

A close-up photograph of a hand holding a black fountain pen with gold accents, writing on a document. The background is blurred, showing a desk and a computer monitor. The text is overlaid on the left side of the image.

# **PEMANTAPAN DAN PEMBAHASAN SOAL UKNI DEPARTEMEN GERONTIK**

STIKES Widyagama Husada

By

Mizam Ari Kurniyanti., S.Kep., Ners., M.Kep

# Kisi-Kisi

## Departemen Profesi Ners

Gerontik



Porsi 3-9% atau 6-9 soal

Jiwa



Porsi 8-14% atau 14-25 soal

Keluarga



Porsi 8-14% atau 14-25 soal

Komunitas



Porsi 8-14% atau 14-25 soal



# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
Sistem Respirasi (Penyakit paru obstruktif kronis(PPOK), TB)	
Pengkajian	Suara Nafas Pemeriksaan Penunjang status nutrisi kedalaman nafas Penggunaan otot bantu pernafasan Pemeriksaan diagnostik: rontgen paru
Diagnosa	Bersihan jalan nafas tidak efektif Ketidakmampuan koping keluarga Gangguan pola nafas Gangguan perilaku kesehatan beresiko Ketidak efektifan manajemen kesehatan
Intervensi/Implementasi	Manajemen jalan nafas Fisioterapi dada Pemberian oksigen Terapi relaksasi Latihan batuk efektif Pendidikan kesehatan

# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
Lanjutan...	
Evaluasi	Status kepatenan jalan nafas Peningkatan koping keluarga <b>Frekuensi nafas</b> Tidak adanya suara nafas abnormal
<b>Prosedural Knowledge</b>	<b>Batuk efektif</b> <b>Relaksasi</b> <b>Manajemen stress</b>

# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
<b>KardioVaskuler (Hipertensi, Chronic Heart Failure)</b>	
Pengkajian	Nyeri Pemeriksaan jantung Pembesaran jantung EKG
Diagnosa keperawatan	Nyeri Perilaku kesehatan cenderung berisiko Ketidakstabilan tekanan darah Sindrom lansia lemah Intoleransi aktivitas
<b>Intervensi/Implementasi dan evaluasi</b>	<b>Manajemen nyeri</b> <b>Terapi relaksasi</b> <b>Monitoring tanda-tanda vital</b> <b>Bantuan perawatan diri</b>

# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
<b>PENCERNAAN: malnutrisi, inkontinensia fekal, dan konstipasi</b>	
Pengkajian	Status nutrisi Pemeriksaan fisik(abdomen) Gangguan menelan Pola BAB
Diagnosa keperawatan	Gangguan menelan Risiko aspirasi Ketidak seimbangan nutrisi:kurang dari kebutuhan tubuh Inkontinensia fekal Konstipasi diare
Intervensi/implementasi	Edukasi perubahan gaya hidup Manajemen nutrisi
Evaluasi	Peningkatan Pola BAB Tidak terjadi aspirasi Status nutrisi meningkat Perbaikan konsistensi feses setelah pemberian terapi diare

# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
Persyarafan dan perilaku: demensia dan Delirium	
Pengkajian	Penilaian tingkat kesadaran Pengkajian status mental: MMSE Pengkajian perilaku Pengkajian laboratorium Pemeriksaan darah lengkap
Diagnosa keperawatan	Konfusi Risiko jatuh Risiko cedera Gangguan pola tidur Hambatan memori
Intervensi/implementasi	pemenuhan kebutuhan fisik dan rasa aman Orientasi kepada realita dan memotivasi lansia untuk tetap melakukan interaksi dengan lingkungan
Evaluasi	Tidak mengalami cedera

# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
<b>Sistem ginjal dan saluran kemih: BPH, inkontinensia urine</b>	
Pengkajian	Identifikasi BAK Kemampuan mengosongkan kandung kemih Kekuatan otot-otot panggul Distensi kandung kemih
Diagnosa keperawatan	Eliminasi urine Inkontinensia urine
Intervensi/implementasi	Pengaturan perubahan gaya hidup: BAK Rutin, Pengaturan minim Latihan otot-otot dasar panggul
Evaluasi	Kemampuan mengenali keinginan berkemih Kemampuan mengosongkan kandung kemih dengan tuntas Peningkatan kekuatan otot-otot dasar panggul Hilangnya distensi kandung kemih

# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
Sistem penginderaan: tuli konduktif(karena penumpukan serumen) dan Tuli Presbiakusis	
Pengkajian	Kehilangan fungsi pendengaran Nyeri pada telinga Nyeri dan kemerahan pada mata
Diagnosa keperawatan	Risiko jatuh Risiko cedera Nyeri
Intervensi/implementasi	Irigasi telinga Kolaborasi pemberian obat tetes mata Manajemen lingkungan agar terhindar dari jatuh
Evaluasi	Lansia tidak mengalami cedera

# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
Muskuloskeletal: OA, RA, Osteoporosis	
Pengkajian	Observasi gaya berjalan kekuatan otot Kaji keseimbangan serta rerta resiko jatuh
Diagnosa keperawatan	Hambatan mobilitas fisik Risiko jatuh
Intervensi/implementasi	Pemberian latihan fisik: latihan keseimbangan, rentang gerak sendi, menggunakan alat bantu jalan, program pencegahan jatuh
Evaluasi	Menurunnya risiko jatuh Peningkatan keseimbangan pada lansia

# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
<b>Sistem Integumen:kekeringan kulit(Xerosis), pigmentasi, dermatitis, decubitus</b>	
Pengkajian	Eritema Gatal Kalau terjadi luka: lokasi, luas, kedalaman Kebiasaan yang tidak higienis
Diagnosa keperawatan	Kerusakan integritas kulit Gangguan citra tubuh
Intervensi/implementasi	Menjaga kelembapan kulit Menjaga kebersihan kulit dan memberikan edukasi tentang perawatan kulit
Evaluasi	Lansia bebas dari infeksi Perbaikan peradangan kulit Peningkatan pengetahuan terkait masalah kulit

# Bahan Materi yang Diujikan

Proses	Kisi-Kisi
Istirahat dan Tidur	
Pengkajian	Kesulitan memulai tidur Kesulitan mempertahankan tidur
Diagnosa keperawatan	Gangguan pola tidur
Intervensi/implementasi	Perubahan gaya hidup: menurunkan minuman yg mengandung kafein Meningkatkan kenyamanan kamar tidur Menghindari tidur siang
Evaluasi	Perbaiki pola tidur

# Contoh soal

## Pengkajian

Dalam kunjungan rumah ditentukan seorang pria berusia 55 tahun sudah sebulan terakhir mengeluh batuk, nafsu makan semakin menurun dan merasa demam. Hasil observasi didapatkan data: badan terlihat kurus, klien terlihat membuang ludah sembarangan. Menurut penuturan keluarga sudah seminggu ini klien batuk darah dan hanya mampu membelikan obat di toko. Apakah yang harus dilakukan perawat kepada keluarga pada kasus?

- Melakukan kompres hangat
- Menganjurkan diit seimbang
- Melakukan pemeriksaan fisik
- Menganjurkan periksa dahak BTA → Jawaban yg Benar
- Mengajarkan cara membuang ludah yang benar

### Pembahasan:

**Keypoin** → hasil pengkajian batuk darah 1 minggu, BB terlihat kurus dan membuang ludah sembarangan

**Pertanyaan:** yang harus dilakukan perawat kepada keluarga?

Menganjurkan periksa dahak BTA karena dkuatirkan terjadi penularan dari pasien melalui droplet pada saat batuk maupun ketika membuang ludah sembarangan

# Materi Tambahan Pasien TB Paru

- Manajemen Nutrisi → bertujuan memberikan makanan secukupnya guna memperbaiki dan mencegah kerusakan jaringan tubuh lebih lanjut serta memperbaiki status gizi agar penderita TB dapat melakukan aktivitas normal
- Terapi Diet → energi diberikan sesuai keadaan penderita untuk mencapai BB normal, protein tinggi untuk mengganti sel-sel yang rusak
- Manajemen pengobatan → pengobatan terdiri dari 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan 4 atau 7 bulan
- **Manajemen Penularan → Sumber penularan adalah penderita TBC BTA(+) yang ditularkan dari orang ke orang oleh transmisi udara dalam bentuk droplet (percikan dahak)**

