesak jika trias gejala ini tidak ditangani. Trias gejala ini memunculkan masalah bersihan jalan napas. Maka pada konteks kasus ini yang tepat adalah pemberian bronkodilator sebagai penanganan awal sesuai kasus.
- Berikan oksigen nasal kanule 1 lpm, bukan jawaban yang benar
- Lakukan fisioterapi dada, bukan jawaban yang benar
- Atur posisi semi fowler, bukan bagian jawaban yang sesuai
- Lakukan batuk efektif, bukan bagian jawaban yang benar sesuai kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip serangan asma dan intervensi yang tepat dengan kondisi pasien.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

27. E. 5

Ekstremitas biru pucat dengan batang tubuh berwarna merah muda, frekuensi nadi 90 x/menit, bayi merintih, gerakan bayi lemah, serta pernapasan lambat dan tidak teratur.

Penilaian apgar didasarkan pada kriteria berikut ini :

Tanda	Nilai		
	0	1	2
A: Appearance (color) Warna kulit	Biru/pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Tubuh dan ekstremitas kemerahan
P: Pulse (heart rate) Denyut nadi	Tidak ada	<100x/mnt	>100x/mnt
G: Grimace (Reflek)	Tidak ada	Gerakan sedikit	Menangis
A: Activity (Tonus otot)	Lumpuh	Fleksi lemah	Aktif
R: Respiration (Usaha nafas)	Tidak ada	Lemah merintih	Tangisan kuat
Penilaian : 7-10 : normal (vigorous baby) 4-6 : asfiksia sedang 0-3 : asfiksia berat			

Ekstremitas biru pucat, tubuh merah : 1

Nadi < 100 : 1

Bayi merintih : 1

Gerakan lemah : 1

Napas lambat tdk teratur : 1

E. Sehingga dari kasus di atas, apgar skor bayi adalah 5

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang penilaian apgar skor.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

28. E. Menghentikan aliran tranfusi darah

Talasemia, transfusi darah, tiba-tiba klien mengatakan sesak napas, nyeri dada, serta tampak gelisah.

- a. Jawaban tidak sesuai
- b. Jawaban tidak sesuai
- c. Jawaban tidak sesuai
- d. Jawaban tidak sesuai
- e. Perawat perlu observasi pada 15 menit pertama transfusi darah untuk melihat kemungkinan terjadinya reaksi transfusi. Pada kasus di atas terjadi hal demikian, sehingga hal pertama yang harus dilakukan saat menjumpai reaksi transfusi yang berpotensi membahayakan pasien adalah menghentikan tindakan tranfusi untuk sementara, sambil konsul dokter.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang SOP pemberian transfusi darah.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

29. C. Pola napas tidak efektif

Lemas, dan tidak berminat untuk bermain karena sulit bernapas, CRT > 3 detik, bibir dan kuku sianosis, frekuensi nadi 105 x/menit, frekuensi napas 32 x/menit, kadar Hb 6 gr/dl.

- a. Hipertermia, data hanya 1 yaitu 38°C
- b. Intoleransi aktivitas, data hanya lemah, CRT > 3 detik, Hb 6 gr/dl
- c. Pola napas tidak efektif, data sangat mendukung yaitu tidak berminat untuk bermain karena sulit bernapas, bibir dan kuku sianosis, frekuensi napas 32 x/menit
- d. Perfusi perifer tidak efektif, data hanya CRT > 3 detik, bibir dan kuku sianosis
- e. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan, data hanya anak kurus, kurang mendukung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep talasemia serta masalah keperawatan prioritas yang muncul.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

30. A. Hipovolemia

BAB cair 5 kali sehari, lemas, cubitan kulit perut kembali lambat, lemas

- a. Jawaban A sesuai karena pada kasus data mayor kemunculan dominan
- b. Jawaban B kurang sesuai karena meski pasien merakan nyeri, namun bukan masalah prioritas

- c. Jawaban C tidak sesuai karena hanya ada data minor lemas
- d. Jawaban D tidak sesuai karena meski pasien mengeluh mual namun bukan masalah prioritas
- e. Jawaban E tidak sesuai meski ibu mengatakan cemas, namun dalam scenario bukan masalah prioritas

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang konsep diare dan masalah keperawatan prioritas.

Referensi: Hatfield, Nancy, T. (2008). Broadribbs Introductory Pediatric Nursing. Seventh Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins

31. D. Pola napas tidak efektif

Asfiksia neonatorum, pernapasan cuping hidung saat rewel, frekuensi napas 40 x/menit dalam terapi oksigen nasal kanule 2.

- a. Hipertemia merupakan masalah keperawatan pada kasus, namun tidak termasuk masalah prioritas pertama, saat ditanya masalah keperawatan pada kasus, harus focus pada masalah prioritas yang paling utama/prioritas pertama. Patofisiologi asfiksia secara normative tidak muncul hipertermia, namun kita sebagai perawat yang dikelola adalah respon ketidakterpenuhinya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dimana termoregulasi adalah bagian kebutuhan dasar manusia
- b. Data gangguan menelan tidak mendukung, tidak memenuhi definisi masalah yaitu ditemukannya deficit struktur atau fungsi oral, faring atau esophagus, tapi yang terjadi pada kasus adalah bayi mengalami kesukaran dalam menyusu karena masalah reflex rooting mauoun sucking sehingga dipasang OGT
- c. Menyusui tidak efektif merupakan masalah keperawatan pada kasus, namun tidak termasuk masalah prioritas pertama, saat ditanya masalah keperawatan pada kasus, harus focus pada masalah prioritas yang paling utama/prioritas pertama
- d. Data pola napas tidak efektif sangat mendukung pada kasus, cuping hidung saat rewel, frekuensi napas 50 x/menit dalam durante terapi oksigen 2 liter/menit. Adanya hambatan upaya napas sebagai patofisiologi bayi dengan asfiksia, idialnya frekuensi napas < 60 x/menit pada neonatus dalam kondisi tanpa bantuan oksigenasi.
- e. Data termoregulasi tidak efektif, tidak memenuhi definisi masalah yaitu peningkatan atau penurunan suhu tubuh antara hipotermia dan hipertermia, dimana di kasus hanya tersedia data bahwa pasien mengalami demam dengan suhu mengalami hipertermia

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada bayi dengan asfiksia neonatorum, memahami kembali konsep masalah keperawatan dari SDKI.

Referensi: Wong, D.L et al (2009) Wong's Essentials of Pediatric Wong, 6th Ed, St.Louis: Mosby, Inc.

32. A. MR, 0,5 mL disuntikan secara subkutan pada lengan bagian atas 9 bulan, imunisasi, riwayat imunisasi sebelumnya sudah masuk lengkap.

- a. Vaksin MR disuntikkan subkutan mulai umur 9 bulan
- b. Bila sampai usia 12 bulan belum mendapat MR dapat diberikan MMR mulai usia 12–15 bulan
- c. Tidak tepat
- d. Bila sampai usia 12 bulan belum mendapat MR dapat diberikan MMR mulai usia 12–15 bulan
- e. Tidak tepat

Mahasiswa diharapkan mempelajari dan memahami kembali konsep tentang jadwal imunisasi dari IDAI tahun 2023.

Referensi: Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 tahun Rekomendasi IDAI Tahun 2023
<https://www.idai.or.id/artikel/klinik/imunisasi/jadwal-imunisasi-anak-idai>

**33. E. Hepatitis B, Polio 0, BCG
Baru lahir kurang dari 24 jam, penyuntikan vit K 30 menit setelah lahir, BBL > 2000 gram.**

- a. Tidak sesuai jadwal imunisasi rekomendasi IDAI 2023 sesuai scenario kasus
- b. Tidak sesuai jadwal imunisasi rekomendasi IDAI 2023 sesuai scenario kasus
- c. Tidak sesuai jadwal imunisasi rekomendasi IDAI 2023 sesuai scenario kasus
- d. Tidak sesuai jadwal imunisasi rekomendasi IDAI 2023 sesuai scenario kasus
- e. sesuai jadwal imunisasi rekomendasi IDAI 2023 sesuai scenario kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari dan memahami kembali tentang jadwal pemberian imunisasi sesuai rekomendasi IDAI 2023.

Referensi: Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 tahun Rekomendasi IDAI Tahun 2023
<https://www.idai.or.id/artikel/klinik/imunisasi/jadwal-imunisasi-anak-idai>

**34. D. Caution
Skrining denver II sektor bahasa anak tidak mampu melakukan item tes pada rentang 75%-90% yang dipotong garis umur, interpretasi 1 sektor.**

- a. Bukan pilihan jawaban yang tepat, karena interpretasi item
- b. Hasil interpretasi sector, namun bukan jawaban yang tepat sesuai kasus, karena yang dimaksud delay adalah tidak mampu melakukan item tes di sebelah kiri garis umur
- c. Hasil interpretasi sector juga kesimpulan 4 sektor, namun bukan jawaban yang tepat sesuai kasus. Normal dalaminterpretasi sector maksudnya

missal tidak mampu melakukan item tes yang dipotong garis umur pada rentang 25-75% atau tidak mampu melakukan item tes di sebelah kanan garis umur. Sementara normal dalam kesimpulan 4 sektor maksudnya adalah saat tidak ada delay atau ada hanya 1 caution dari interpretasi 4 sektor.

- d. Merupakan jawaban sesuai kasus, interpretasi sector, dimana adanya kegagalan melakukan item tes yang dipotong garis umur pada 75-90%
- e. Merupakan interpretasi sector, dimana anak tidak ada kesempatan untuk melakukan item test yang dipotong garis umur pada rentang 50-75% atau item tes di sebelah kiri garis umur

Mahasiswa diharapkan mempelajari dan memahami kembali tentang tes Denver II.

Skrining denver II sektor bahasa anak tidak mampu melakukan item tes pada rentang 75%-90% yang dipotong garis umur.

35. C. Melakukan uji tuberculin terlebih dahulu

3 bulan, belum ada riwayat imunisasi BCG, scar negative pada lengan kanan atas bayi, anak sehat.

- a. Tidak sesuai dengan rekomendasi petunjuk imunisasi IDAI 2023 sesuai situasi kasus
- b. Bukan bagian pengkajian yang diperlukan sesuai scenario kasus, karena sudah tegas bahwa anak sehat
- c. sesuai dengan rekomendasi petunjuk imunisasi IDAI 2023 sesuai situasi kasus
- d. Tidak sesuai dengan rekomendasi petunjuk imunisasi IDAI 2023 sesuai situasi kasus
- e. Tidak sesuai dengan rekomendasi petunjuk imunisasi IDAI 2023 sesuai situasi kasus

Mahasiswa diharapkan memahami kembali petunjuk pemberian imunisasi sesuai rekomendasi IDAI 2023 termasuk memahami situasi kasus yang dihadapi.