# Contoh soal

## Pengkajian

seorang laki-laki usia 75 tahun tinggal di panti wreda. Sejak 4 hari yang lalu mengeluh mual dan muntah, porsi makan hanya dihabiskan  $\frac{1}{4}$  porsi saja. Klien berbaring lemah di tempat tidur. Aktivitas dan rutinitas lainnya tidak bisa dilakukan oleh klien. Apakah data yang harus dikaji lebih lanjut pada kasus?

- a. Koping individu
- b. Kemampuan mobilisasi
- c. Aktivitas kegiatan sehari-hari
- d. Jenis dan pola makan → Jawaban yg Benar
- e. Pola istirahat

### Pembahasan:

Data utama/dominan yang dikasus adalah tentang nutrisi, sehingga data yang harus dikaji lebih lanjut adalah Tentang jenis makanan dan bagaimana pola makan pasien

# Contoh soal

## Pengkajian

Saat kunjungan rumah perawat menjumpai perempuan usia 75 tahun tinggal bersama keluarga. Keluarga menyatakan klien lebih banyak memilih diam di kamar, cenderung marah dan tidak ingin keluar kamar semenjak suaminya meninggal dunia. Keluarga sudah membantu membersihkan kamar dan tempat tidur klien agar tidak berbau. Apakah pengkajian yang tepat pada kasus diatas?

- Tanda-tanda vital
- Skala aktivitas sehari-hari
- Kolaborasi untuk pemeriksaan urin
- Tingkat depresi dengan geriatrik depression scale
- Status kognitif dengan mini mental state examination

→ Jawaban yg Benar

### Pembahasan:

Data utama/dominan dari kasus diatas adalah tentang perubahan perilaku dari pasien berupa menarik diri, Emosi tidak stabil dan tidak tertarik melakukan aktivitas dimana tanda dan gejala ini mengarah ke Depresi apalagi Ditunjang dengan data suaminya meninggal dunia  
Mengapa tidak menggunakan MMSE → karena instrumen tersebut untuk mengukur status kognitif pada pasien Dengan dimensia

# Materi tambahan terkait Instrumen Pengkajian pada lansia (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

- **Status fungsional**
  - a. Instrumen aktivitas hidup sehari - hari /activity daily living(ADL) dengan Instrumen Indeks Barthel Modifikasi atau Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Lawton
  - b. Instrumen Penilaian Risiko Jatuh pada Pasien Lanjut Usia untuk menilai instabilitas pada lansia
- **Status Mental dan Kognitif**→ Untuk menilai adanya penurunan fungsi kognitif dan depresi.
  - a. **Status kognitif** : Mini Cog dan clock drawing test, abbreviated mental test (AMT) atau yang lebih rinci dengan Mini Mental State Examination (MMSE)
  - b. **Status afektif** : Geriatric Depression Scale(GDS) Seluruh instrumen ini bertujuan sebagai penyaring dan deteksi dini dari adanya gangguan pada status mental dan kognitif pasien lanjut usia.



# Contoh soal dan pembahasan

## Masalah Keperawatan/Diagnosa keperawatan

Seorang perempuan usia 70 tahun tinggal di panti werda sejak 1 tahun yang lalu. Klien mengeluh badannya lemas dan sulit menjangkau toilet sehingga sering ngompol di tempat tidur. Tercium bau pesing dari pakaian dan kamar klien. Hasil pengkajian fungsional berdasarkan indeks KATZ, klien masuk dalam kategori D. Apakah masalah keperawatan pada kasus diatas?