Referensi: Jadwal Imunisasi Anak Umur 0-18 tahun Rekomendasi IDAI Tahun 2023
<https://www.idai.or.id/artikel/klinik/imunisasi/jadwal-imunisasi-anak-idai>

36. A. Risiko cedera

Kejang, sudut mulut tertarik keluar dan ke bawah, bibir tertekan kuat pada gigi, riwayat tertusuk paku berkarat pada kakinya sebelum masuk rumah sakit.

- a. Data sangat mendukung dengan kasus anak tetanus
- b. Data immobilitas fisik kurang mendukung
- c. Masalah sesuai scenario kasus, namun bukan masalah prioritas. Setiap ditanya tentang masalah keperawatan pada kasus, wajib berpedoman pada masalah prioritas pertama pada kasus

- d. Data pola napas tidak efektif kurang mendukung
- e. Hanya 1 data sulit makan yang mendukung nutrisi kurang dari kebutuhan

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada anak dengan tetanus serta memahami SDKI dalam respon pada anak dengan tetanus.

Referensi: Wong, D.L et al (2009) Wong's Essentials of Pediatric Wong, 6th Ed, St.Louis: Mosby, Inc.

37. D. Penurunan curah jantung

Tetralogi of Fallot, sesak napas, kulit anaknya kebiruan saat menangis, frekuensi napas 40 x/menit, SpO2 88%.

- a. Sesuai dengan scenario kasus, namun data kurang mendukung serta bukan masalah prioritas pertama
- b. Sesuai dengan scenario kasus, namun data mendukung namun bukan masalah prioritas pertama
- c. Data sangat mendukung dengan kasus penyakit jantung kongenital, merupakan masalah prioritas pertama sesuai skenario kasus
- d. Data risiko infeksi kurang mendukung
- e. Data nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh kurang mendukung

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada anak dengan penyakit jantung kongenital Tetralogi of Fallot serta memahami definisi serta batasan mayor masalah keperawatan dalam SDKI.

Referensi: Wong, D.L et al (2009) Wong's Essentials of Pediatric Wong, 6th Ed, St.Louis: Mosby, Inc.

38. C. Hipervolemia

Bengkak pada kaki, susah berjalan sendiri, penurunan haluaran urine, udem anasarca, pitting edema positif 3 pada ekstremitas.

- a. *Data* tidak mendukung untuk masalah hipertermia pada kasus
- b. *Data* tidak mendukung untuk masalah hipertermia pada kasus
- c. *Data sangat mendukung pada kasus, sesuai masalah prioritas pertama sesuai scenario kasus*
- d. *Data* tidak mendukung untuk masalah hipertermia pada kasus
- e. *Data* tidak mendukung untuk masalah hipertermia pada kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang asuhan keperawatan pada anak dengan sindrom nefrotik serta memahami kembali masalah keperawatan dalam SDKI.

Referensi: Wong, D.L et al (2009) Wong's Essentials of Pediatric Wong, 6th Ed, St.Louis: Mosby, Inc.

39. E. Perhatikan pengeluaran meconium dalam 48 jam pertama

Belum pernah buang air besar dalam 18 jam sejak bayi lahir, pengkajian focus lanjutan.

- a. Data tidak mendukung
- b. Data tidak mendukung
- c. Data mendukung untuk pengkajian pengeluaran urine pada bayi baru lahir
- d. Data tidak mendukung
- e. Data sangat mendukung dalam pengkajian meconium dalam 48 jam pertama

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian eliminasi BAB pada bayi baru lahir, dan respon bayi dengan kelainan kongenital atresia ani.

Referensi: Engel, J. (2009). *Pengkajian Pediatrik: Seri pedoman Praktis*. Edisi 4. Jakarta: EGC.

40. D. Beneficence

Perawat memasang gelang risiko jatuh pada anak, memasang penanda risiko jatuh pada tempat tidur, memastikan kondisi lantai ruangan dalam keadaan kering dan menganjurkan kepada keluarga untuk menemani anak saat ke kamar mandi pada anak dengan retinoblastoma, prinsip etika.

- a. Fidelity : menghargai janji dan komitmen terhadap orang lain; tidak sesuai dengan scenario kasus
- b. Veracity : kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran, hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang kondisi klien; tidak sesuai dengan scenario kasus
- c. Autonomy : individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri, hak kemandirian dan kebebasan individu; tidak sesuai dengan scenario kasus
- d. Beneficence : melakukan sesuatu kebaikan bagi diri dan orang lain, dan sesuai dengan scenario kasus
- e. Non maleficence : tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien; tidak sesuai dengan scenario kasus

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang prinsip etik keperawatan.

Referensi: <https://jim.usk.ac.id/Fkep/article/view/4028>

**LATIHAN SOAL KEPERAWATAN
GAWAT DARURAT**

SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

1. Laki-laki, 50 tahun, diantar keluarga ke IGD dengan sesak napas. Hasil pengkajian: sianosis, urin 250 ml/24 jam, nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* 4 detik; tekanan darah 182/105 mmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, frekuensi napas 32 x/menit, suhu 36,2 °C. Apa masalah yang tepat pada kasus tersebut?
 - a. Hipotermia
 - b. Pola napas tidak efektif
 - c. Penurunan curah jantung b.d *afterload*.
 - d. Risiko perfusi renal tidak efektif b.d hipertensi.
 - e. Perfusi perifer tidak efektif b.d kurang aktifitas fisik.
2. Anak laki-laki, 8 tahun, dibawa oleh ibunya ke IGD dengan keluhan tiba – tiba tersedak. Hasil pengkajian: stridor, *wheezing*, batuk, suara napas menurun dan sianosis. Apa kecurigaan yang dialami pada kasus tersebut?
 - a. Reaksi alergi pada jalan napas
 - b. Proses infeksi pada jalan napas
 - c. Angioderma pada jalan napas
 - d. Adanya massa pada jalan napas
 - e. Aspirasi benda asing
3. Perempuan, 40 tahun, datang ke IGD di ruang *emergency* dengan nyeri akibat infiltrasi pemasangan terapi intravena dengan skala nyeri 4. Intervensi non-farmakologi yang tepat dilakukan perawat adalah?
 - a. Kompres dingin
 - b. Kompres hangat
 - c. Teknik relaksasi
 - d. Mendengarkan music
 - e. *Guided imagery*
4. Perempuan, 31 tahun, diantar oleh suaminya ke IGD karena sesak napas. Hasil pengkajian: edema di ekstremitas bawah, oliguri, berat badan 60 kg, terdapat AV Shunt di tangan kiri, TD 180/100 mmHg, frekuensi nadi 115 x/menit, frekuensi napas 26 x/menit, suhu 36, 6 °C, SpO₂ 93 %, kreatinin 4,9 mg/dl. Pasien direncanakan hemodialisa. Apa pengkajian lanjutan pada kasus tersebut?
 - a. Adanya bunyi napas tambahan
 - b. Adanya kenaikan berat badan
 - c. Intake cairan dan urin output
 - d. Kadar hematokrit
 - e. Irama jantung
5. Laki-laki, 64 tahun, diantar oleh keluarga ke IGD karena nyeri ulu hati. Hasil pengkajian: meringis, skala nyeri 7 (NRS), berat badan 90 kg, TD 170/90 mmHg, frekuensi nadi 120 x/menit, frekuensi napas 38 x/menit, suhu 36, 8 °C, SpO₂ 97 %, kreatinin 8 mg/dl. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus. Apa pengkajian lanjutan pada kasus tersebut?

- a. Adanya bunyi napas tambahan
 - b. Adanya kenaikan berat badan
 - c. Intake cairan dan urin output
 - d. Riwayat penyakit sekarang
 - e. Irama jantung
6. Laki-laki, 64 tahun, diantar oleh keluarga ke IGD karena nyeri ulu hati. Hasil pengkajian: meringis, skala nyeri 7 (NRS), berat badan 90 kg, TD 170/90 mmHg, frekuensi nadi 120 x/menit, frekuensi napas 38 x/menit, suhu 36,8 °C, SpO₂ 97 %, kreatinin 8 mg/dl. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Penurunan curah jantung
 - b. Pola napas tidak efektif
 - c. Intoleran aktivitas
 - d. Hipervolemia
 - e. Nyeri akut
7. Perempuan, 38 tahun, diantar oleh keluarga ke IGD. Hasil pengkajian: sesak, mual, muntah, terdapat edema ekstremitas, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 23 x/menit, suhu 36,7 °C, urine output 150 cc/24 jam, Hb 7,8 mg/dl, ureum 120 mg/dl, kreatinin 5,8 mg/dl. Saat ini pasien diberikan intervensi pembatasan cairan dan kolaborasi tindakan hemodialisis. Apa tindakan keperawatan pada kasus tersebut?
- a. Memonitor efek samping penggunaan analgetik
 - b. Memonitor kelelahan fisik dan emosional
 - c. Memonitor intake dan output cairan
 - d. Memonitor saturasi oksigen
 - e. Memonitor berat badan
8. Perempuan, 38 tahun, diantar oleh keluarga ke IGD. Hasil pengkajian: sesak, mual, muntah, terdapat edema ekstremitas, TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 23 x/menit, suhu 36,7 °C, urine output 150 cc/24 jam, Hb 7,8 mg/dl, ureum 120 mg/dl, kreatinin 5,8 mg/dl. Saat ini pasien diberikan intervensi pembatasan cairan dan kolaborasi tindakan hemodialisis. Apa kriteria hasil yang diharapkan pada kasus tersebut?
- a. Nilai hemoglobin meningkat
 - b. Tekanan darah menurun
 - c. Berat badan menurun
 - d. Nilai albumin normal
 - e. Edema menurun
9. Perempuan, 30 tahun, diantar oleh keluarga ke IGD. Hasil pengkajian, pasien mengatakan sesak sejak satu minggu lalu, mual, terdapat edema ekstremitas, rales pada kedua basal paru, Hb 7,3 g/dl, ureum 120 mg/dl, kreatinin 3,2 mg/dl. USG menunjukkan kedua ginjal mengecil, densitas cortex meningkat, batas medulla cortex kabur. Apa indikator utama gangguan fungsional ginjal pada kasus tersebut?