- a. Risiko intoleransi aktivitas
- b. Gangguan mobilitas fisik
- c. Defisit perawatan diri
- d. Inkontinensia urine → Jawaban yg Benar
- e. keletihan

### Pembahasan:

**Keypoin** → sering ngompol di tempat tidur karena sulit menjangkau toilet (faktor eksternal)  
Ditambah data Tercium bau pesing dari pakaian dan kamar klien yang menunjang adanya Masalah keperawatan pada eliminasi urinenya. (sumber buku Sinersi edisi R halaman 313-314)  
Mengapa tidak memilih Defisit perawatan diri → data dikasus kurang menunjang untuk pengambilan  
Diagnosa defisit perawatan diri, karena sesuai kategori D di Indeks KATZ lansia masih bisa mandiri  
Hanya aktivitas mandi, berpakaian, kekamar mandi dan 1 tambahan kegiatan saja yang dibantu, sehingga  
Berarti Lansia masih bisa untuk mengganti pakaiannya agar tidak bau pesing, akan tetapi disoal tertuliskan  
Tercium bau pesing dari pakaian Sehingga data tersebut menuju ke masalah Inkontinensia Urine

# Tambahan materi

- Salah satu alat ukur/instrumen dalam menilai kemandirian lansia adalah Katz Index yang meliputi kemampuan mandiri lansia untuk mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, kontinen, dan makan. Indeks Katz membentuk suatu kerangka kerja untuk mengkaji kehidupan hidup mandiri lansia atau bila ditemukan terjadi penurunan fungsi maka akan disusun titik fokus perbaikannya.

## INDEKS KATZ

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB atau BAK), berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandiriani, dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tamabahan
E	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Penilaian Index Katz menurut Maryam, R.  
Siti. Dkk 2011

# Contoh soal dan pembahasan

## Masalah Keperawatan/Diagnosa keperawatan

Seorang perempuan usia 64 tahun tinggal di panti werda sejak 5 tahun yang lalu. Klien mengalami katarak dan gangguan gaya berjalan. Sejak saat itu klien menggunakan tongkat untuk membantunya berjalan. Klien mengatakan tidak berani berjalan jauh karena takut jatuh disebabkan lingkungan sekitar panti yang berundak dan lantai yang licin. Apakah diagnosis keperawatan yang tepat untuk kasus diatas?

- a. Nyeri
- b. Risiko jatuh → Jawaban yg Benar
- c. Risiko cedera
- d. Gangguan mobilitas fisik
- e. Koping individu tidak efektif

### Pembahasan:

**Keypoin** → katarak dan gangguan gaya berjalan, dan ditunjang dengan lingkungan sekitar panti yang berundak dan lantai yang licin data tersebut menunjang menuju diagnosa risiko jatuh  
**Mengapa tidak dipilih yang risiko cedera** → karena kurang spesifik, karena satu-satunya cedera Yang mungkin terjadi adalah jatuh

# Contoh soal dan pembahasan

## Masalah Keperawatan/Diagnosa keperawatan

Seorang laki-laki usia 72 tahun, tinggal bersama anak dan cucunya. Saat berkunjung ke rumah, klien tampak berbaring dikasur tanpa laken, tercium bau pesing, dan terdapat sisa makanan di sela-sela gigi dan sekitar mulut. Klien mengatakan jarang mandi karena tidak mau merepotkan menantunya untuk memandikan. Klien bersyukur dengan kondisi saat ini dan menerima apa adanya. Apakah diagnosis keperawatan yang sesuai untuk klien?

- a. Kesepian
- b. Inkontinensia
- c. Pengabaian diri → Jawaban yg Benar
- d. Sindrom lansia lemah
- e. Defisit perawatan diri:mandi

### Pembahasan:

**Keypoin** → dikasur tanpa laken, tercium bau pesing, dan terdapat sisa makanan di sela-sela gigi dan sekitar mulut. Klien mengatakan jarang mandi Klien bersyukur dengan kondisi saat ini dan menerima apa adanya → data tersebut menunjukkan bahwa lansia tidak menjaga personal higinenya Karena tidak ada data di kasus yng menyatakan bahwa lansia menderita penyakit apapun maka Bisa di simpulkan bahwa lansia memang mengabaikan dirinya.  
**Mengapa tidak memilih sindrom lansia lemah:** karena kasus diatas tidak menunjukkan lansia menderita Kecacatan apapun

# Contoh soal dan pembahasan

## Tujuan Keperawatan

Saat kunjungan rumah, perawat menemukan seorang pria usia 70 tahun menderita TB Paru. Hasil anamnesis didapatkan keluarga mengatakan tidak tahu apa yang harus dilakukan agar klien mau minum obat secara rutin. Apakah tujuan keperawatan keluarga yang harus dilakukan oleh perawat pada kasus?