- a. Jumlah output urine $\geq 400\text{ml}/24\text{ jam}$
 - b. Sesak napas dan edema ekstremitas
 - c. Kadar kreatinin lebih dari normal
 - d. Kadar hemoglobin $\leq 10\text{ g/dl}$
 - e. Tekanan darah meningkat
10. Perempuan, 72 tahun, diantar oleh keluarga ke IGD karena sesak napas. Hasil pengkajian: ronchi di kedua lapang paru bawah, edema ekstremitas, ascites, TD 170/100 mmHg, frekuensi nadi 98 x/menit, frekuensi napas 30 x/menit, suhu 36,6 °C, Hb 7,3 g/dl, ureum 176 mg/dl, kreatinin 4,6 mg/dl. Dokter menginstruksikan untuk diberikan terapi furosemid 3 x 3 ampul. Apa yang perlu dievaluasi dari tindakan pada kasus tersebut?
- a. Kadar natrium darah
 - b. Kadar kalium darah
 - c. Frekuensi napas
 - d. Tekanan darah
 - e. Urin output
11. Laki-laki, 58 tahun, diantar oleh keluarga ke IGD. Hasil pengkajian: ronchi di kedua lapang paru bawah, penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung, edema ekstremitas, oliguria, ascites, TD 170/100 mmHg, frekuensi nadi 98 x/menit, napas 30 x/menit, suhu 36,6 °C, Hb 7,3 g/dl, ureum 176 mg/dl, kreatinin 4,6 mg/dl. Apa masalah keperawatan utama pada kasus tersebut?
- a. Penurunan curah jantung
 - b. Pola napas tidak efektif
 - c. Intoleran aktivitas
 - d. Hipervolemia
 - e. Nyeri akut
12. Perempuan, 72 tahun, diantar oleh keluarga ke IGD karena sesak napas dengan gagal ginjal kronik. Hasil pengkajian: Perawat telah melakukan tindakan pemberian oksigen sesuai instruksi dokter. Selanjutnya dokter menginstruksikan untuk diberikan terapi furosemid 3 ampul. Sebelum melakukan tindakan pemberian obat, perawat menjelaskan tujuan, alat, prosedur dan menanyakan persetujuan pasien. Apa asas etika keperawatan yang diterapkan perawat pada kasus tersebut?
- a. Tidak merugikan
 - b. Berbuat baik
 - c. Kerahasiaan
 - d. Kejujuran
 - e. Otonomi

13. Laki-laki, 67 tahun, dirawat di ruang transit dengan MRS yaitu sesak napas dengan diagnosis gagal ginjal kronik. Hasil pengkajian: Dokter menginstruksikan untuk dilakukan tindakan pemberian oksigen, pemberian obat anti diuretik dan pemasangan kateter. Setelah melakukan tindakan pemberian oksigen, perawat berjanji akan datang kembali untuk memberikan obat anti diuretik dan melakukan pemasangan kateter. Namun, karena keadaan darurat (*code blue*) pada pasien lain, perawat tersebut lupa untuk datang kembali seperti yang telah dijanjikan. Apa prinsip etika keperawatan yang dilanggar pada kasus tersebut?
- Fidelity*
 - Veracity*
 - Autonomy*
 - Beneficence*
 - Non-maleficence*

**PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN
GAWAT DARURAT**

PEMBAHASAN SOAL KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

1. D. Penurunan curah jantung

Sesak napas, tekanan darah meningkat, nadi perifer teraba lemah, CRT > 3 detik, oliguria, sianosis.

- Gangguan sirkulasi spontan merupakan b.d penurunan fungsi ventrikel
Merupakan ketidakmampuan untuk mempertahankan sirkulasi yang tidak adekuat dengan adanya tanda seperti gambaran EKG menunjukkan aritmia letal, *ventricular fibrillation* (VF)
- Perfusi perifer tidak efektif b.d kurang aktifitas fisik
Merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh dengan adanya tanda kurangnya aktifitas fisik
- Penurunan curah jantung b.d *afterload*
Merupakan ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh dengan adanya gejala perubahan afterload yakni tekanan darah meningkat / menurun, nadi perifer teraba lemah, capillary refill time >3 detik, oliguria dan warna kulit pucat.
- Risiko perfusi renal tidak efektif b.d hipertensi
Diagnosis ini artinya berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke ginjal dengan factor risiko adanya peningkatan tekanan darah
- Risiko perfusi miokard tidak efektif b.d kekurangan volume cairan
Diagnosis ini berarti mengalami penurunan sirkulasi arteri koroner yang dapat mengganggu metabolisme miokard dengan adanya factor risiko kurangnya volume cairan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang sirkulasi standard diagnosis Indonesia.

Referensi: DPP-PPNI. (2017). Standar diagnosis keperawatan Indonesia definisi dan indikator diagnostik. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Perawat Nasional Indonesia.

2. E. Aspirasi benda asing

Manajemen jalan napas, obstruksi jalan napas.

- Reaksi alergi pada jalan napas
Tanda dan gejala : kulit memerah; gatal-gatal; urtikaria; batuk; bersin; sesak napas; edema wajah & jalan napas atas; suara serak / parau & wheezing (mengi); stridor; dan mual, muntah & diare.
- Proses infeksi pada jalan napas
Tanda dan gejala : drooling (suara napas penuh liur); sesak napas; stridor ; dan suara muffled (parau/serak).
- Angioderma pada jalan napas.

Tanda dan gejala : edema wajah (bibir, hidung, telinga, kelopak mata); wheals (bentol pada kulit); urtikaria; stridor; nyeri abdomen; dan mual muntah.

Adanya masa pada jalan napas.

Tanda dan gejala sama pada proses infeksi jalan napas.

d. Aspirasi benda asing

Tanda dan gejala : tiba – tiba tersedak / tersumbat; stridor; wheezing; batuk; suara napas penuh liur; sesak napas; suara napas menurun (bilateral atau unilateral); sianosis; dan perasaan-perasaan kuat bahwa sesuatu buruk akan terjadi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen jalan napas.

Referensi: O'Neal, J. V. (2018). Manajemen jalan napas (A. F. Putri, Trans.). In A. Kurniati, Y. Trisyani & S. I. M. Theresia (Eds.), Buku ajar keperawatan gawat darurat dan bencana Sheehy (Indonesia 1 ed., pp. 66). Singapura: Elsevier.

3. B. Kompres hangat

Terapi non farmakologi nyeri.