- Meningkatkan kemampuan keluarga untuk berperilaku sehat
- Meningkatkan kemampuan mengenali masalah kesehatan
- Menyadarkan keluarga akan bahaya penyakit TB Paru
- Meningkatkan peran serta keluarga dalam terapi klien →
- Meningkatkan pemeliharaan kesehatan klien

Jawaban yg Benar

### Pembahasan:

**Keypoin** → keluarga mengatakan tidak tahu apa yang harus dilakukan agar klien mau minum obat secara rutin  
**Tujuan keperawatan** harus menggambarkan kemampuan dan tanggung jawab keluarga terhadap masalah yang sedang dihadapi keluarga tersebut. Dalam hal ini adalah ketidak mampuan keluarga dalam membantu klien agar mau melakukan pengobatan secara tuntas

# Contoh soal dan pembahasan

## Intervensi/Implementasi

Perempuan berusia 65 tahun tinggal di panti wreda mengeluh sering ngompol di celana terutama saat batuk dan tertawa sejak 1 bulan yang lalu. Klien terbiasa minum kopi sejak 30 tahun yang lalu. Tercium bau pesing dari pakaian klien, fungsi kognitif utuh. Apakah tindakan yang paling tepat untuk kasus tersebut?

- Memasang diapers
- Mengurangi asupan cairan
- Mengajarkan latihan otot-otot dasar panggul →
- Mengajak klien untuk BAK setiap 2 jam sekali
- Menganjurkan klien untuk berhenti meminum kopi

Jawaban yg Benar

**Keypoin** → sering ngompol di celana terutama saat batuk dan tertawa, Tercium bau pesing dari pakaian klien  
fungsi kognitif utuh → Data tersebut menunjukkan indikator bahwa klien mengalami pelemahan otot dasar panggul dan otot yang terlibat dalam proses Berkemih sehingga hal tersebut merupakan indikasi harus dilakukan latihan otot dasar panggul

# Contoh soal dan pembahasan

## Intervensi/Implementasi

Seorang perempuan berusia 60 tahun tinggal di panti wreda semenjak suaminya meninggal sebulan yang lalu. Klien terlihat kurus dan leman, BB 33kg, TB 145cm. Klien mengatakan sama sekali tidak nafsu makan, karena biasanya ada suaminya yang selalu makan bersamanya. Klien juga mengatakan jarang minum, dalam sehari ia hanya menghabiskan  $\pm 500$ cc air. Apakah tindakan yang tepat untuk kasus diatas?

- Oral higine
- Terapi nutrisi
- Bantuan makan
- Manajemen nutrisi
- Monitoring nutrisi

→ Jawaban yg Benar

**Keypoin**→ kurus dan lemah, BB 33kg, TB 145cm, sama sekali tidak nafsu makan, karena biasanya ada suaminya yang selalu makan bersamanya→dari data tersebut mengindikasikan pasien tidak ingin makan adalah karena masalah psikologis  
**Kondisi pasien saat ini adalah malnutrisi. Hal tersebut merupakan indikator untuk melakukan tindakan manajemen nutrisi**  
**Sebagai upaya agar pasien bersedia untuk makan kembali.**