- Kompres dingin, intervensi non-farmakologi ini digunakan misalnya pada kasus patah tulang dan sprain untuk mengurangi nyeri dan pembengkakan.
- Kompres hangat, intervensi non-farmakologi ini digunakan misalnya untuk mengatasi nyeri akibat infiltrasi jalur intravena.
- Teknik relaksasi, intervensi non-farmakologi ini dapat mengurangi kecemasan melalui teknik napas dalam.
- Mendengarkan musik, intervensi non-farmakologi ini merupakan bagian dari teknik distraksi untuk fokus pada hal lain selain nyeri yang sesuai untuk usia remaja / dewasa.
- Guided imagery, intervensi non-farmakologi ini untuk membantu pasien membayangkan pemandangan yang menyenangkan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang perawatan pasien nyeri.

Referensi: Meyer, D. (2018). Perawatan pasien nyeri (A. F. Putri, Trans.). In A. Kurniati, Y. Trisyani & S. I. M. Theresia (Eds.), Buku ajar keperawatan gawat darurat dan bencana Sheehy (Indonesia 1 ed., pp. 108). Singapura: Elsevier.

4. A. Adanya bunyi napas tambahan

Pengkajian lanjutan sistem respirasi, sesak napas.

- Adanya bunyi napas tambahan
 - Data fokus:
 - **Keluhan: sesak napas**
 - Tanda-tanda vital: TD 180/100 mmHg (↑), frekuensi nadi 115 x/menit (↑), frekuensi napas 26 x/menit (↑), suhu 36,6 °C

Pengkajian primer

- Airway: tidak ada data pada kasus
- Breathing: frekuensi napas meningkat, SpO₂ 93 %
- Circulation: edema pada ekstremitas bawah, oliguria

Sehingga jawaban yang paling tepat untuk pengkajian lanjutan pada kasus tersebut adalah **kaji adanya bunyi napas tambahan** untuk mengidentifikasi kepatenan jalan napas.

- b. Adanya kenaikan berat badan untuk mengidentifikasi kelebihan volume cairan.
- c. Kadar hematokrit untuk mengidentifikasi kekurangan volume cairan (hematokrit meningkat).
- d. Irama jantung untuk mengidentifikasi komplikasi akibat ketidakseimbangan antara suplai dan konsumsi oksigen miokard

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian keperawatan pada respirasi.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinergi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

5. D. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian nyeri, pengalaman sensorik.

- a. Adanya bunyi napas tambahan untuk mengidentifikasi kepatenan jalan napas.
- b. Kaji adanya kenaikan berat badan untuk mengidentifikasi kelebihan volume cairan.
- c. Intake cairan dan urin output untuk mengidentifikasi kelebihan volume cairan
- d. Data fokus:

- **Keluhan: nyeri ulu hati, tampak meringis, skala nyeri 7 (NRS)**
- Tanda-tanda vital: **TD 170/90 mmHg (↑), frekuensi nadi 120 x/menit (↑), frekuensi napas 38 x/menit (↑), suhu 36,8 °C**

Pengkajian primer

- Airway: tidak ada data pada kasus
- Breathing: frekuensi napas meningkat, SpO₂ 97 %
- Circulation: TD meningkat, frekuensi nadi meningkat

Sehingga jawaban yang paling tepat untuk pengkajian lanjutan pada kasus tersebut adalah **kaji riwayat penyakit sekarang** dengan metode PQRST (provokes, quality, region, scale and time) untuk mengidentifikasi

pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan.

- e. Irama jantung untuk mengidentifikasi komplikasi akibat ketidakseimbangan antara suplai dan konsumsi oksigen miokard

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang pengkajian keperawatan pada sistem pencernaan.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinerji Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

6. E. Nyeri Akut

Nyeri akut

- a. Penurunan curah jantung: ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh
- b. Pola napas tidak efektif: inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat
- c. Intoleran aktivitas: ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari
- d. Hipervolemia: peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial dan/atau intraselular
- e. Data fokus:

- **Keluhan: nyeri ulu hati, tampak meringis, skala nyeri 7 (NRS)**
 - Tanda-tanda vital: **TD 170/90 mmHg (↑), frekuensi nadi 120 x/menit (↑), frekuensi napas 38 x/menit (↑), suhu 36,8 °C**
 - Pengkajian primer
 - Airway: tidak ada data pada kasus
 - Breathing: frekuensi napas meningkat, SpO₂ 97 %
 - Circulation: TD meningkat, frekuensi nadi meningkat
- Sehingga jawaban yang paling tepat untuk diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut adalah **nyeri akut**.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan nyeri dan kenyamanan.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinerji Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
 Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

7. C. Monitor intake dan output cairan

Intake dan output cairan.

- a. Memonitor efek samping penggunaan analgetik → tindakan keperawatan
- b. Memonitor kelelahan fisik dan emosional → tindakan keperawatan untuk manajemen energy
- c. Data fokus:

Saat ini pasien **diberikan intervensi pembatasan cairan** dan kolaborasi tindakan hemodialisis.

- **Keluhan: sesak napas, tampak sesak, mual, muntah**
- Tanda-tanda vital: **TD 150/90 mmHg (↑), frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 23 x/menit (↑), suhu 36,7 °C**

Pengkajian primer

- Airway: tidak ada data pada kasus
- Breathing: frekuensi napas meningkat,
- Circulation: TD meningkat, frekuensi nadi meningkat, **terdapat edema ekstremitas, urine output 150 cc/24 jam**

Diagnosis keperawatan: hipervolemia

Tindakan keperawatan yaitu: manajemen hipervolemia

1. Periksa tanda dan gejala hypervolemia
2. Monitor status hemodinamik
3. **Monitor intake dan output cairan**
4. Monitor efek samping diuretik

Sehingga jawaban yang paling tepat untuk tindakan keperawatan pada kasus tersebut adalah **memonitor intake dan output cairan**.

- d. Monitor saturasi oksigen → tindakan keperawatan untuk pemantauan respirasi.
- e. Memonitor berat badan → tindakan keperawatan untuk pemantauan nutrisi.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang intervensi keperawatan pada diagnosis hypovolemia.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinergi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

8. E. Edema menurun Pembatasan cairan.

- Nilai hemoglobin meningkat → kriteria hasil untuk tindakan pemberian produk darah
- Tekanan darah menurun → kriteria hasil untuk tindakan manajemen peningkatan tekanan intrakranial
- Berat badan menurun data tidak mendukung
- Nilai albumin normal data tidak mendukung
- Data fokus:

Saat ini pasien **diberikan intervensi pembatasan cairan** dan kolaborasi tindakan hemodialisis.

- **Keluhan: sesak napas**
- Tanda-tanda vital: **TD 150/90 mmHg (↑), frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi napas 23 x/menit (↑), suhu 36,7 °C**

Pengkajian primer

- Airway: tidak ada data pada kasus
- Breathing: frekuensi napas meningkat,
- Circulation: TD meningkat, frekuensi nadi meningkat, **terdapat edema ekstremitas, urine output 150 cc/24 jam**

Sehingga jawaban yang paling tepat untuk kriteria hasil yang diharapkan pada kasus tersebut yaitu **edema menurun**

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang kriteria hasil pada pasien yang mendapatkan tindakan kolaborasi hemodialisis.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinerji Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

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

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

9. C. Kadar kreatinin lebih dari normal Indikator gangguan ginjal

- Jawaban tidak sesuai
- Jawaban tidak sesuai
- Jawaban tidak sesuai
- Data fokus:

Sesak sejak satu minggu lalu, mual, terdapat edema ekstremitas, rales pada kedua basal paru, ureum 120 mg/dl, kreatinin 3,2 mg/dl. USG menunjukkan kedua ginjal mengecil, densitas cortex meningkat, batas medulla cortex kabur.

Pada kasus pasien mengalami gangguan fungsional ginjal ditandai dengan peningkatan kadar kreatinin (N: 0,5 — 1,1 mg/dl) yang juga akan memengaruhi GFR (Glomerular Filtration Rate).

Nilai GFR/ laju filtrasi glomerulus dipengaruhi oleh:

1. Usia
2. Berat badan
3. **Serum kreatinin**

Penurunan GFR (Glomerular Filtration Rate) → retensi natrium → cairan tertahan dalam tubuh, jumlah cairan tubuh ↑ (hipervolemia)

Gejala dan tanda hipervolemia yaitu:

1. Dispnea
2. Edema pada ekstremitas bawah
3. Berat badan meningkat dalam waktu singkat
4. Terdengar suara napas tambahan
5. Kadar hematokrit ↓
6. Oliguria (urin < 400 ml/24 jam)

Anemia terjadi sebagai akibat dari produksi eritroprotein yang tidak adekuat.

Sehingga jawaban yang paling tepat untuk indikator utama gangguan fungsional ginjal pada kasus tersebut yaitu **kadar kreatinin lebih dari normal**.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang indikator gangguan fungsi ginjal.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinergi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

10. E. Urin Output

Urine output.

- a. Jawaban tidak sesuai
- b. Jawaban tidak sesuai
- c. Jawaban tidak sesuai
- d. Jawaban tidak sesuai
- e. Data fokus:

Dokter menginstruksikan untuk diberikan terapi furosemid 3 x 3 ampul.

- **Keluhan: sesak napas**
- Tanda-tanda vital: **TD 170/100 mmHg (↑), frekuensi nadi 98 x/menit, frekuensi napas 30 x/menit (↑), suhu 36,6 °C**

Pengkajian primer

- Airway: tidak ada data pada kasus
- Breathing: frekuensi napas meningkat, suara napas ronchi di kedua lapang paru bawah
- Circulation: TD meningkat, frekuensi nadi meningkat, terdapat edema ekstremitas, ascites

Pada pasien dengan gangguan fungsional ginjal seperti CKD akan terjadi penurunan GFR (Glomerular Filtration Rate)

Penurunan GFR (Glomerular Filtration Rate) → retensi natrium → cairan tertahan dalam tubuh, jumlah cairan tubuh ↑ (hipervolemia)

Tindakan keperawatan: **Manajemen hipervolemia**

1. Monitor intake dan output cairan
2. Batasi asupan cairan dan garam
3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
4. **Kolaborasi pemberian diuretik**

Diuretik berfungsi menghambat proses absorpsi → kelebihan elektrolit (Na^+ , K^+) dapat berkurang, dikeluarkan melalui urin.

Sehingga jawaban yang paling tepat untuk evaluasi dari tindakan pemberian terapi diuretik pada kasus tersebut yaitu **urin output**.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang manajemen eliminasi.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinerji Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

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

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

11. B. Pola napas tidak efektif

Pola napas tidak efektif.