**Alasan mengapa tidak memilih**

**Terapi nutrisi**→ pasien tidak menderita gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi

**Bantuan makan**→pasien tidak mengalami kesulitan dalam hal pemenuhan kebutuhan nutrisinya

**Monitoring nutrisi**→ dilakukan untuk mencegah/meminimalisir kekurangan nutrisi

# Contoh soal dan pembahasan

## Intervensi/Implementasi

Seorang laki-laki usia 67 tahun dirawat di klinik geriatri dengan keluhan rasa panas pada area bokong dan punggung. Klien lebih banyak berbaring di tempat tidur sejak 2 minggu lalu, setelah kaki dan tangan sebelah kiri tidak dapat digerakkan. Hasil pemeriksaan kulit disekitar area coccygeus dan scapula tampak kemerahan dan klien tampak lemas. TD 160/100 mmHg, N 88x/mnt, RR 20x/mnt, S 37,2C. Apakah tindakan keperawatan yang tepat pada kasus diatas?

- Melatih ROM
- Melakukan massage
- Mobilisasi tiap 2 jam →
- Memonitor kulit klien
- Memberikan kompres hangat

Jawaban yg Benar

**Keypoin** → rasa panas pada area bokong dan punggung. Klien lebih banyak berbaring di tempat tidur sejak 2 minggu lalu, setelah kaki dan tangan sebelah kiri tidak dapat digerakkan. Hasil pemeriksaan kulit disekitar area coccygeus dan scapula tampak kemerahan → data tersebut mengarah ke masalah decubitus → sehingga tindakan yang benar adalah melakukan Mobilisasi tiap 2jam

# Tambahan materi

- Luka dekubitus juga dikenal dengan istilah luka tekan (pressure ulcer / bedsores). Luka dekubitus adalah luka terbuka pada permukaan kulit yang sering muncul pada orang yang mengalami hambatan dalam pergerakan atau (mobilitas fisik) terutama dijumpai pada lansia, penyandang disabilitas atau pada orang yang terlalu lama terbaring di tempat tidur.
- Tanda gejala umum pada penderita ulkus dekubitus adalah :
  - a. Perubahan warna kulit
  - b. Bengkak
  - c. Muncul cairan ( nanah)
  - d. Perubahan suhu kulit
  - e. Luka terbuka pada kulit
- Penanganan
  1. Mengganti Posisi tubuh setiap 1-2 jam untuk mengurangi tekanan atau gesekan pada satu bagian saja.
  2. Jangan menggosok kulit dan bagian yang luka terlalu keras
  3. Jaga permukaan selalu bersih dan kering
  5. Gunakan alas berupa guling atau bantal pada area yang bersentuhan dengan ranjang ( umumnya area bokong, tulang ekor, tumit dan betis)

# Contoh soal dan pembahasan

## Prosedural Knowledge

Pada kunjungan keluarga ditemukan seorang laki-laki usia 57 tahun mengeluh sulit mengeluarkan dahak. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan bunyi wheezing pada paru sebelah kanan. Bagaimana cara perawat melakukan teknik vibrasi agar sekret dapat keluar?

- a. Melakukan kompresi dan getaran pada dada waktu pasien ekspirasi
- b. Melakukan kontrol nafas agar mucus sampai di kelakang tenggorokan
- c. Mengeluarkan sekresi dengan cara menepuk-nepuk dinding dada
- d. Melakukan kompres hangat dan menepuk-nepuk daerah dinding dada
- e. Melakukan massage seluruh lapang dada agar sekret bisa keluar



**Jawaban yg Benar adalah A**

### **Pembahasan:**

**Vibrasi melakukan kompresi dan getaran manual pada dinding dada dengan tujuan menggerakkan sekret ke jalan nafas yang besar. Vibrasi dilakukan pada waktu klien ekspirasi**