- a. Jawaban tidak sesuai
- b. Data fokus:
- c. **Keluhan: sesak napas**
- d. Tanda-tanda vital: **TD 170/100 mmHg (↑), frekuensi nadi 98 x/menit (↑), frekuensi napas 30 x/menit (↑), suhu 36,6 °C**

Pengkajian primer

1. Airway: tidak ada data pada kasus
2. Breathing: frekuensi napas meningkat, terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, pernapasan cuping hidung, suara napas ronchi di kedua lapang paru bawah
3. Circulation: TD meningkat, frekuensi nadi meningkat, oliguria dan ascites

Gejala dan tanda pola napas tidak efektif yaitu:

1. Dispnea

2. Ortopnea
3. Penggunaan otot bantu pernapasan
4. Pola napas abnormal, seperti: takipnea
5. Pernapasan cuping hidung

Sehingga jawaban yang paling tepat untuk diagnosis keperawatan utama pada kasus tersebut adalah **pola napas tidak efektif**.

- e. Hipervolemia → tanda dan gejala cukup mendukung tapi perhatikan **keluhan** untuk menentukan diagnosis keperawatan utama. Penurunan curah jantung, intoleran aktivitas dan nyeri akut → tanda dan gejala kurang mendukung.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang diagnosis keperawatan terkait respirasi.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinergi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

12. E. Otonomi

Asas otonomi, etika keperawatan.

- a. Tidak merugikan → tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada pasien, kebalikan berbuat baik
- b. Berbuat baik → melakukan tindakan yang menguntungkan pasien
- c. Kerahasiaan → menjaga seluruh informasi (dokumen catatan kesehatan) pasien, yang hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien
- d. Kejujuran → memberikan asuhan keperawatan secara tulus, kejujuran dalam informasi
- e. Data fokus:

Perawat menjelaskan tujuan, alat, prosedur dan menanyakan persetujuan pasien sebelum dilakukan tindakan.

Asas etika keperawatan yang diterapkan perawat adalah **otonomi** karena memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk mengambil keputusan secara mandiri (tanpa intervensi) dari petugas kesehatan terhadap tindakan yang akan dilaksanakan.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang etika keperawatan.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinergi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

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

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

13. A. Fidelity

Asas fidelity, etika keperawatan.

a. Data fokus:

- Perawat berjanji akan datang kembali untuk memberikan obat anti diuretik dan melakukan pemasangan kateter.
- Perawat tersebut lupa untuk datang kembali seperti yang telah dijanjikan.

Asas etika keperawatan yang dilanggar adalah fidelity karena prinsip ini mengacu pada tanggung jawab seorang perawat untuk menepati janji, komitmen, dan kewajiban yang telah diambil terhadap pasien, rekan kerja, dan profesi keperawatan.

b. *Veracity* → memberikan asuhan keperawatan secara tulus, kejujuran dalam informasi

c. *Autonomy* → memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk mengambil keputusan secara mandiri (tanpa intervensi) dari petugas kesehatan terhadap tindakan yang akan dilaksanakan

d. *Beneficence* → melakukan tindakan yang menguntungkan pasien

Non-maleficence → tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada pasien, kebalikan beneficence.

Mahasiswa diharapkan mempelajari kembali tentang etika keperawatan.

Referensi: AIPNI. (2019). Sinersi Hadirkan Sukses Uji Kompetensi Ners Indonesia. Jakarta: Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

SINOPSIS

Untuk menjadi seorang Perawat atau Ners yang memiliki kapasitas dan kapabilitas yang mumpuni tidaklah mudah. Seorang perawat harus memiliki wawasan yang komprehensif antara teori dan praktik dalam studi dan bidang profesi yang digelutinya. Untuk itu, uji kompetensi bagi perawat dan ners ini menjadi salah satu tolak ukur bagi seorang perawat.

Buku ini memberikan gambaran soal uji kompetensi perawat sesuai *blue print* soal Uji Kompetensi Nasional Indonesia yang mengacu pada standar profesi perawat Indonesia. Proses pembelajaran untuk mencapai kompetensi dan karakteristik perawat baru lulus yang mencakup area kompetensi, domain kompetensi, bidang keilmuan, proses keperawatan, upaya kesehatan, kebutuhan dasar manusia, dan sistem tubuh manusia.

Soal dalam buku ini dilengkapi dengan kunci jawaban, strategi menjawab, kata kunci soal, dan pembahasan sehingga sangat bermanfaat untuk melatih kemampuan pemahaman mahasiswa keperawatan sebelum menempuh UKOM yang sesungguhnya. Selamat membaca dan semoga bermanfaat.



Untuk menjadi seorang Perawat atau Ners yang memiliki kapasitas dan kapabilitas yang mumpuni tidaklah mudah. Seorang perawat harus memiliki wawasan yang komprehensif antara teori dan praktik dalam studi dan bidang profesi yang digelutinya. Untuk itu, uji kompetensi bagi perawat dan ners ini menjadi salah satu tolak ukur bagi seorang perawat.

Buku ini memberikan gambaran soal uji kompetensi perawat sesuai blue print soal Uji Kompetensi Nasional Indonesia yang mengacu pada standar profesi perawat Indonesia. Proses pembelajaran untuk mencapai kompetensi dan karakteristik perawat baru lulus yang mencakup area kompetensi, domain kompetensi, bidang keilmuan, proses keperawatan, upaya kesehatan, kebutuhan dasar manusia, dan sistem tubuh manusia.

Soal dalam buku ini dilengkapi dengan kunci jawaban, strategi menjawab, kata kunci soal, dan pembahasan sehingga sangat bermanfaat untuk melatih kemampuan pemahaman mahasiswa keperawatan sebelum menempuh UKOM yang sesungguhnya. Selamat membaca dan semoga bermanfaat.

ISBN 978-623-8411-14-6



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