# Tambahan materi Fisioterapij Dada

## Macam-macam Fisioterapi Dada

- **Perkusi dada** : dengan memeriksa seluruh bagian dada yang memerlukan drainase. Tangan diposisikan seperti membentuk cup, ujung jari menyentuh ibu jari diperkusikan pada permukaan dada dengan gelombang amplitude dan frekuensi yang bervariasi menurut perubahan konsistensi dan lokasi sputum.
- **Vibrasi** : tekanan bergetar yang dilakukan pada dada selama ekshalasi. Teknik ini dapat meningkatkan turbulensi dan kecepatan ekshalasi udara, sehingga secret dapat bergerak.
- **Postural drainase (PD)** : intervensi untuk melepaskan sekresi dari berbagai segmen paru dengan menggunakan pengaruh gaya gravitasi. Mengingat kelainan pada paru bisa terjadi pada berbagai lokasi maka PD dilakukan pada berbagai posisi disesuaikan dengan kelainan parunya. Waktu yang terbaik untuk melakukan PD yaitu sekitar 1 jam sebelum sarapan pagi dan sekitar 1 jam sebelum tidur pada malam hari. Postural drainase dapat dilakukan untuk mencegah terkumpulnya sekret dalam saluran nafas tetapi juga mempercepat pengeluaran sekret sehingga tidak terjadi atelektasis.

**Dont Forget Pelajari Juga SOP nya y**

# Contoh soal dan pembahasan

## Prosedural Knowledge

Seorang perempuan usia 60 tahun dirawat selama 3 minggu di bangsal geriatri dengan status stroke. Klien mengalami paralisis pada ekstremitas bawah dan atas sebelah kanan serta gangguan bicara. Klien dibantu makan minum. Klien akan kembali ke rumahnya besok sore. Apakah topik *discharge planning* yang harus diberikan?

- a. Peningkatan koping
- b. Perencanaan nutrisi
- c. Monitoring pengobatan
- d. Peningkatan perilaku kesehatan
- e. Kemandirian ADL →

Jawaban yg Benar

**Key poin:** Klien mengalami paralisis pada ekstremitas bawah dan atas sebelah kanan serta gangguan bicara. Klien dibantu makan minum → data tersebut mengarah pada tingkat ketergantungan pasien → sehingga ketika pulang dapat diberikan penjelasan terkait kemandirian ADL agar pasien dirumah dapat memaksimalkan bagian tubuh yang masih Berfungsi dalam melaksanakan ADLnya

# Tambahan Materi Discharge Planing

- National Council of Social Service menyatakan bahwa “discharge planning merupakan tujuan akhir dari rencana perawatan, dengan tujuan untuk memberdayakan klien untuk membuat keputusan, untuk memaksimalkan potensi klien untuk hidup secara mandiri, atau agar klien dapat memanfaatkan dukungan dan sumber daya dalam keluarga maupun masyarakatnya”
- unsur-unsur yang harus ada pada sebuah form perencanaan pemulangan antara lain:
  - a. Pengobatan di rumah
  - b. Bagaimana melakukan pilihan gaya hidup dan tentang perubahan aktivitas, latihan, diet makanan yang dianjurkan dan pembatasannya
  - c. Petunjuk perawatan diri (perawatan luka, perawatan kolostomi, ketentuan insulin, dan lain-lain).
  - d. Kapan dan bagaimana perawatan atau pengobatan selanjutnya yang akan dihadapi setelah dipulangkan.
  - e. Nama pemberi layanan, waktu, tanggal, dan lokasi setiap janji untuk control.

# Contoh soal dan pembahasan

## Evaluasi

Seorang perempuan berusia 65 tahun tinggal di panti wreda. Klien mengeluh nyeri punggung sejak 1 minggu yang lalu. Klien terlihat hanya tiduran. Skala nyeri 4 (0-10). Perawat telah mengajarkan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi keluhan. Apakah kriteria keberhasilan tidakkan tersebut?

- Klien mengikuti program latihan
- Klien mengatakan nyerinya berkurang →
- Klien mengerti tentang proses penyakit
- Klien mengkonsumsi obat penghilang nyeri
- Klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri

**Jawaban yg Benar**

**Key poin: mengeluh nyeri punggung sejak 1 minggu yang lalu. Klien terlihat hanya tiduran. Skala nyeri 4 (0-10). Perawat telah mengajarkan relaksasi nafas dalam untuk mengurangi keluhan → dari data diatas terlihat keluhan dan Intervensi yang telah diberikan → evaluasi mengarah ke nyeri**

# Contoh soal dan pembahasan

## Evaluasi

Saat kunjungan rumah, perawat menemukan perempuan usia 68 tahun mengeluh tidak bisa mengontrol BAK sejak 4 minggu lalu. Pada saat kunjungan rumah berikutnya perawat memberikan penyuluhan dan latihan otot-otot panggul serta menganjurkan menggunakan diapers. Apakah indikator evaluasi keberhasilan jangka panjang pada kasus tersebut?

- Ketersediaan toilet
- Penurunan frekuensi mengompol → Jawaban yg Benar
- Kepatuhan menggunakan diapers
- Kemampuan melakukan latihan otot-otot panggul
- Pengetahuan tentang cara melatih otot-otot panggul

**Key poin: mengeluh tidak bisa mengontrol BAK sejak 4 minggu lalu.**

**Pada saat kunjungan rumah berikutnya perawat memberikan penyuluhan dan latihan otot-otot panggul serta menganjurkan menggunakan diapers → data tersebut sudah menjelaskan keluhan utama dan intervensi yang telah diberikan → evaluasinya**

**Jangka pendek adalah poin jawaban C, D dan E**

**Jangka panjang adalah poin B**

# Contoh soal dan pembahasan

## Evaluasi

Hasil pengkajian di panti werda didapatkan data: terdapat pegangan besi diseluruh tembok wisma, lantai keramik, belum dipasang anti slip. Kamar mandi memiliki lantai dengan anti slip namun banyak terdapat lumut. Satu bulan terakhir ada 3x kejadian jatuh pada lansia. Perawat memberikan penyuluhan pada lansia dan pegawai panti tentang resiko jatuh. Apakah kriteria keberhasilan jangka pendek intervensi tersebut?

- Antusias tidaknya peserta dalam penyuluhan
- Ada tidaknya peserta yang bertanya
- Menurunnya angka kejadian jatuh
- Peningkatan pemahaman lansia →
- Modifikasi lingkungan panti

Jawaban yg Benar

**Key poin: lantai keramik, belum dipasang anti slip. Kamar mandi memiliki lantai dengan anti slip namun banyak terdapat lumut. Satu bulan terakhir ada 3x kejadian jatuh pada lansia. Perawat memberikan penyuluhan pada lansia dan pegawai panti tentang resiko jatuh → dari data tersebut terlihat intervensi yang telah diberikan, sehingga evaluasinya**

**Jangka pendek: jawaban D**

**Jangka panjang: jawaban C dan E**

# Contoh soal dan pembahasan

## Etik

Seorang perawat puskesmas sedang melakukan penyuluhan kesehatan tentang TB Paru pada keluarga yang berisiko terkena penularan. Pada sebuah slide media penyuluhannya tampak penampilan sebuah ilustrasi foto lansia yang mengalami penularan TB paru. Wajah lansia tersebut terlihat jelas tanpa disamarkan atau di tutupi. Prinsip etik manakah yang dilanggar oleh perawat dalam kasus?

- a. Beneficence
- b. Nonmaleficence
- c. Anonimity
- d. Confidentiality
- e. Fidelity

→ Jawaban yg Benar

### Pembahasan:

**Kerahasiaan/confidentiality: perawat harus mampu menjaga privasi klien dan keluarga**

Tambahan..pelajari juga tentang prinsip legal etik dalam keperawatan

- *Veracity* → prinsip kejujuran dalam menyampaikan kebenaran kondisi kesehatan klien
- *Autonomy* → pemenuhan klien/keluarga dalam menentukan pilihan/keputusan
- *Confidentiality* → prinsip-prinsip kerahasiaan informasi tentang data kesehatan klien
- *Beneficence* → tindakan yang benar dan bermanfaat bagi kesehatan klien
- *Non-maleficence* → usaha maksimal untuk menghindari/melakukan kesalahan yg dapat merugikan kesehatan klien

Bismillah..

→Semoga mendapatkan hasil yang terbaik...

→Tetap belajar jangan menyerah dan jangan lupa berdoa pada Tuhan yang Maha Kuasa...

→Doa Kami selalu Untuk Keberhasilan Adik-adik semuanya...

→Bersama Kita pasti Bisa..

